



# IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS E ATUAÇÃO DE GESTORES PÚBLICOS

experiências recentes das políticas  
de redução das desigualdades

## ORGANIZADORAS

Janine Mello | Vanda Mendes Ribeiro | Gabriela Lotta  
Alicia Bonamino | Cynthia Paes de Carvalho

**ipea**





# IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS E ATUAÇÃO DE GESTORES PÚBLICOS

experiências recentes das políticas  
de redução das desigualdades

ORGANIZADORAS

Janine Mello | Vanda Mendes Ribeiro | Gabriela Lotta  
Alicia Bonamino | Cynthia Paes de Carvalho

**ipea**

## **Governo Federal**

### **Ministério da Economia**

**Ministro** Paulo Guedes

# **ipea** Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

Fundação pública vinculada ao Ministério da Economia, o Ipea fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais – possibilitando a formulação de inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiros – e disponibiliza, para a sociedade, pesquisas e estudos realizados por seus técnicos.

#### **Presidente**

Carlos von Doellinger

#### **Diretor de Desenvolvimento Institucional**

Manoel Rodrigues Junior

#### **Diretora de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia**

Flávia de Holanda Schmidt

#### **Diretor de Estudos e Políticas Macroeconômicas**

José Ronaldo de Castro Souza Júnior

#### **Diretor de Estudos e Políticas Regionais, Urbanas e Ambientais**

Nilo Luiz Saccaro Júnior

#### **Diretor de Estudos e Políticas Setoriais de Inovação e Infraestrutura**

André Tortato Rauen

#### **Diretora de Estudos e Políticas Sociais**

Lenita Maria Turchi

#### **Diretor de Estudos e Relações Econômicas e Políticas Internacionais**

Ivan Tiago Machado Oliveira

#### **Assessora-chefe de Imprensa e Comunicação**

Mylena Fiori

Ouvidoria: <http://www.ipea.gov.br/ouvidoria>

URL: <http://www.ipea.gov.br>



# IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS E ATUAÇÃO DE GESTORES PÚBLICOS

experiências recentes das políticas  
de redução das desigualdades

## ORGANIZADORAS

Janine Mello | Vanda Mendes Ribeiro | Gabriela Lotta  
Alicia Bonamino | Cynthia Paes de Carvalho

**ipea**

Brasília, 2020

Implementação de políticas e atuação de gestores públicos : experiências recentes das políticas de redução das desigualdades / organizadoras: Janine Mello... [et al.] – Brasília: Ipea, 2020.  
270 p. : il., color.

Inclui Bibliografia.  
ISBN: 978-65-5635-000-4

1. Política Social. 2. Desigualdade Social. 3. Política Pública. 4. Gestão Pública. 5. Brasil. I. Mello, Janine. II. Ribeiro, Vanda Mendes. III. Lotta, Gabriela. IV. Bonamino, Alicia. V. Carvalho, Cynthia Paes de. VI. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

CDD 361.61

Ficha catalográfica elaborada por Andréa de Mello Sampaio CRB-1/1650

A obra retratada na capa deste livro, *Implementação de Políticas e Atuação de Gestores Públicos: experiências recentes das políticas de redução das desigualdades*, é a tela Terra, de Candido Portinari (1903-1962), datada de 1937. Além da inegável beleza e expressividade de suas obras, Portinari tem importância conceitual para um instituto de pesquisas como o Ipea. O "pintor do novo mundo", como já foi chamado, retratou momentos-chave da história do Brasil, os ciclos econômicos e, sobretudo, o povo brasileiro, em suas condições de vida e trabalho: questões cujo estudo faz parte da própria missão do Ipea.

A Diest agradece ao Projeto Portinari pela honra de usar obras do artista em sua produção.  
Direito de reprodução gentilmente cedido por João Candido Portinari.

As publicações do Ipea estão disponíveis para *download* gratuito nos formatos PDF (todas) e EPUB (livros e periódicos).  
Acesse: <http://www.ipea.gov.br/portal/publicacoes>

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério da Economia, ou do Ministério do Desenvolvimento Regional.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

## SUMÁRIO

<b>PREFÁCIO</b> .....	7
Roberto Rocha C. Pires	

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	9
Janine Mello	

### **PARTE 1 – APONTAMENTOS TEÓRICOS**

#### **CAPÍTULO 1**

PARA ALÉM DA “FRACASSOMANIA”: OS ESTUDOS BRASILEIROS SOBRE IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS.....	23
Renata Bichir	

#### **CAPÍTULO 2**

CAPACIDADE ESTATAL E BUROCRÁTICA: SOBRE CONCEITOS, DIMENSÕES E MEDIDAS.....	45
Celina Souza Flavio Fontanelli	

### **PARTE 2 – AGENTES PÚBLICOS E EXPERIÊNCIAS DE IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS NOS TRÊS NÍVEIS FEDERATIVOS**

#### **CAPÍTULO 3**

INOVAÇÕES NAS PRÁTICAS DE GESTÃO DO SUS: DESAFIOS PARA REDUZIR DESIGUALDADES EM SAÚDE.....	73
Adriano Massuda Gastão Wagner de Sousa Campos	

#### **CAPÍTULO 4**

A EXPERIÊNCIA DOS ARRANJOS INTERFEDERATIVOS DA SAÚDE NO ESTADO DO CEARÁ: OS CONSÓRCIOS PÚBLICOS COMO INSTRUMENTOS DE FORTALECIMENTO DA GESTÃO COMPARTILHADA.....	97
João Ananias Vasconcelos Neto	

#### **CAPÍTULO 5**

REFLEXÕES SOBRE AS CONTRIBUIÇÕES DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO E COORDENAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS ....	115
Hêider Aurélio Pinto	

## **CAPÍTULO 6**

SUPERANDO DESAFIOS, PRODUZINDO RESULTADOS .....139

Carla Rabelo

## **CAPÍTULO 7**

FIRMANDO OS ALICERCES DA IGUALDADE DE OPORTUNIDADES  
EDUCACIONAIS: O PROGRAMA ALFABETIZAÇÃO NA IDADE CERTA  
DO CEARÁ .....157

Maurício Holanda Maia

## **CAPÍTULO 8**

PLANO DE AÇÕES ARTICULADAS: MELHORIA DA EDUCAÇÃO E  
REDUÇÃO DAS DESIGUALDADES .....175

José Henrique Paim Fernandes

Jaana Flávia Fernandes Nogueira

## **CAPÍTULO 9**

GESTÃO LOCAL DO SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E O  
ENFRENTAMENTO ÀS DESIGUALDADES SOCIAIS EM MARACANAÚ-CEARÁ...191

Ieda Castro

## **CAPÍTULO 10**

PROTEÇÃO SOCIAL NÃO CONTRIBUTIVA: A EXPERIÊNCIA DA  
GESTÃO ESTADUAL .....215

Denise Ratmann Arruda Colin

## **CAPÍTULO 11**

OS DESAFIOS DE GESTÃO FEDERAL DA POLÍTICA NACIONAL DE  
ASSISTÊNCIA SOCIAL: UMA ENTREVISTA COM TEREZA CAMPELLO .....245

Janine Mello

Gabriela Lotta

REFLEXÕES E APRENDIZAGENS .....259

Vanda Mendes Ribeiro

Alicia Bonamino

Cynthia Paes de Carvalho



## PREFÁCIO

Roberto Rocha C. Pires<sup>1</sup>

Análises de implementação de políticas públicas são comumente identificadas com o estudo do Estado em ação. O campo de implementação originou-se da ambição de compreender o longo itinerário entre a tomada de uma decisão governamental e a percepção dos resultados provocados pela intervenção pública. Itinerário este composto por um conjunto amplo de processos, interações e ações desempenhadas por atores diversos, cuja complexidade deixa aturdidos pesquisadores e gestores públicos. Trata-se de uma dinâmica – envolvendo processos e ações entrelaçados e em movimento – com poder de transformação, para o bem e para o mal, dos objetivos, conteúdos e estratégias políticas concebidas nos gabinetes do Poder Executivo e nos plenários das Casas Legislativas. É esse poder de transformação que torna imprescindível o estudo da implementação para aqueles que desejam compreender a atuação do Estado tal como ela se apresenta e não apenas como deveria ser. Abordar a implementação é, antes de tudo, um compromisso com o real, tomado como base para construção de conhecimento útil e aplicado ao aprimoramento contínuo das políticas e serviços públicos.

A presente obra nos aproxima desse tipo de reflexão sobre o Estado em ação pela mão de pesquisadoras e professoras renomadas e reconhecidas no campo acadêmico e, também, pelas narrativas analíticas de gestoras e gestores públicas que tiveram papéis fundamentais na condução de processos de implementação concretos nas áreas de saúde, educação e assistência social, nos três níveis de governo da nossa Federação. Em seu conjunto, a obra traz contribuições tanto na sistematização de abordagens teórico-analíticas quanto no aprendizado prático a partir de experiências concretas de gestão pública em nosso país. Em especial nessa segunda frente, as autoras e autores abordam as dinâmicas de implementação em sua complexidade, driblam o sentimento de impotência que inevitavelmente emerge nestas situações e relatam as estratégias construídas para o enfrentamento de variados tipos de problemas. Essa embocadura prático-analítica já se faz evidente nos títulos dos capítulos que compõem esse livro, os quais chamam a atenção do leitor para termos como “desafios”, “superação”, “inovação”, “melhoria”, “fortalecimento” e “resultados”.

---

1. Técnico de planejamento e pesquisa na Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia (Diest) do Ipea; e professor dos programas de mestrado profissional do Ipea e da Escola Nacional de Administração Pública (Enap).

Cumpramos ressaltar, também, a relevância de se colocar em posição central a preocupação com a redução de desigualdades. Vivemos em um país em que a desigualdade social é não somente extrema como também persistente. A durabilidade desse padrão é influenciada por múltiplos fatores, mas, certamente, tem na operação cotidiana do Estado e nas relações entre seus agentes e os públicos atendidos um dos seus sustentáculos. Torna-se, assim, urgente abordarmos as interfaces entre processos de implementação e mitigação ou reforço de desigualdades já existentes. Como fazer as políticas e os serviços públicos chegarem aos destinatários mais necessitados? Como induzir a ampliação do acesso, evitar a emergência de barreiras de inclusão e prevenir riscos de exclusão? Como articular os diferentes setores e organizações do governo na provisão de ofertas adequadas à complexidade dos desafios vividos cotidianamente pelos segmentos vulnerabilizados da população? Essas são apenas algumas das questões que a presente obra avança muito em tratar, a partir de experiências vividas por gestoras e gestores no enfrentamento de desafios de implementação de políticas públicas em contexto de extrema desigualdade.

# INTRODUÇÃO<sup>1</sup>

Janine Mello<sup>2</sup>

Os avanços alcançados pelas políticas públicas voltadas à redução das desigualdades e, de forma mais ampla, pelo sistema de promoção e proteção social brasileiro têm sido objeto de diversos estudos focados em compreender os processos de consolidação da política social no país e suas repercussões sobre as políticas de educação, saúde e assistência social na esteira das mudanças institucionais que acompanharam os novos paradigmas previstos pela Constituição Federal de 1988 – CF/1988 (Arretche, 2018; Menicucci e Gomes, 2018).

Na mesma direção, é crescente o esforço para refletir sobre as particularidades e especificidades dos desafios enfrentados pelo poder público nos três níveis da Federação para garantir que os processos de formulação, implementação e monitoramento das políticas desenvolvidas no país correspondam adequadamente à crescente complexificação das demandas por parte da população no que se refere à melhoria de indicadores educacionais, melhoria das condições de acesso e qualidade aos serviços de saúde, ampliação de benefícios socioassistenciais, consolidação da rede de seguridade social e proteção ao trabalhador, além das agendas de enfrentamento à pobreza e redução das desigualdades, entendidas em suas acepções multidimensionais.

Este livro<sup>3</sup> se inscreve nesses debates, dialogando com concepções centrais que permeiam as análises sobre políticas de proteção social e de redução de desigualdades implementadas no país nas áreas de educação, saúde e assistência social, tendo como objetivo entender como avanços e desafios na trajetória de consolidação dessas políticas têm afetado as suas possibilidades de implementação. Estes temas não constituem em si uma novidade, entretanto a intenção dos capítulos dispostos ao longo desta publicação é discutir como estas questões dialogam, a partir da implementação de políticas de saúde, educação e assistência social, com experiências vivenciadas pelos gestores responsáveis pela execução dessas ações, nos três níveis federativos.

---

1. Agradeço imensamente a leitura e as sugestões feitas pela professora doutora Gabriela Lotta, da Fundação Getúlio Vargas de São Paulo (FGV/SP). Imprecisões e erros eventualmente contidos neste texto são de minha inteira responsabilidade.

2. Diretora adjunta na Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia (Diest) do Ipea. E-mail: <janine.mello@ipea.gov.br>.

3. Os temas tratados nesta publicação dialogam com uma agenda mais ampla de estudos sobre implementação de políticas públicas que vem sendo desenvolvida pela Diest/Ipea em parceria com outras instituições de pesquisa no âmbito do projeto *Implementação de políticas públicas: efeitos da atuação de agentes públicos e dos processos de implementação sobre a ação governamental e seus públicos-alvo*, sob a coordenação de Roberto Pires (Diest/Ipea).

Tem sido recorrente na literatura a avaliação de que a CF/1988 inaugura um momento de reconfiguração da atuação do Estado sobre as políticas sociais. A partir da Constituição, são formuladas novas estratégias de operacionalização, novos parâmetros de execução e novas formas de relacionamento com a população definida como seu público-alvo, baseadas na ideia de expansão de direitos sociais e no estabelecimento de diretrizes para a consolidação de serviços públicos que garantam mais acesso e distribuição de recursos em uma lógica de universalismo.

Desde os anos 1990, gestores públicos têm se empenhado em implementar políticas considerando essas diretrizes. Pesquisas mostram que, em várias áreas governamentais e níveis federativos, esforços de implementação de políticas públicas geraram resultados em termos de redução de desigualdades (Arretche, 2015; 2018). De modo complementar, a literatura sobre implementação de políticas públicas ressalta a relevância de aspectos próprios da execução para a eficiência e a eficácia das políticas, como adesão dos agentes implementadores, capacidade desses agentes de realizarem adaptações aos contextos nos quais estão inseridos, capacidade de negociação, compreensão dos objetivos das políticas, entre outros fatores (Faria, 2012; Lotta, 2015).

Fomentar a reflexão entre gestores públicos que tenham atuado na implementação de políticas públicas, às quais são atribuídos resultados exitosos no enfrentamento das desigualdades, pode contribuir para a melhor compreensão de meios necessários para lidar com os fatores mencionados anteriormente. Sobretudo quando considerados os grandes desafios do país ante os objetivos de ampliação da equidade entre as diferentes camadas da população.

Obviamente, cada uma das áreas governamentais aqui analisadas é marcada por especificidades e níveis variados de consolidação de suas redes e estruturas de gestão. Um exemplo dessas distinções, apontado frequentemente, é o da assistência social, em que o modelo que passa a referenciar a ação pública e privada após a CF/1988 distinguia-se substantivamente da concepção e da lógica que pautavam o setor até então. Discute-se, em muitos casos, que este movimento teria ocorrido de maneira diferenciada na assistência social em relação à educação e à saúde, por exemplo, que já operariam sobre bases que guardavam mais similaridades com as novas demandas oriundas da CF/1988 (Sposati, 2015; Satyro e Cunha, 2014; Vaitsman, Andrade e Farias, 2009; Jaccoud, Bichir e Mesquita, 2017; Couto, 2015).

Apesar dessas diferenças, é possível argumentar que os elementos trazidos no corpo da Carta constitucional exigiram o reposicionamento do Estado ante a garantia de direitos sociais; como decorrência disso, a atuação do aparato governamental foi orientada, de modo geral, em três frentes: *i*) alterações jurídico-legais do marco legal vigente em cada um desses setores; *ii*) estruturação da rede de equipamentos públicos, pautada pela expansão de cobertura e melhoria na qualidade dos serviços; e

*iii)* profissionalização dos agentes públicos responsáveis pela implementação dessas políticas nos três níveis federativos.

A CF/1988 é, nesse sentido, entendida como divisor de águas nos processos de criação e expansão das capacidades estatais voltadas para lidar com as novas exigências previstas para a área social (Menicucci e Gomes, 2018). Ao longo da década de 1990, ocorreram avanços importantes focados na dimensão federativa das políticas sociais, em especial na entrada dos municípios como atores implementadores cruciais dessas ações (Arretche, 2015). Além dos desafios trazidos pelos processos de descentralização das políticas sociais, gestões nacionais e subnacionais enfrentaram, ao longo dos anos 2000, questões estruturantes na operacionalização das políticas sociais ligadas a limitações técnicas, orçamentárias ou de arranjos de gestão. Aspectos tratados, em grande parte, nos capítulos que compõem esta publicação.

Além disso, após a chegada ao poder, no nível federal, da coalizão responsável pelas eleições dos ex-presidentes Lula e Dilma, a agenda de combate à pobreza e os esforços de redução das desigualdades foram apontados como prioridade governamental, e as trajetórias de diferentes programas e iniciativas atreladas de alguma maneira a esta agenda passaram por processos de inovação institucional, reestruturação, fortalecimento ou expansão, tanto na esfera federal quanto nas demais instâncias federativas.

O foco na redução da pobreza, no combate à fome e nos esforços de amenizar as desigualdades em suas diversas dimensões constituiu uma inflexão substantiva nas políticas sociais ao exigir das instâncias governamentais maior capacidade de formulação, coordenação e implementação em relação a essas temáticas. Ao serem entendidas como políticas associadas, em algum sentido, à agenda de redução das desigualdades e enfrentamento à pobreza, áreas denominadas sociais assumiram centralidade no escopo estatal. Simultaneamente ao reposicionamento intragovernamental, a associação entre a agenda social e o combate à pobreza contribuiu para o aprofundamento da noção de que a atuação dessas redes estaria majoritariamente centrada em públicos socialmente mais vulneráveis.

Entre as muitas consequências desse movimento, destacamos duas, que, a nosso ver, dialogam mais centralmente com os temas abordados neste livro. Em primeiro lugar, a associação entre a política social e a agenda de enfrentamento à pobreza tendeu a fortalecer a percepção – arraigada dentro e fora do aparato governamental – de que a responsabilidade pelo atendimento das demandas de parcelas populacionais mais vulneráveis pertence à área social, restringindo, inclusive, o rol de atores, estratégias e ações elegíveis para compor políticas e programas pautados por objetivos dessa natureza. Se, por um lado, é possível alegar que houve um maior reconhecimento das iniciativas coordenadas por esses órgãos e mesmo

um reposicionamento no interior da estrutura estatal, por outro, também cabe destacar que a atuação setorialmente restrita em questões multidimensionais, como desigualdade e pobreza, delimita o grau de transversalidade e intersetorialidade requerido por estratégias de redução da pobreza e de desigualdades que visem à sustentabilidade de seus resultados.

Adviria ainda desse movimento a falta de compreensão do caráter universal próprio de ações direcionadas para o incremento de bem-estar social, acompanhada do não reconhecimento de parcelas significativas da população como usuárias dos serviços públicos de saúde, educação e assistência social.

Como resultado da junção entre o processo de reorganização do Estado iniciado no pós-1988 e a prioridade política dada ao combate à pobreza e aos esforços de redução das desigualdades nos anos 2000, foram encampadas inúmeras alterações normativas que regulamentavam o funcionamento das políticas sociais. Além disso, também cresce a demanda por inovações institucionais na execução dessas políticas, assim como ocorre um movimento intenso de reestruturação burocrático-administrativa, visando aprimorar modelos de gestão e/ou estratégias e instrumentos de implementação que viabilizem a execução dessas ações nos três níveis federativos.

Vale lembrar ainda a significativa expansão de recursos financeiros, humanos e técnicos direcionados às políticas de assistência social, saúde e educação<sup>4</sup> ocorrida nesse período, assim como a criação e/ou o fortalecimento de ações que impactaram fortemente a agenda social no país, como o Cadastro Único para Programas Sociais (Cadastro Único), a unificação de diferentes benefícios socioassistenciais sob o escopo do Programa Bolsa Família (PBF), a ampliação das políticas de atenção básica à saúde, a universalização do acesso à educação básica, a ampliação da educação infantil, entre outras.

Como já indicado, processos de implementação têm sido recorrentemente apontados como essenciais para a compreensão de fragilidades e possibilidades de aperfeiçoamento da ação governamental. É possível argumentar que a atuação de agentes públicos constitui uma das principais dimensões para analisar como políticas são apreendidas e colocadas em curso nas mais diversas instâncias governamentais. Entender a experiência dos agentes públicos a partir das estratégias adotadas e dos desafios e das dificuldades enfrentados ao longo das etapas de implementação compõe uma dimensão analítica central para os estudos sobre aperfeiçoamentos dos processos de operacionalização e gestão de políticas públicas.

Para entender como esses processos ocorreram, sob quais aspectos essas áreas se distinguem e sob quais deles guardam similaridades, foram reunidos gestores

---

4. Para mais detalhes, ver: <<https://bit.ly/2PDmaYy>>.

e gestoras, os quais relataram suas experiências na implementação de políticas públicas cujos resultados contribuíram, em alguma medida, para a diminuição de desigualdades. Além de registrar avanços e desafios enfrentados na execução das políticas sociais no período recente, um dos objetivos centrais deste livro é dar visibilidade à perspectiva de gestores que atuaram na execução dessas políticas, a partir do compartilhamento de experiências vivenciadas por eles nas gestões municipais, estaduais e federal das quais fizeram parte. Como resultado, participaram da publicação quatorze gestoras e gestores, analisando políticas e programas governamentais que se tornaram referência nas áreas de educação, assistência e saúde.

Tendo isso em mente, este livro foi estruturado em duas partes. Na primeira delas (*Apontamentos teóricos*), são abordados aspectos que permeiam o debate brasileiro sobre implementação de políticas públicas e suas relações com a discussão de capacidade estatal e burocrática. No capítulo 1, Renata Bichir faz um apanhado dos estudos brasileiros sobre implementação presentes na literatura recente, indicando os principais pressupostos em suas diferentes fases. Para a autora, as análises recentes sobre os desafios de implementação não estão mais circunscritas ao que define como “fracassomania”, em que o foco recaía predominantemente sobre as falhas e os problemas de implementação. Estudos centrados na distinção entre abordagens *top-down* e *bottom-up* também dão lugar a preocupações relacionadas a questões como horizontalidade e verticalidade das políticas públicas; efeitos da atuação das burocracias de diferentes níveis sobre a execução de políticas; e, ainda, em diálogo com os esforços desta publicação, tentativas de compreender como as políticas públicas têm contribuído para a redução ou o aumento das desigualdades.<sup>5</sup> Na sequência, no capítulo 2, Celina Souza e Flávio Fontanelli traçam um panorama sobre o estado da arte dos estudos sobre capacidade estatal e capacidade burocrática, indicando as contribuições da literatura internacional sobre o debate e os estudos voltados para o Brasil e os demais países da América Latina. Os autores ainda apresentam as diferentes formas de mensuração utilizadas para aferir a existência ou não de capacidades estatais, seus limites e suas potencialidades.

Estabelecidos os pressupostos teóricos que balizam a discussão sobre a implementação de políticas, seus desafios e aspectos relevantes – centrados primordialmente nas agendas de pesquisa sobre a implementação e os efeitos da capacidade estatal, em especial a capacidade burocrática, na produção de políticas públicas – a segunda parte (*Agentes públicos e experiências de implementação de políticas públicas nos três níveis federativos*) apresenta relatos de gestoras e gestores públicos que estiveram envolvidos em políticas voltadas para a redução das desigualdades nas áreas de saúde, educação e assistência social no período recente. Subdividida por áreas temáticas (saúde, educação e assistência social), nesta são discutidos

---

5. Para mais detalhes, ver Pires (2019).

avanços e desafios enfrentados nos três níveis federativos, a partir da perspectiva dos agentes públicos responsáveis por sua execução.

Os capítulos 3, 4 e 5 abordam desafios e questões enfrentadas pelos gestores e gestoras na área de saúde a partir de suas experiências de gestão em cada um dos níveis federativos. No capítulo 3, Adriano Massuda e Gastão Wagner de Sousa Campos discutem o potencial incremento de eficiência resultante de inovações nas práticas de gestão a partir da experiência da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (PR). Já no capítulo 4, João Ananias Vasconcelos Neto discorre sobre experiências exitosas de consórcios públicos interfederativos na área de saúde em relação ao fortalecimento da gestão compartilhada segundo o caso do estado do Ceará. Fechando a discussão, o capítulo 5, escrito por Héider Aurélio Pinto, analisa, a partir da ótica federal, os aprendizados advindos da gestão e implementação do Programa Mais Médicos, dados os processos de coordenação intersetorial que foram necessários para sua implementação e outros desafios de execução do programa até 2016.

No setor de educação, o capítulo 6, escrito por Carla Rabelo, traz uma reflexão a partir da perspectiva da gestão municipal das políticas de educação, partindo do caso municipal de Teresópolis (RJ) para apresentar as principais estratégias adotadas para viabilizar a execução de diversos programas educacionais no âmbito municipal. No capítulo 7, Maurício Holanda Maia analisa o Programa Alfabetização na Idade Certa (Paic) a partir de sua atuação no estado do Ceará, apontando seus principais resultados e as questões ligadas aos desafios de cooperação federativa, incluindo a esfera federal e as relações entre estados e municípios. Encerrando a discussão sobre políticas de educação, os autores José Henrique Paim Fernandes e Jaana Flávia Fernandes, no capítulo 8, discutem como o Plano de Ações Articuladas (PAR) contribuiu para a definição de um novo patamar de relacionamento entre a União e os entes subnacionais, além das melhorias nos indicadores de educação em todo o território nacional.

Em relação às políticas de assistência social, Ieda Castro, no capítulo 9, trata dos desafios da gestão local do Sistema Único de Assistência Social (Suas) em Maracanaú, no estado do Ceará, resultantes, em grande medida, dos novos pressupostos trazidos pelas mudanças constitucionais de 1988, e de como foram incorporados pelas gestões municipais. Na sequência, Denise Ratmann Arruda Collin, no capítulo 10, apresenta a trajetória de absorção do Suas pelas esferas estaduais considerando aspectos técnicos, administrativos, legais e políticos que permeiam a implementação das políticas de assistência social, com foco no caso do estado do Paraná. Concluindo esse bloco, no capítulo 11, escrito por Janine Mello e Gabriela Lotta, os desafios da gestão federal da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) foram o objeto de uma entrevista concedida pela ex-ministra do Desenvolvimento Social, Tereza Campello.



O texto de Vanda Mendes Ribeiro, Alicia Bonamino e Cynthia Paes de Carvalho encerra a publicação trazendo uma série de reflexões feitas a partir dos desafios e das potencialidades abordados ao longo de todo o livro, o que contribui para apontar convergências e diferenças entre as múltiplas experiências relatadas por gestoras e gestores que participaram efetivamente da dinâmica de implementação das políticas aqui visitadas e apresentar possibilidades de aperfeiçoamento desses processos no futuro.

Apesar dos avanços observados nos últimos trinta anos, persistem ainda inúmeros desafios de consolidação, aperfeiçoamento e expansão dos serviços públicos de educação, assistência social e saúde. Entre estes, é possível destacar alguns, como as dificuldades de universalização de rede de equipamentos públicos em determinadas partes do país assegurando não apenas a presença em todos os municípios, mas também a melhoria das condições de acesso de populações rurais e remotas dispersas no território nacional aos serviços públicos essenciais de saúde, educação e assistência social. Permanecem ainda como um dos maiores desafios de políticas caracterizadas por altos graus de abrangência, capilaridade e complexidade institucional os esforços para garantir um padrão adequado de atendimento no país, considerando as condições desiguais que configuram as capacidades estatais das instâncias responsáveis pela implementação dessas ações e a heterogeneidade na qualidade do serviço prestado à população.

A complexidade dos impasses e dilemas que perpassam a operacionalização dessas ações decorre, em grande medida, da natureza constitutiva de políticas distributivas de caráter universalizante. Os fatores capazes de impactar o desempenho dessas ações são inúmeros e variam em intensidade, abrangência e escala, por se tratarem de políticas continuadas, que devem ser garantidas em todo o território nacional, guiadas sob parâmetros estabelecidos no que se refere às alternativas de execução, aos objetivos e resultados esperados e à qualidade necessária aos serviços. Além de, a despeito de seu caráter universal, atenderem como público majoritário aquelas parcelas da população menos assistidas pelo Estado, mais expostas à situação de vulnerabilidade social e com menores níveis de rendimento monetário.

Não obstante o rol de desafios já elencado, existem ainda aspectos de natureza mais estruturante que configuram o debate público e exercem efeitos consideráveis sobre possibilidades futuras de aperfeiçoamento e ampliação do escopo dessas ações.

O primeiro desses aspectos diz respeito à compreensão sobre o papel do Estado ante as questões sociais, como pobreza, desigualdades, segurança, entre outros. Estas questões exigem uma atuação integrada do Estado, tanto com relação aos entes federativos como, acima de tudo, dos diversos setores envolvidos nas políticas. A produção de políticas de forma setorializada e dividida federativamente aumenta a chamada vulnerabilidade institucional (Spink e Burgos, 2019), além

de comprometer a capacidade de geração de efetividade nas políticas. A ação intersetorial e de coordenação federativa é, talvez, um dos maiores desafios para o avanço das políticas sociais no Brasil (Lotta e Favareto, 2016; Bronzo e Veiga, 2007; Veiga e Bronzo, 2014; Bichir, Oliveira e Canato, 2016).

O segundo desafio relaciona-se com a própria ideia construída sobre desigualdade, pobreza e suas possíveis causas. Adotar a lógica da promoção e proteção social como direito requer que a pobreza, por exemplo, não seja mais entendida como resultado de culpa individual; ou da meritocracia como premissa justificadora da desigualdade entre os indivíduos, ou da concepção de *desajuste* ou inadequação para explicar situações de vulnerabilidade, às quais estão sujeitas parcelas significativas da população mundial.<sup>6</sup> Esta mudança de compreensão sobre a pobreza e as desigualdades contribui para deslocar o papel filantrópico atribuído a essas políticas para premissas centradas no potencial caráter democratizante do acesso ao conjunto de políticas ofertadas pelo Estado, políticas estas voltadas para a melhoria do bem-estar e a ampliação da cidadania. Além disso, é importante considerar que mesmo políticas voltadas à redução de desigualdades podem repercutir em tratamentos desiguais por meio da atuação de agentes implementadores (Pires, 2019).

Diante de impasses dessa natureza, não existem mecanismos formais e burocráticos capazes de resolver essas tensões de maneira célere e simples, o que, por si só, constitui uma das maiores dificuldades de implementação e coordenação desta agenda no país. A construção das redes públicas de educação, saúde e assistência social é permeada pelos embates travados sobre as representações atribuídas à área social, seu rol de ações, estratégias mais adequadas e públicos a serem atendidos.

Diferentemente do que ocorre com políticas de desenvolvimento econômico, a oferta de serviços e benefícios sob a responsabilidade da assistência social, saúde e educação tem sido caracterizada por fases de maior reconhecimento de seu papel como parte da estratégia de desenvolvimento do país, intercaladas por longos períodos marcados por *crises de legitimidade* das políticas sociais como locus de prioridade governamental ou como área *merecedora* de recursos públicos.

A subalternização das políticas associadas a *questões sociais* tem sido recorrente no âmbito da administração pública no transcorrer dos mais diversos governos e contextos histórico-políticos do país, ficando evidenciada em momentos de crise econômico-fiscal, nos quais ocorre o aprofundamento do grau de questionamento das políticas sociais enquanto responsabilidade estatal ou como medidas capazes de apoiar a dinamização da economia, acompanhado da proliferação de propostas direcionadas a reduzir os recursos financeiros, administrativos, técnicos e humanos destinados à manutenção de políticas dessa natureza no âmbito governamental

---

6. Para mais a este respeito, ver Silva (2010) e Vêras (1999).

(Santos, 2015; Kerstenetsky, 2012; 2017; Silva, Yasbek e Di Giovanni, 2007; Costa, 2009; Cohn, 1995).

Aliado a isso, vale retomar o argumento exposto anteriormente de que, apesar de utilizar as redes públicas de saúde, educação e assistência social em diversas situações, uma parcela significativa da sociedade não se vê como público das políticas sociais e não reconhece, ou mesmo desconhece, os serviços ofertados por essas redes, associando a prestação desses serviços sempre às camadas mais pobres da população.

O não reconhecimento da relevância das políticas sociais e da redução das desigualdades, por governos e sociedade, como parte fundamental, no médio e longo prazo, das estratégias sustentáveis de desenvolvimento dos países produz impactos na implementação das ações vinculadas à saúde, educação e assistência social nos três níveis federativos, tais como: dificuldades de articulação federativa; problemas de coordenação; ou, ainda, aspectos vinculados às capacidades estatais dos entes responsáveis pela execução dessas políticas. Nestes contextos, soluções pontuais, de baixa escala, dependentes da participação substantiva da iniciativa privada ou ainda de teor filantrópico ou voluntário ganham espaço e reforçam, mais uma vez, pressupostos que reduzem a área social a meras medidas compensatórias, paliativas e fragmentadas.

Reconhecer esse debate é fundamental para a construção de estratégias de consolidação e fortalecimento de políticas e ações capazes de dar sustentação às trajetórias ascendentes dos indicadores de educação, assistência social e saúde observadas no Brasil nas últimas décadas em relação à queda da mortalidade infantil, ao aumento da escolarização, à redução da população em situação de pobreza, entre outros. Mas é imprescindível, também, avançar na compreensão de como gestores envolvidos na implementação dessas ações percebem as fragilidades e as potencialidades dessas políticas, visando à redução das disparidades sociais, econômicas e regionais. Os capítulos desta obra representam uma tentativa de contribuir, a partir da perspectiva de quem executa políticas sociais, para o debate a respeito do futuro das políticas sociais brasileiras e sobre seu papel para a redução do amplo rol de desigualdades que nos caracteriza como país.

## REFERÊNCIAS

ARRETCHE, M. T. S. As políticas na trajetória da democracia à redução das desigualdades. *In*: ARRETCHE, M. T. S. (Org.). **Trajetórias das desigualdades**: como o Brasil mudou nos últimos 50 anos. São Paulo: Editora da Unesp/CEM-USP, 2015.

\_\_\_\_\_. Trinta anos da Constituição de 1988: razões para comemorar? **Novos Estudos** – Cebrap, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 395-414, 2018.

BICHIR, R.; OLIVEIRA, M. C.; CANATO, P. Para além da transferência de renda? Limites e possibilidades na articulação intersetorial de políticas sociais. **Cadernos de Estudos: Desenvolvimento Social em Debate**, Brasília, n. 26, p. 81-102, 2016.

BRONZO, C.; VEIGA, L. Intersetorialidade e políticas de superação da pobreza: desafios para a prática. **Serviço Social e Sociedade**, n. 92, p. 5-21, 2007.

COHN, A. Políticas sociais e pobreza no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, n. 12, 1995.

COUTO, B. R. Assistência social: direito social ou bemestar? **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 124, p. 665-677, out./dez. 2015.

FARIA, C. A. P. (Org.). **Implementação de políticas públicas: teoria e prática**. Belo Horizonte: Ed. PUC Minas, 2012.

JACCOUD, L.; BICHIR, R.; MESQUITA, A. C. O Suas na proteção social brasileira: transformações recentes e perspectivas. **Novos Estudos – Cebrap**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 37-53, 2017.

KERSTENETZKY, C. L. Foi um pássaro, foi um avião? Redistribuição no Brasil no século XXI. **Novos estudos – Cebrap**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 15-34, jul. 2017.

\_\_\_\_\_. **O Estado de bem-estar social na idade da razão: a reinvenção do Estado social no mundo contemporâneo**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

LOTTA, G. S. Federalismo e políticas públicas: abrangências e convergências temáticas desse campo de estudos no Brasil. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 1092-96, set. 2015.

LOTTA, G.; FAVARETO, A. Desafios da integração nos novos arranjos institucionais de políticas públicas no Brasil. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, v. 24, n. 57, p. 49-65, mar. 2016.

MENICUCCI, T.; GOMES, S. **Políticas sociais: conceitos, trajetórias e a experiência brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018.

PIRES, R. R. C. (Org.). **Implementando desigualdades: reprodução de desigualdades na implementação de políticas públicas**. Rio de Janeiro: Ipea, 2019.

SANTOS, R. T. Ambiguidades do momento corporativo: gênese e justificação dos direitos sociais no Brasil. **Revista Brasileira de Ciência Política**, Brasília, n. 17, p. 43-66, maio/ago. 2015.

SATYRO, N. G. D.; CUNHA, E. S. M. The path of Brazilian social assistance policy post-1988: the significance of institutions and ideas. **Brazilian Political Science Review**, v. 8, n. 1, p. 80-108, 2014.

SILVA, M. O. S. Pobreza, desigualdade e políticas públicas: caracterizando e problematizando a realidade brasileira. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 13, n. 2 p. 155-163, jul./dez. 2010.

SILVA, M. O. S.; YASBEK, M. C.; DI GIOVANNI, G. **A política social brasileira no século XXI**: a prevalência dos programas de transferência de renda. 3. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2007.

SPINK, P.; BURGOS, F. Os limites da abordagem de implementação: vulnerabilidade urbana a partir do outro lado da rua. *In*: LOTTA, G. **Teoria e análises sobre implantação de políticas públicas no Brasil**. Brasília: Enap, 2019.

SPOSATI, A. Sistema único: modo federativo ou subordinativo na gestão do Suas. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 50-61, jan./jun. 2015.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B.; FARIAS, L. O. Proteção social no Brasil: o que mudou na assistência social após a Constituição de 1988. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 731-741, 2009.

VEIGA, L.; BRONZO, C. Estratégias intersetoriais de gestão municipal de serviços de proteção social: a experiência de Belo Horizonte. **Revista Administração Pública**, v. 48, n. 3, p. 595-620, jun. 2014.

VÉRAS, M. P. B. Notas ainda preliminares sobre exclusão social, um problema brasileiro de 500 anos. *In*: VÉRAS, M. P. B.; SPOSATI, A.; KOWARICK, L. (Eds.). **Por uma sociologia da exclusão social**: o debate com Serge Paugan. São Paulo: Educ, 1999.

#### BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

FONSECA, A.; FAGNANI, E. (Orgs.). **Políticas sociais, cidadania e desenvolvimento**: economia, distribuição da renda e mercado de trabalho. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2013.

SANGLARD, G.; LOPES, M. A. Pobreza e assistência: debates historiográficos. **Tempo**, Niterói, v. 24, n. 2, maio/ago. 2018.

SPOSATI, A. Tendências latino-americanas da política social pública no século 21. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 104-115, jan./jun. 2011.

TITMUSS, R. M. Assistência social e a arte do dom. **Revista Sociologia em Rede**, v. 6, n. 6, 2016.





**PARTE I**  
**Apontamentos teóricos**





## PARA ALÉM DA “FRACASSOMANIA”: OS ESTUDOS BRASILEIROS SOBRE IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Renata Bichir<sup>1</sup>

### 1 INTRODUÇÃO

Analisar a implementação de políticas públicas significa considerar os desafios da transformação de intenções governamentais em práticas e ações, envolvendo um conjunto cada vez mais diversificado de atores, estatais e não estatais, em processos de interação pautados por regras formais e informais. Este estudo depara-se com desafios importantes: grande variação conceitual, ausência de uma teoria geral e diferentes abordagens teóricas e estratégias metodológicas para abordar o tema (Winter, 2006; Faria, 2012). Desafios adicionais derivam da dispersão de estudos entre diversas áreas do conhecimento (Winter, 2006).

Esse processo de transformação da política em ação, visto como não problemático na perspectiva weberiana, é cada vez mais considerado como parte central do processo de produção de políticas públicas (*policy process*), envolvendo, também, uma série de decisões (Hill, 1993). Se os primeiros estudos, nos anos 1970, partiam de decisões centralmente formuladas e assumiam que o desenho formal era a baliza para a aferição daquilo que, de fato, viria a se tornar a política – mensurando eventuais distâncias e desvios –, a partir dos anos 1980, as análises mergulharam nas decisões localmente tomadas, em particular na interação entre os burocratas de linha de frente e os usuários das políticas, com foco tanto nas causas como nas consequências de atuações discricionárias (Lipsky, 1980; Maynard-Moody e Musheno, 2003; Faria, 2012). A partir dos anos 1990, diferentes tentativas de síntese analítica dessas perspectivas foram desenvolvidas, por meio de modelos integradores (Matland, 1995; Sabatier, 2007; Winter, 2006; entre outros).

Contemporaneamente, dilui-se a clássica distinção entre as análises do tipo de cima para baixo (*top-down*) – que aceitam a validade dos objetivos daqueles que tomam as decisões centrais e sua capacidade de torná-los explícitos, em uma perspectiva mais normativa (Hill, 1993) – e a perspectiva de baixo para cima

---

1. Professora na Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH/USP) e coordenadora do projeto de pesquisa *Governança multinível em políticas sociais nacionalmente estruturadas: o caso da assistência social* no Centro de Estudos da Metrópole. E-mail: <renatabichir@usp.br>.

(*bottom-up*), na qual se considera o processo contínuo de transformação dos objetivos da política. A integração dessas perspectivas visa, também, superar a distinção entre administração e política (Faria, 2012). Se são diversas as definições do conceito de implementação, é ponto relativamente mais consensual a importância da análise detida dessa etapa<sup>2</sup> para o entendimento das possibilidades de transformação da realidade por meio de políticas públicas.

Faria (2012, p. 11) apresenta algumas razões que justificam a pertinência dos estudos sobre implementação de políticas públicas: *i*) a implementação muitas vezes traz efeitos de frustração para os decisores; *ii*) o reconhecimento de que a política não se traduz em prática e tampouco em resultado bem-sucedido pela simples disposição de autoridade e mobilização de recursos; *iii*) a necessidade de maximizar o impacto do gasto público; *iv*) o monitoramento do comportamento dos agentes encarregados da implementação; *v*) a produção de informações relevantes para políticas futuras; e *vi*) a compreensão mais ampla do funcionamento da máquina estatal.

Sendo assim, é muito bem-vindo um livro que reúne reflexões sobre os desafios da implementação de políticas públicas no Brasil a partir da perspectiva de gestores de políticas, vinculados ao nível federal ou atuantes no nível subnacional. Se é da prática que falamos ao estudar a implementação, nada como reunir e, eventualmente, comparar, as perspectivas daqueles que se envolveram diretamente com os desafios de transformar a realidade social brasileira por meio de políticas públicas. Em particular no campo do combate às desigualdades, é fundamental entender qual é o papel das políticas sociais implementadas desde a Constituição de 1988 e reforçadas nas últimas décadas, conforme discute Arretche (2018). Neste livro, procura-se contribuir para esse debate a partir da navegação pela fronteira, por vezes tênue, entre análise e avaliação de políticas públicas.

No debate brasileiro, diversos autores assinalam – e, muitas vezes, lamentam – a proximidade entre a agenda de pesquisa sobre políticas públicas e a agenda governamental (Melo, 1999; Souza, 2006; Marques, 2013a). Defendo que essa aproximação traz vantagens e desvantagens. Por um lado, o “magnetismo dos processos decisórios” (Faria, 2003, p. 22) oblitera temas e tópicos relevantes, tais como os desafios da implementação, o entendimento das causas e consequências da *não* inclusão de certos temas na agenda – considerando a dupla face do poder e a importância de não decisões, de acordo com o clássico texto de Barach e Baratz (1962) –, bem como o potencial ganho analítico de temas relativamente menos centrais. Por outro lado, o escrutínio de políticas públicas voltadas para o combate

---

2. O termo *etapa* é aqui utilizado no seu sentido heurístico, como forma de recorte e organização do conhecimento, na linha sugerida por autores como Marques (2013a) e Lima e D’Ascenzi (2013). Não se assume, portanto, a lógica racionalista e sequencial do modelo do ciclo de políticas públicas, conforme presente em abordagens do tipo de cima para baixo.

à desigualdade, a partir da perspectiva daqueles envolvidos diretamente com sua produção, tem grande potencial para a agregação de conhecimento, desde que analiticamente orientado.

Também no debate internacional existe aproximação entre a agenda analítica e a agenda da gestão, em particular nos estudos sobre implementação. Conforme notam Hill e Hupe (2009, p. 1), essa articulação deve-se aos seguintes fatores: *i*) o fenômeno da implementação já era objeto de preocupação fora e dentro do ambiente acadêmico mesmo antes do termo ser cunhado; *ii*) o termo *implementação* é empregado nos mais diversos contextos, por autores com diferentes formações; *iii*) os especialistas em administração pública e áreas afins abordam abundantemente o assunto mesmo quando não empregam o termo; e *iv*) a implementação necessariamente assume formas e conteúdos diversos em diferentes culturas e contextos institucionais.

A contribuição deste livro é particularmente bem-vinda para consolidar uma agenda de pesquisa recente no caso brasileiro: só a partir dos anos 2000 desenvolvem-se, de modo mais sistemático, os estudos sobre implementação (Lotta, 2019a; Faria, 2012; Menicucci, 2018). Com importantes exceções – a exemplo de Menicucci (2006) –, essa primeira geração de estudos foi marcada pela perspectiva da “fracassomania”, ou seja, pela preocupação em compreender porque as ações efetivamente colocadas em prática pelos governos eram distintas daquelas planejadas, com ênfase aos equívocos decorrentes; buscava-se entender a responsabilidade da implementação no desvio de rotas originalmente traçadas (Faria, 2012; Lotta, 2012a). Esses estudos, portanto, ignoravam as recomendações de Arretche (2001): é ingênuo esperar que não exista distância entre formulação e implementação; se levamos a sério a ideia de que a implementação provoca uma cadeia de decisões e transformações, realizadas por atores distintos daqueles envolvidos com a formulação da política, mais profícuo torna-se o estudo dos motivos e das consequências dessas transformações.

De lá para cá, a fracassomania não é mais a tônica dos estudos brasileiros. Se ainda predominam estudos de casos setoriais e são relativamente escassos estudos quantitativos considerando grande número de casos ou análises comparativas, houve grande avanço analítico e empírico, em diferentes direções. De acordo com o balanço realizado por Menicucci (2018), a respeito de todo o campo de análise de políticas públicas no Brasil, não é mais possível endossar os diagnósticos que ressaltavam a baixa institucionalidade do campo até os anos 1990 (Melo, 1999) ou a baixa acumulação de conhecimento (Souza, 2006), uma vez que há diálogos entre a literatura nacional e a produção internacional, maior refinamento de modelos analíticos e desenvolvimento de estudos empíricos teoricamente informados. No campo específico da implementação, Menicucci (2018) nota que mesmo no caso brasileiro não é mais possível considerar que este seja o elo perdido nas análises de políticas públicas, fazendo coro à discussão apresentada por Lotta (2019a).

Visando contribuir para essa agenda de pesquisa, este capítulo tem um duplo objetivo: sintetizar os principais modelos analíticos presentes nos estudos sobre implementação, com foco no debate internacional, e discutir os estudos brasileiros sobre o tema. Além desta introdução, este capítulo está estruturado em mais três seções. A segunda expõe, de modo sintético, os principais modelos analíticos que organizam os estudos sobre implementação. A terceira sistematiza as contribuições brasileiras a esse debate. Por fim, à guisa de conclusão, são apresentados desafios e agendas futuras.

## 2 PRINCIPAIS ABORDAGENS SOBRE IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS

A inexistência de uma teoria geral da implementação não significa que este é um campo desprovido de abordagens analíticas com contornos relativamente bem-definidos. Analisando a evolução dos estudos de políticas públicas nos Estados Unidos, Sabatier (1993) identificou uma primeira geração de estudos com uma visão extremamente pessimista sobre a capacidade governamental para a implementação de políticas. Essa geração pioneira surgiu nos anos 1970 e teve como grande referência o estudo de Pressman e Wildavsky (1984). A visão pessimista sobre a implementação, permeada por problemas, barreiras e fracassos, ficou historicamente consagrada no subtítulo famoso e expressivo dessa geração centrada na fracassomania (Faria, 2012).

Estudos comparativos que surgiram na sequência, objetivando explicar variações nas implementações de diferentes programas e unidades governamentais, continuavam compartilhando com os pioneiros a perspectiva *top-down* (Sabatier, 1993). Esse tipo de abordagem caracterizava-se por privilegiar processos decisórios de alto nível, cristalizados em normativos (leis e outros arranjos formais do desenho da política), que seriam a principal baliza para acompanhar os desdobramentos da sua implementação de cima para baixo (Winter, 2006). Nessa perspectiva, buscava-se separar claramente as dimensões da política – âmbito legítimo para a tomada de decisões – e a técnica, os processos administrativos de transformação de intenções em ações, em uma perspectiva centrada na ideia de controle e de hierarquia, além da dimensão prescritiva.

Conforme observa Winter (2006), essas primeiras análises centravam-se em estudos de caso exploratórios e indutivos visando à produção teórica, mas com foco em poucas variáveis analíticas, tais como número de atores e de pontos de decisão/veto. O ponto central dos estudos era entender como os objetivos formulados poderiam ser alcançados, sendo a implementação analisada como barreira explicativa. No clássico trabalho de Pressman e Wildavsky (1984), o foco recaía na análise da complexidade da ação coletiva implicada no problema de implementação (multiplicidade de atores com distintas perspectivas e prioridades, multiplicidade

de arenas decisórias e pontos de veto). Outro exemplo clássico desse período é o trabalho de Eugene Bardach, no qual a implementação era vista como continuação do conflito político estabelecido na formulação, com ênfase aos efeitos dos jogos de implementação na *distorção* dos objetivos legislativos (Bardach, 1977 *apud* Winter, 2006).

Elementos distintivos da abordagem *top-down* são o racionalismo e a visão etapista de políticas públicas, sintetizados no modelo de ciclo de políticas públicas: formação de agenda, formulação, tomada de decisão, implementação, avaliação, segundo versão consagrada nos anos 1990 (Howlett, Ramesh e Perl, 2013). Nesse modelo, a implementação seria o momento de tradução de decisões previamente tomadas em processos administrativos e práticas, por meio de instrumentos de políticas e da atuação de burocratas com pouca margem decisória.

Mesmo reconhecendo a relevância dessa abordagem para a produção de estudos detalhados sobre cada uma dessas etapas, Sabatier (2007, p. 7) ressalta as “críticas devastadoras” que atingiram a heurística dos estágios já no final dos anos 1980 no debate norte-americano: esta não representa uma teoria causal de fato, especialmente por não se debruçar sobre as interrelações do processo de políticas como um todo; a sequência de estágios proposta frequentemente difere daquelas encontradas empiricamente; abordagem excessivamente *top-down*, com foco nos processos de formulação e implementação de grandes mudanças legais; simplificação excessiva dos múltiplos ciclos de políticas públicas que interagem entre si de maneira complexa. Como decorrência do racionalismo e da dimensão prescritiva da abordagem *top-down*, as principais recomendações dos estudos poderiam ser sintetizadas do seguinte modo: evitar ambiguidade nas políticas; desenhar estruturas de implementação simples, com poucos elos na cadeia causal; controlar os atores envolvidos na implementação; e evitar interferências externas na política (Hill, 2005).

As principais críticas à abordagem *top-down* são dirigidas ao racionalismo e ao simplismo desse modelo excessivamente otimista em relação à habilidade dos formuladores de estruturar a implementação, ignorando os pontos de oposição e conflito, bem como as dimensões políticas presentes tanto na formulação como na implementação (Winter, 2006). Hill (2005, p. 183) aponta críticas relacionadas a três dimensões centrais: *i*) natureza da política pública – políticas podem ser ambíguas, complexas, obscuras, além disso podem ser formuladas com objetivos simbólicos, sem intenção efetiva de implementação. Elas envolvem compromissos entre interesses conflitantes e que podem se alterar ao longo do tempo; *ii*) interrelação entre formulação e implementação – é muito difícil determinar onde termina a formulação e começa a implementação, porque há uma série de decisões e transformações que acontecem na prática da política; e *iii*) perspectiva

normativa – implícita em muitas abordagens. Em síntese, é insuficiente e equivocado abordar a implementação como a etapa que sucede a clara definição de objetivos de uma determinada política.

A partir dessas críticas, desenvolve-se no início dos anos 1980 uma nova perspectiva do tipo *bottom-up*, a qual considera a vasta gama de atores que interagem no nível local em torno de um problema específico (Sabatier, 1993). Nesse tipo de estudo, o foco recai sobre os processos locais de implementação, na base das cadeias hierárquicas, nos contextos de entrega das políticas, serviços e benefícios para cidadãos ou organizações, com grande destaque para a burocracia de linha de frente (*street-level bureaucracy*) (Sabatier, 1993; Winter, 2006). Elimina-se a perspectiva etapista dos estudos, uma vez que decisões e transformações podem ocorrer ao longo do *policy process* (Sabatier, 1993).

Nessa abordagem, ganha centralidade o mapeamento de redes de relações e de estruturas formais e informais que se desenvolvem em torno de um determinado problema, por vezes tomando como ponto de partida o desenho oficial da política, por outras ignorando por completo as decisões de topo, dada a ênfase às cadeias de transformação e decisão implicadas no cotidiano das políticas (Winter, 2006). Há menor pressuposição das cadeias causais, das relações hierárquicas entre os atores e as agências envolvidas em uma política: o principal objetivo analítico é entender como a implementação de fato ocorre, ao contrário da abordagem que enfatiza como esta deve ser controlada (Hill, 2005).

No âmbito de estudos *bottom-up*, alguns autores abordam arranjos e estruturas de implementação, enquanto outros mergulham no entendimento dos atores responsáveis pela implementação. Hjern e Porter (1993) partem da crítica da ideia de *deficits* de implementação para deslocar a unidade de análise dos estudos não mais para indivíduos ou organizações, mas sim para as estruturas de implementação, formadas por parcelas de diversas organizações públicas e privadas que cooperam na implementação de uma política. Desloca-se, assim, o foco presente nas abordagens *top-down*, pois passam a ser consideradas subestruturas de atores e organizações que atuam em funções especializadas, em modelos de coordenação mais complexos e com compartilhamento de responsabilidade política entre os múltiplos atores envolvidos na implementação.

Entre os estudos que ressaltam o papel dos atores envolvidos na implementação, menção obrigatória é o clássico trabalho de Michael Lipsky (1980). Em contribuição central para os estudos de implementação, o autor analisou atores diretamente envolvidos com a entrega de serviços públicos – policiais, assistentes sociais, professores e atendentes do serviço de saúde, entre outros –, caracterizando-os como burocratas de nível da rua (*street level bureaucracy*). Esses funcionários interagem diretamente com o público e estão constrangidos por recursos escassos,

atuando em meio a estímulos contraditórios: pressionados pelo governo, para seguir as normas das políticas definidas de forma impessoal, e pela população, que visa obter tratamento personalizado. A ação discricionária desses burocratas determina como se dará o acesso aos bens e serviços governamentais, uma vez que acabam reformulando a própria política no processo de implementação. Isso porque esses burocratas fazem escolhas alocativas, adaptam critérios de inclusão e julgam as situações específicas a partir de seus próprios valores e referenciais, e não só a partir das regras definidas. Segundo Lipsky (1980), a ação individual desses implementadores acaba tornando-se o comportamento da agência pela qual respondem e que representam. Como veremos, esse trabalho teve grande influência no debate brasileiro sobre a atuação de burocracias de nível de rua (Lotta, 2010; 2012a; 2012b; Pires, 2012).

Algumas das principais contribuições analíticas da perspectiva *bottom-up* são, por vezes, apontadas como desvantagens. Essa perspectiva assume a complexidade das interações, o caráter mutável e conflituoso das políticas, o fato de que muitas outras dimensões e políticas afetam a política em análise. Entretanto, dada essa complexidade, o conceito de implementação fica bastante ambíguo (Hill, 2005). Winter (2006) aponta ainda os desafios de acúmulo de conhecimento a partir de uma estratégia teórica e metodológica indutiva, e não baseada no teste empírico de teorias e hipóteses.

Especialmente a partir dos anos 1990, desenvolveram-se tentativas de síntese dessas abordagens, combinando mapeamento de cima para baixo e de baixo para cima (*forward and backward mapping*) (Elmore, 1985<sup>3</sup> *apud* Winter, 2006). Essas análises combinavam a análise de estruturas de implementação, instrumentos e estruturas de incentivo com a consideração dos atores e relações locais, seus valores e objetivos. Nesse contexto, destacaram-se os esforços de Sabatier (1988) e Matland (1995) tanto em termos de especificação da pertinência de cada abordagem como na produção de modelos sintéticos.

Segundo Sabatier, a perspectiva *top-down* seria mais apropriada para áreas com legislação e recursos bem-definidos e clara estrutura de implementação. Por sua vez, a abordagem *bottom-up* poderia ser bem aplicada em contextos de interrelação de diferentes políticas tentando resolver o mesmo problema. Como contribuição para esse debate, Sabatier e colaboradores passaram a desenvolver, em diferentes versões, o modelo de coalizão de defesa (*advocacy coalition framework*). Essa abordagem enfatiza a interação entre coalizões de defesa compostas por atores que compartilham crenças sobre políticas públicas dentro de um subsistema de

---

3. Elmore, R. F. Forward and backward mapping: reversible logic in the analysis of public policy. In: Hanf, K.; Toonen T. A. J. (Eds.). *Policy implementation in federal and unitary systems*. Springer, Dordrecht, 1985. (NATO ASI Series D: Behavioural and Social Sciences, v. 23).

políticas, sendo a mudança de política uma função da competição e do aprendizado dentro do subsistema (Sabatier, 2007).

Para Matland (1995), o valor relativo de cada abordagem depende do grau de ambiguidade nos objetivos e instrumentos, assim como do grau de conflito envolvido. Dessa maneira, modelos *top-down* seriam mais apropriados para situações de clara estrutura de implementação e baixo conflito, ao passo que abordagens *bottom-up* seriam adequadas para situações de maior ambiguidade e conflito. O autor propõe então a reconciliação entre as duas abordagens a partir de um modelo teórico que organiza as dimensões de ambiguidade e conflito nos processos de implementação em quatro diferentes paradigmas de produção de políticas (Matland, 1995).

Winter (2006) também procurou desenvolver um modelo integrado (*integrated implementation model*), a partir da articulação de elementos das duas abordagens, considerando os resultados das políticas como variáveis dependentes avaliadas a partir dos objetivos oficiais das políticas. Nesse modelo, considera-se que a implementação necessariamente afeta os resultados de uma política, sendo fundamental analisar os comportamentos organizacionais e interorganizacionais, os dilemas de cooperação e coordenação, o compartilhamento de sentidos, os recursos e objetivos, bem como o comportamento dos burocratas de nível de rua – uma vez que as interações desses burocratas com o público das políticas também afetam os resultados das políticas.

Com o desenvolvimento das análises de políticas públicas, a distinção entre abordagens *top-down* e *bottom-up* se dilui, a partir da percepção de que são essenciais olhares cruzados que considerem diferentes planos analíticos e também as estratégias dedutiva e indutiva (Hill e Hupe, 2009). No período recente, autores como Winter (2006) observam esforços de especificação de variáveis explicativas para a implementação, para além dos avanços da primeira e da segunda gerações. Nesse contexto, desenhos comparativos e quantitativos de pesquisa procuram superar o problema de estudos de caso: poucos casos para muitas variáveis. Os próprios processos de implementação tornam-se variável dependente, e não somente o desempenho ou resultado das políticas analisadas (Winter, 2006). Avanços importantes ocorrem também no âmbito dos estudos sobre governança de políticas, que incorporam a miríade de atores, governamentais e não governamentais, envolvidos na produção de políticas (Peters e Pierre, 2001). Essa relação por vezes umbilical entre os estudos da implementação e dos processos de governança é o tema central do livro de Hill e Hupe (2009).

Como ressalta Lotta (2019a, p. 2), uma quarta geração de estudos sobre implementação caracteriza-se pelas contribuições de diferentes campos disciplinares – sociologia, administração pública e ciência política. Transformações nos processos de produção de políticas levaram à incorporação de alguns temas, como coordena-



ção, instrumentos de políticas públicas, estruturas de implementação, arranjos de governança multiníveis e multicamadas, além da consideração das relações entre atores estatais e não estatais na provisão de políticas. A autora esclarece, ainda, que a atual geração de estudos desenvolve-se a partir de quatro pressupostos fundamentais, estabelecidos na literatura precedente: *i*) a formulação e a implementação não são estágios separados, e os estudos devem considerar os processos contínuos de decisão que perpassam agências e atores ao longo da produção de políticas; *ii*) a análise deve levar em conta a cadeia de decisões em sua complexidade, envolvendo diferentes níveis e camadas de decisão, diversidade de atores, organizações e instrumentos, tal como organizações estatais e não estatais; *iii*) a implementação como um processo altamente interativo, que envolve interconexões entre múltiplos atores e organizações para que uma política seja materializada; e *iv*) os diferentes fatores influenciam a implementação de políticas, desde aspectos sistêmicos (forma do estado, crenças e valores nacionais) até características organizacionais, incluindo, ainda, dimensões pessoais e relacionais que caracterizam os atores envolvidos nos processos de implementação (Lotta, 2019a, p. 2).

Na seção 3, veremos como esses modelos e temas têm sido incorporados aos estudos brasileiros.

### 3 OS ESTUDOS BRASILEIROS SOBRE IMPLEMENTAÇÃO

No Brasil, estudos sobre as políticas públicas iniciam-se no final dos anos 1970 e início dos anos 1980, no contexto de transição para a democracia, e desenvolvem-se a partir de análises sobre a Constituição de 1988 e sobre as reformas de políticas ocorridas nos anos 1990. Muitos estudos procuravam compreender os desafios e as possibilidades de construção de um sistema de proteção social em nosso contexto federativo e desigual, a partir da crítica e da tentativa de transformação dos pilares construídos em períodos autoritários (Estado Novo e ditadura militar), em contradição com a sequência histórica de expansão de direitos previstas por Marshall (Santos, 1979; Draibe, 1993; Almeida, 1995; Carvalho, 2005).

Analisando a evolução do campo de análise de políticas públicas no Brasil, Maria Hermínia Almeida (2007, p. 9) afirma: “os temas que definiram a substância da área saltaram da agenda política para a mesa de trabalho dos pesquisadores”. Assim como em diversos outros países, a área das políticas públicas desenvolveu-se no Brasil de modo muito próximo à agenda política, sendo central a preocupação com o Estado e suas ações (Almeida, 2007, p. 13). Temas centrais envolviam as possibilidades de formulação e implementação de políticas públicas, com destaque para as políticas sociais, dado o arranjo político-institucional consagrado em 1988: federalismo tripartite, com autonomia política até mesmo para municípios, em um sistema político multipartidário e fragmentado. Não foram poucas as análises pessimistas em relação às possibilidades de transformação da

realidade social brasileira, considerando as lições extraídas da literatura nacional e deduzidas a partir do desenho de nosso arranjo político-institucional (Abrucio e Samuels, 1997; Loureiro, 2001; Abrucio, 2005; Melo, 2005).

Em contrapartida, como apontou Marques (2013a), análises mais ponderadas foram produzidas a partir da incorporação madura e contextualizada de modelos explicativos, particularmente as lentes do institucionalismo histórico, no campo da análise de políticas públicas, e também a teoria da escolha racional, nos estudos legislativos. Esses estudos mostraram que a Constituição de 1988 não teve tal grau de descentralização e muito menos estimulou a fragmentação política e a criação de inúmeros pontos de veto às ações do governo central, seja no que tange às relações entre Executivo e Legislativo (Figueiredo e Limongi, 2000),<sup>4</sup> seja no que se refere aos impactos das novas regras sobre as políticas públicas (Arretche, 2002; 2009; 2012; Almeida, 1995; 2004).

Nesse contexto de consolidação da democracia e construção institucional, predominavam análises centradas em desenhos institucionais, estratégias de coordenação federativa e instrumentos de indução. Ou seja, durante os anos 1980, 1990 e início dos anos 2000, a agenda de estudos brasileiros, em particular na ciência política, pouco se preocupava com o tema da implementação, a não ser a partir de uma perspectiva *top-down*, considerando as relações entre as regras centralmente definidas e os processos empiricamente observados nos níveis subnacionais, dada a distinção, em diversas áreas de políticas sociais nacionais, entre o processo decisório (*policy decision-making*) a cargo da União e a implementação (*policy making*) sob responsabilidade dos níveis subnacionais, destacadamente os municípios (Arretche, 2012). Exceções importantes a esse diagnóstico foram os estudos sobre experiências locais e inovadoras de políticas públicas, disseminados nos anos 1990 em particular no campo da administração pública, alguns utilizando as lentes analíticas da implementação, a exemplo dos trabalhos de Farah (1998; 2001).

Balancos de literatura produzidos no início dos anos 2000 indicavam a ausência de estudos sobre implementação. Carlos Aurélio Faria (2003, p. 22) lamentava a quase inexistência de análises sistemáticas dos processos de implementação de políticas no Brasil, não apenas no campo da ciência política, mas também na administração pública. De modo semelhante, Celina Souza (2006) destacava a necessidade de mais análises do tipo *bottom-up*, mais próximas do nível dos implementadores, como no clássico estudo de Lipsky (1980), do que dos decisores. A autora criticava, ainda, os múltiplos rótulos dados às políticas sociais brasileiras – clientelismo, fisiologismo etc. –, muitas vezes sem embasamento em análises empíricas.

---

4. Em estudo hoje clássico, esses autores demonstram que não é possível derivar diretamente do federalismo ou das leis eleitorais os comportamentos esperados dos políticos no Congresso, uma vez que outras instituições neutralizam os incentivos esperados de instituições federativas e levam o Congresso a decidir em favor de temas mais gerais, inclusive quando os interesses dos estados são negativamente afetados.

Uma boa exceção a esses diagnósticos é encontrada no trabalho de Menicucci (2006), que, além de considerar as interrelações entre formulação e implementação, adaptava o instrumental analítico do institucionalismo histórico para entender o caso brasileiro. Ao analisar o Sistema Único de Saúde (SUS) nos anos 1990, a autora demonstrou que o processo de implementação da reforma sanitária provocou, de fato, a formulação da política de saúde, mais do que a mera tradução das decisões tomadas no contexto da Constituição de 1988. Como resultado da confluência de elementos da trajetória da política e fatores conjunturais de natureza econômica e política, Menicucci (2006) analisou a construção SUS como a consolidação de um sistema híbrido, público e privado, a despeito da definição legal de um sistema único, público, universal e gratuito.

Revisões mais recentes da literatura nacional permitem atualizar diagnósticos mais pessimistas. Bons pontos de partida são encontrados nos trabalhos de Menicucci (2018) e Lotta (2019a). Menicucci (2018) pontua que não é mais possível considerar a implementação como o elo perdido dos estudos sobre políticas públicas, seja internacionalmente, seja no Brasil. A autora identifica premissas que hoje são consensuais nos estudos, aqui e alhures:

algumas premissas já podem hoje ser tomadas como livres de qualquer contestação, como o reconhecimento da importância da implementação no sucesso, aprimoramento ou revisão da política; a compreensão sobre as complexidades da implementação e como as políticas são transformadas no processo de implementação; a assunção de que a implementação não é algo desconectado da formulação, sendo que essa conexão pode ser vista de forma bifronte: se por um lado qualquer formulação de política deve considerar no desenho da política os elementos envolvidos na implementação (recursos, atores, organizações, instituições, relações etc.), por outro lado, a implementação envolve constantemente muitas decisões, sendo, portanto, também um processo de formulação da política no curso de sua adaptação a contextos diversos, às reações dos afetados negativamente pela política e aos elementos endógenos e exógenos que interferem na implementação da política (Menicucci, 2018, p. 50).

No entanto, a autora lamenta a ausência de referenciais analíticos robustos e compartilhados nos estudos sobre implementação, de clara especificação das dimensões que deveriam ser consideradas nos estudos, bem como a delimitação de quais estratégias de pesquisa são mais adequadas (Menicucci, 2018). Isso não significa, entretanto, que dimensões analíticas não orientem os estudos nacionais. Como a própria autora reconhece, há grandes avanços no entendimento de múltiplos fatores que afetam a implementação de políticas, como as burocracias, as capacidades estatais, os arranjos que favorecem a coordenação federativa, além de instrumentos de políticas, em um processo que imbrica dimensões técnicas e políticas (Menicucci, 2018).

De fato, uma vasta literatura nacional analisou os efeitos do arranjo federativo brasileiro sobre a formulação e a implementação de políticas públicas, com destaque para a construção de sistemas nacionais de políticas, arranjos de coordenação federativa e outras estratégias de indução de processos subnacionais de implementação (Arretche, 2009; 2012; Abrucio, 2005; Gomes, 2009; Vazquez, 2014; Bichir, 2011; Franzese e Abrucio, 2013). Se muitas dessas pesquisas orientavam-se por premissas *top-down*, seguindo o desenho institucional das políticas nacionais para daí derivar o espaço de autonomia decisória local, cada vez mais o debate recente considera, também, o espaço de decisão próprio do nível subnacional – estados e municípios. Estudos passam a considerar tanto os arranjos institucionais formais que permitem a pactuação das principais estratégias de implementação das políticas (a exemplo de Palotti e Machado, 2014) quanto as dimensões formais e informais que caracterizam a governança multinível (Bichir, Brettas e Canato, 2017). Alguns estudos recentes analisam, inclusive, os limites da indução federativa de processos implementação local desde Brasília, sem considerar as características e expectativas das gestões locais (Grin e Abrucio, 2017).

Outro grande eixo no debate brasileiro são as análises sobre os atores envolvidos na implementação, em particular as burocracias. Há estudos tanto do ponto de vista da estruturação das carreiras da administração pública e da própria constituição da burocracia federal no Brasil (Loureiro, Abrucio e Pacheco, 2010) como visando entender a atuação da burocracia nos seus vários escalões, incluindo modos de operação da discricionariedade e seus estilos de implementação (Lotta, 2010; 2012a; 2012b; Pires, 2012; Cavalcante e Lotta, 2015). Nesse campo, destacam-se os diversos trabalhos de Lotta (2010; 2012a; 2012b; entre outros), fortemente baseados em diálogo com a literatura internacional e na análise empírica da atuação de burocratas de nível da rua, pretendendo suprir uma importante lacuna nos estudos sobre modos de atuação e operação da *discricionariedade*, em estudos fortemente *bottom-up*, sem dedução de padrões de implementação a partir do desenho oficial das políticas. Mais recentemente, a autora tem buscado compreender o papel desses burocratas nos processos de classificação e julgamento de usuários e beneficiários de diversas políticas sociais, contribuindo para uma importante agenda de estudos sobre os mecanismos de reforço de desigualdades desenvolvidos ao longo da implementação (Lotta, 2019b; Pires, 2019). Pires também se destaca nesse campo tanto ao analisar os estilos de implementação de burocratas de nível de rua pouco estudados, os fiscais do trabalho (Pires, 2012), como ao resenhar a sociologia do *guichê* francesa, trazendo novas lentes analíticas para o debate brasileiro sobre implementação (Pires, 2016).

Avanços nos estudos pós-weberianos sobre burocracias, os quais superam a visão do burocrata como mero executor de decisões tomadas por atores políticos e buscam compreender os processos de *politização da burocracia* e *burocratização da*

*política*, também aprimoram as análises sobre implementação de políticas (Lotta, 2012a). No caso brasileiro, acontece um fértil entrecruzamento de lentes analíticas oriundas da teoria dos movimentos sociais com lentes próprias da análise de políticas públicas, em particular em estudos preocupados com a interrelação entre demandas de movimentos sociais e oportunidades de participação nos processos de produção de políticas, dada a multiplicação das instâncias de participação social, especificidade brasileira notada por Lotta (2019a). Nesse contexto, surgem estudos, como o de Abers (2015), acerca da relevância do ativismo de burocratas de médio escalão na promoção de soluções criativas para problemas de implementação do Bolsa Verde. Essa é uma das agendas mais promissoras no campo das análises de políticas públicas brasileira, a exemplo dos livros organizados por Lavalle *et al.* (2019) e Abers e Keck (2018).

Contribuições importantes para o campo também advêm do debate sobre capacidades estatais para formulação e implementação de políticas, em particular a partir de uma agenda de pesquisas lançadas pelo Ipea tanto para entender diferentes políticas brasileiras neodesenvolvimentistas (Gomide e Pires, 2014) quanto na comparação entre políticas desenvolvidas no caso brasileiro e em outros países emergentes (Gomide e Boschi, 2016). Essa agenda procurou especificar os desafios da formulação e implementação de políticas públicas no contexto brasileiro, adaptando conceitos e lentes analíticas do debate internacional. De maneira geral, os estudos ressaltam duas grandes dimensões de capacidades estatais, a dimensão mais weberiana do conceito, técnico-administrativa (recursos humanos e financeiros, instrumentos de políticas públicas) e a dimensão político-relacional, referente à articulação entre órgãos, setores e atores, considerando canais institucionalizados e informais (Gomide, Pereira e Machado, 2017).

Amplia-se, também, o rol de atores considerados nos processos de produção de políticas públicas, para além das burocracias estatais. Como observa Lotta (2019a), desde os anos 1990 há grande diversidade de atores envolvidos nos processos de produção de políticas, incluindo atores da sociedade civil, organizações não governamentais (ONGs), atores privados, não só como reflexo dos processos de reforma do Estado, mas também em decorrência da multiplicação de instituições participativas, nos três níveis da federação. Seja no registro da coprodução, em particular em estudos realizados no campo da administração pública (a exemplo de Chaeb e Medeiros, 2017), seja no campo dos estudos de governança no âmbito da ciência política (Marques, 2013b), não se trata mais de considerar somente o Estado em ação na produção das políticas públicas. Estudos sobre instrumentos de políticas públicas, combinando dimensões técnicas e políticas, também se desenvolvem no esteio desses debates, a exemplo do trabalho de Campos (2018).

Podemos mencionar, por fim, algumas linhas de estudos que dialogam fortemente com as análises apresentadas neste livro. Lotta (2019a) cita algumas

agendas incipientes: a temática da desigual distribuição de capacidades estatais, seja para formular políticas, seja para implementá-las, e também estudos sobre políticas intersetoriais e integradas. Recentemente, alguns estudos têm tentado suprir essas lacunas, a exemplo de Grin e Abrucio (2017) e Bichir, Simoni Junior e Pereira (2019), no campo dos estudos sobre desigualdades subnacionais de capacidades para implementação de políticas, e Bichir e Canato (2019) e Lotta, Galvão e Favareto (2016), acerca dos desafios da implementação de políticas com diretrizes intersetoriais.

Por sua vez, a obra organizada por Pires (2019) traz inovadora contribuição analítica a partir da articulação de abordagens sobre implementação com os estudos sobre desigualdades. O livro busca nos processos de implementação mecanismos de reprodução de desigualdades e ressalta que considerar a implementação como transformação implica perceber os limites dos objetivos pretendidos pelas políticas e também considerar a produção de efeitos e resultados não pretendidos, em particular no caso de serviços, programas e ações que, direta ou indiretamente, afetam a vida de segmentos vulneráveis da população. Trata-se de um excelente exemplo de articulação entre lentes analíticas com grande fôlego empírico: são consideradas diversas áreas de políticas públicas, com diferentes níveis responsáveis pela implementação (governos federal, estadual ou municipal), além de políticas universais e focalizadas. Essa ampla seleção permite o mapeamento da variabilidade de situações que ocorrem na implementação, aumentando a robustez dos resultados. Da leitura crítica dos capítulos, emergem duas dimensões de análise: arranjos e instrumentos de implementação e práticas de implementação. Diferentes mecanismos daí derivam: no primeiro caso, desequilíbrios de poder, representação institucional e falhas de conectividade, além de instrumentação seletiva e dispositivos de fixação de sentidos; no segundo, resistências e divergências entre as prescrições formais e a ação local, classificações e julgamentos no acesso a bens e serviços e regulação moral nas interações (Pires, 2019).

Em suma, podemos afirmar que houve um grande amadurecimento dos estudos sobre implementação de políticas no Brasil, ainda que nem todos os estudos aqui mencionados tomem esse momento de transformação da política em práticas como ponto central do estudo. Esse amadurecimento decorre tanto do desenvolvimento de estudos analiticamente orientados, que adaptam modelos analíticos internacionais e/ou produzem novas lentes – a exemplo da proposta contida em Lima e D’Ascenzi (2013) –, quanto da consideração das especificidades da implementação de políticas públicas no contexto brasileiro.

Uma excelente síntese dessas especificidades é encontrada em Lotta (2019a): *i)* construção recente do sistema de proteção social, com combinação de políticas sociais universais e focalizadas, em contexto de escassez de recursos e múltiplas desigualdades, socioeconômicas e também em termos de capacidades estatais para provisão dos bens e serviços; e *ii)* diversidade geográfica, social e demográfica da

população, associada a uma ampla rede de equipamentos públicos e de burocratas nas mais diversas áreas de atuação, multiplicando os desafios de coordenar processos de implementação. Como o leitor irá perceber, ao longo deste livro, várias dessas dimensões serão abordadas em mais de um capítulo.

#### 4 À GUIA DE CONCLUSÃO: DESAFIOS E AGENDAS FUTURAS

Como vimos, a literatura brasileira sobre implementação superou a fase da fracassomania: os estudos sobre os desafios da transformação de intenções de políticas em práticas não visam, única e exclusivamente, apontar e lamentar desvios de rota; ao contrário, são produzidas análises empíricas analiticamente embasadas, contribuindo para o adensamento teórico do campo. Muitos estudos recentes, em linha com a literatura internacional, superam a rígida distinção entre abordagens *top-down* e *bottom-up*, produzindo análises que consideram os eixos vertical – relações entre níveis de governo, dilemas de coordenação federativa – e horizontal das políticas públicas, a inclusão de um conjunto cada vez mais diversificado de atores nos processos de produção de políticas, além da interação entre diferentes setores e agências governamentais.

Estudos em profundidade sobre os atores centrais envolvidos nos processos de produção de políticas públicas, os burocratas, são desenvolvidos desde meados dos anos 2000, com a consideração de seus valores, práticas, percepções e modos de interação, seja dentro das agências estatais, seja com outros atores envolvidos na produção das políticas (Lotta, 2012a; 2012b; Pires, 2012; Lotta, Pires e Oliveira, 2015; Abers, 2015). Resenhas analíticas do debate sobre implementação, trazendo as principais referências do debate internacional e as possibilidades de articulação e adaptação ao contexto brasileiro, também ganham destaque (Lotta, 2012a; 2019a; Lima e D’Ascenzi, 2013; Pires, 2016; Pires *et al.*, 2016). O livro recente organizado por Pires (2019) avança analiticamente em uma direção particularmente relevante para nosso debate: a identificação de mecanismos responsáveis pela reprodução de desigualdades que ocorrem ao longo dos processos de implementação de políticas públicas.

No âmbito dos estudos sobre políticas públicas, temos diagnósticos recentes sobre as articulações entre a produção de políticas e as possibilidades de reprodução ou mitigação de desigualdades, a exemplo de Pires (2019) e Lotta (2019b). Em outra matriz de estudos empíricos e analiticamente orientados, temos grande acúmulo recente sobre as tendências, causas e consequências das multidimensionais desigualdades brasileiras (Arretche, 2015; Medeiros, Souza e Castro, 2015; Kerstenetzky, 2017; entre outros). Resta, então, o desafio analítico de articulação de achados e o desafio de repolitizar o tema da desigualdade, recolocando-o no centro da agenda política brasileira.

Muitos estudos sobre implementação combinam tanto a explicação do que acontece quanto a proposição de modos de intervenção sobre o fenômeno em questão (Hill e Hupe, 2009). Também no caso deste livro, *Implementação de Políticas e Atuação de Gestores Públicos: experiências recentes das políticas de redução das desigualdades*, temos reflexões a partir de experiências de gestão que se debruçam sobre potencialidades e desafios no terreno da implementação de políticas voltadas a combater as persistentes desigualdades brasileiras, indicando, por vezes, possíveis correções de rumo e recomendações futuras. Mesmo quando o fluxo da política nacional fecha-se para o tema da desigualdade, essas reflexões são de grande valia como repositório de possibilidades para combater essa principal mazela brasileira.

## REFERÊNCIAS

ABERS, R. Ativismo na burocracia? O médio escalão do Programa Bolsa Verde. *In: CAVALCANTE, P.; LOTTA, G. (Orgs.). Burocracia de médio escalão: perfil, trajetória e atuação*. Brasília: Enap, 2015.

ABERS, R.; KECK, M. **Autoridade prática: ação criativa e mudança institucional na política das águas do Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

ABRUCIO, F. L. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. **Revista Sociologia Política**, Curitiba, n. 24, p. 41-67, jun. 2005.

ABRUCIO, F. L.; SAMUELS, D. A nova política dos governadores. **Lua Nova**, São Paulo, n. 40-41, p. 137-166, 1997.

ALMEIDA, M. H. T. Federalismo e políticas sociais. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 28, n. 10, p. 88-108, jun. 1995.

\_\_\_\_\_. As políticas sociais no governo Lula. **Novos Estudos Cebrap**, n. 70, p. 7-17, nov. 2004.

\_\_\_\_\_. Prefácio. *In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Orgs.). Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ARRETCHE, M. T. S. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. *In: BARREIRA, M. C. R. N.; CARVALHO, M. C. B. (Orgs.). Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais*. São Paulo: IEE/PUC-SP, 2001.

\_\_\_\_\_. Federalismo e relações intergovernamentais no Brasil: a reforma de programas sociais. **DADOS – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 3, p. 431-458, 2002.

\_\_\_\_\_. Continuidades e discontinuidades da Federação brasileira: de como 1988 facilitou 1995. **DADOS – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 2, p. 377-423, 2009.



\_\_\_\_\_. **Democracia, federalismo e centralização no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FGV; Editora Fiocruz, 2012.

\_\_\_\_\_. As políticas na trajetória da democracia à redução das desigualdades. *In*: ARRETCHE, M. T. S. (Org.). **Trajетórias das desigualdades**: como o Brasil mudou nos últimos 50 anos. São Paulo: Editora da Unesp/CEM-USP, 2015.

\_\_\_\_\_. Democracia e redução da desigualdade econômica no Brasil: a inclusão dos *outsiders*. **RBCS**, v. 33, n. 96, 2018.

BARACH, P.; BARATZ, M. S. Two faces of power. **American Science Review**, n. 56, p. 947-952, 1962.

BICHIR, R. M. **Mecanismos federais de coordenação de políticas sociais e capacidades institucionais locais**: o caso do Programa Bolsa Família. 2011. Tese (Doutorado) – Instituto de Estudos Sociais e Políticos, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

BICHIR, R. M.; CANATO, P. Solucionando problemas complexos? Desafios da implementação de políticas intersetoriais. *In*: PIRES, R. R. C. (Org.). **Implementando desigualdades**: reprodução de desigualdades na implementação de políticas públicas. Rio de Janeiro: Ipea, 2019.

BICHIR, R. M.; BRETTAS, G.; CANATO, P. Multi-level governance in federal contexts: the Social Assistance Policy in the City of São Paulo. **Brazilian Political Science Review**, v. 11, n. 2, 2017.

BICHIR, R. M.; SIMONI JUNIOR, S.; PEREIRA, G. A implementação do Sistema Único de Assistência Social (Suas) nos municípios brasileiros. *In*: LOTTA, G. (Org.). **Teoria e análises sobre implantação de políticas públicas no Brasil**. Brasília: Enap, 2019.

CAMPOS, M. Public policy instruments and their impact: from analogue to electronic government in the bus services of São Paulo. **Brazilian Political Science Review**, v. 12, p. 1-26, 2018.

CAVALCANTE, P.; LOTTA, G. (Orgs.). **Burocracia de médio escalão**: perfil, trajetória e atuação. Brasília: Enap, 2015.

CARVALHO, J. M. **Cidadania no Brasil**: o longo caminho. 7. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

CHAEBO, G.; MEDEIROS, J. Reflexões conceituais em coprodução de políticas públicas e apontamentos para uma agenda de pesquisa. **Cadernos Ebape**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, artigo 4, jul./set. 2017.

DRAIBE, S. O *welfare state* no Brasil: características e perspectivas. **Caderno de Pesquisa NEPP**, n. 8, p. 1-52, 1993.

FARAH, M. F. S. Reforma de políticas sociais no Brasil: experiências recentes de governos subnacionais. **RAUSP – Revista de Administração**, v. 33, n. 1, mar. 1998.

\_\_\_\_\_. Parcerias, novos arranjos institucionais e políticas públicas no nível local de governo. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 119-144, jan./fev. 2001.

FARIA, C. A. P. Ideias, conhecimento e políticas públicas: um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 18, n. 51, fev. 2003.

\_\_\_\_\_. (Org.). **Implementação de políticas públicas: teoria e prática**. Belo Horizonte: Ed. PUC Minas, 2012.

FIGUEIREDO, A.; LIMONGI, F. **Executivo e Legislativo na Nova Ordem Constitucional**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

FRANZESE, C.; ABRUCIO, F. Efeitos recíprocos entre federalismo e políticas públicas no Brasil: os casos dos sistemas de saúde, de assistência social e de educação. In: HOCHMAN, G.; FARIA, C. A. P. **Federalismo e políticas públicas no Brasil**. [s.l.]: Editora Fiocruz, 2013.

GOMES, S. Políticas nacionais e implementação subnacional: uma revisão da descentralização pós-Fundef. **DADOS – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 3, p. 659-690, 2009.

GOMIDE, A.; BOSCHI, R. **Capacidades estatais em países emergentes: o Brasil em perspectiva comparada**. Brasília: Ipea, 2016.

GOMIDE, A.; PIRES, R. (Eds.). **Capacidades estatais e democracia**. Brasília: Ipea, 2014.

GOMIDE, A.; PEREIRA, A.; MACHADO, R. O conceito de capacidade estatal e a pesquisa científica. Abertura do Dossiê capacidades estatais para políticas públicas. **Sociedade e Cultura**, Goiânia, v. 20, n. 1, p. 3-12, jan./jun. 2017.

GRIN, E.; ABRUCIO, F. Quando *feds* e *locals* não falam a mesma língua: uma análise sobre dissonâncias na cooperação federativa. **Cadernos Ebape**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, artigo 9, jul./set. 2017.

HILL, M. **The policy process: a reader**. New York; London: Harvester/Wheat-sheaf, 1993.

\_\_\_\_\_. **The public policy process**. 4. ed. [s.l.]: Pearson Education Limited, 2005.

HILL, M.; HUPE, P. **Implementing public policy**. 2. ed. Los Angeles; London; New Delhi; Singapore; Washington: Sage, 2009.

HJERN, B.; PORTER, D. Implementation structures: a new unit of administrative analyses. *In*: HILL, M. (Ed.). **The policy process: a reader**. New York; London: Harvester/Wheatsheaf, 1993.

HOWLETT, M.; RAMESH, M.; PERL, A. **Política pública: seus ciclos e subsistemas (uma abordagem integradora)**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

KERSTENETZKY, C. L. Foi um pássaro, foi um avião? Redistribuição no Brasil no século XXI. **Novos estudos Cebrap**, v. 36, n. 2, p. 15-34, jul. 2017.

LAVALLE, A. G. *et al.* Movimentos sociais, institucionalização e domínios de agência. Rio de Janeiro: Ed. Uerj, 2019.

LIMA, L. L.; D’ASCENZI, L. Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas. **Revista de Sociologia e Política**, v. 21, n. 48, p. 101-110, dez. 2013.

LIPSKY, M. **Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services**. [s.l.]: Russell Sage Foundation Publications, 1980.

LOTTA, G. S. **Redes sociais na implementação de políticas públicas: o caso dos agentes comunitários de saúde**. 2010. Tese (Doutorado) – Departamento de Ciência Política, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

\_\_\_\_\_. O papel das burocracias de nível de rua na implementação de políticas públicas: entre o controle e a discricionariedade. *In*: FARIA, C. A. P. (Org.). **Implementação de políticas públicas: teoria e prática**. Belo Horizonte: Editora PUC Minas, 2012a.

\_\_\_\_\_. Desvendando o papel das burocracias de nível de rua no processo de implementação: o caso dos agentes comunitários de saúde. *In*: FARIA, C. A. P. (Org.). **Implementação de políticas públicas: teoria e prática**. Belo Horizonte: Editora PUC Minas, 2012b.

\_\_\_\_\_. (Org.). **Teoria e análises sobre implantação de políticas públicas no Brasil**. Brasília: Enap, 2019a.

\_\_\_\_\_. Práticas, interações, categorização e julgamentos: análise da ação discricionária dos agentes comunitários de saúde. *In*: PIRES, R. R. C. (Org.). **Implementando desigualdades: reprodução de desigualdades na implementação de políticas públicas**. Rio de Janeiro: Ipea, 2019b.

LOTTA, G. S.; PIRES, R.; OLIVEIRA, V. Burocratas de médio escalão: novos olhares sobre velhos atores da produção de políticas públicas. *In*: CAVALCANTE, P.; LOTTA, G. (Orgs.). **Burocracia de médio escalão: perfil, trajetória e atuação**. Brasília: Enap, 2015.

LOTTA, G.; GALVÃO, M.; FAVARETO, A. Análise do Programa Mais Médicos à luz dos arranjos institucionais: intersetorialidade, relações federativas, participa-

ção social e territorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, set. 2016.

LOUREIRO, M. R. Instituições, política e ajuste fiscal: o Brasil em perspectiva comparada. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 16, n. 47, out. 2001.

LOUREIRO, M. R.; ABRUCIO, F.; PACHECO, R. **Burocracia e política no Brasil**: desafios para o Estado democrático no século XXI. Ed. FGV, 2010.

MARQUES, E. As políticas públicas na ciência política. *In*: MARQUES, E.; FARIA, C. (Orgs.). **A política pública como campo multidisciplinar**. São Paulo: Editora Unesp, 2013a.

\_\_\_\_\_. Government, political actors and governance in urban policies in Brazil and São Paulo: concepts for a future research agenda. **Brazilian Political Science Review**, v. 7, p. 8-35, 2013b.

MATLAND, R. E. Synthesizing the implementation literature: the ambiguity – conflict model of policy implementation. **Journal of Public Administration Research and Theory**, Oxford, v. 2, n. 5, p. 145-174, 1995.

MAYNARD-MOODY, S.; MUSHENO, M. **Cops, teachers, counselors**: narratives of street-level judgment. Ann Arbor: University of Michigan Press, 2003.

MEDEIROS, M.; SOUZA, P. H. G. F.; CASTRO, F. A. O topo da distribuição de renda no Brasil: primeiras estimativas com dados tributários e comparação com pesquisas domiciliares, 2006-2012. **DADOS – Revista de Ciências Sociais**, v. 58, n. 1, p. 7-36, 2015.

MELO, M. A. Estado, governo e políticas públicas. *In*: MICELI, S. (Org.). **O que ler na ciência social brasileira (1970-1995)**. São Paulo: Sumaré, 1999.

\_\_\_\_\_. O sucesso inesperado das reformas de segunda geração: federalismo, reformas constitucionais e política social. **DADOS – Revista de Ciências Sociais**, v. 48, n. 4, p. 845-889, 2005.

MENICUCCI, T. M. G. Implementação da reforma sanitária: a formação de uma política. **Saude soc.**, v. 15, n. 2, p. 72-87, 2006.

\_\_\_\_\_. Perspectivas teóricas e metodológicas na análise de políticas públicas: usos e abordagens no Brasil. **Revista Política Hoje**, v. 27, n. 1, 2018.

PALOTTI, P.; MACHADO, J. Coordenação federativa e a “armadilha da decisão conjunta”: as comissões de articulação intergovernamental das políticas sociais no Brasil. **DADOS – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 2, p. 399-441, 2014.

PETERS, G.; PIERRE, J. Developments in intergovernmental relations: towards multi-level governance. **Politics & Society**, v. 29, n. 2, 2001.

PIRES, R. R. C. Estilos de implementação e resultados de políticas públicas: fiscais do trabalho e o cumprimento da lei trabalhista no Brasil. *In*: FARIA, C. A. P. (Org.). **Implementação de políticas públicas: teoria e prática**. Belo Horizonte: Editora PUC Minas, 2012.

\_\_\_\_\_. Sociologia do guichê e implementação de políticas públicas. **BIB**, São Paulo, n. 81, p. 5-24, 2016.

\_\_\_\_\_. (Org.). **Implementando desigualdades: reprodução de desigualdades na implementação de políticas públicas**. Rio de Janeiro: Ipea, 2019.

PIRES, R. R. C. *et al.* Burocracias implementadoras e a (re)produção de desigualdades sociais: perspectivas de análise no debate internacional. *In*: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM CIÊNCIAS SOCIAIS, 40., 2016, Caxambu, Minas Gerais. **Anais...** Caxambu: Anpocs, 2016.

PRESSMAN, J.; WILDAVSKY, A. **Implementation: how great expectations in Washington are dashed in Oakland; or, Why it's amazing that federal programs work at all, this being the saga of the Economic Development Administration as told by two sympathetic observers who seek to build morals on a foundation of ruined hopes**. 3rd ed. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press, 1984.

SABATIER, P. An advocacy coalition framework of policy change and the role of policy: oriented learning therein. **Policy Sciences**, v. 2, n. 1, p. 129-168, 1988.

\_\_\_\_\_. Top-down and bottom-up approaches to implementation research. *In*: HILL, M. (Ed.). **The policy process: a reader**. New York; London: Harvester/Wheatsheaf, 1993.

\_\_\_\_\_. (Ed.). **Theories of the policy process**. 2. ed. [s.l.]: Westview, 2007.

SANTOS, W. G. **Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1979.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 16, p. 20-45, 2006.

VAZQUEZ, D. Mecanismos institucionais de regulação federal e seus resultados nas políticas de educação e saúde. **DADOS – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 4, p. 969-1005, 2014.

WINTER, S. C. Implementation. *In*: PETERS, B. G.; PIERRE, J. (Eds.). **Handbook of public policy**. London: Sage Publishing, 2006. p. 151-168.



## CAPACIDADE ESTATAL E BUROCRÁTICA: SOBRE CONCEITOS, DIMENSÕES E MEDIDAS

Celina Souza<sup>1</sup>  
Flavio Fontanelli<sup>2</sup>

### 1 INTRODUÇÃO

Em países democráticos, governos são eleitos para formularem e implementarem políticas que espelhem as preferências de seus eleitores. No entanto, alguns governos são mais bem-sucedidos do que outros no atingimento de seus compromissos eleitorais. Da mesma forma, capacidades estatais e burocráticas que viabilizem a implementação de políticas foram construídas e consolidadas em alguns países, mas não em outros. Mesmo que tentem implantar sua agenda de políticas, países e governos falham enquanto outros alcançam seus objetivos. É possível explicar por quê? A partir desse tipo de indagação, parte da comunidade acadêmica passou a se debruçar sobre o que ficou conhecido como o conceito de capacidade estatal, ou seja, a capacidade de decidir, formular e implementar políticas públicas.

Existe consenso na literatura de que a capacidade estatal é uma das características definidoras de qualquer sistema político (Almond e Powell, 1966; Katzenstein, 1978; Migdal, 1988 e Ikenberry, 1988). Isso porque a sobrevivência e o funcionamento de um sistema político dependem da existência de vários tipos de capacidades que, embora distintas, são interdependentes. Capacidade estatal passou a ser um conceito-chave em várias áreas disciplinares, notadamente na ciência política, na política comparada, nas relações internacionais e na administração pública, além de ser objeto também de estudos de economistas, sociólogos e historiadores.

O interesse acadêmico sobre o tema da capacidade estatal tornou-se importante objeto de pesquisa a partir da publicação, em 1985, do livro seminal organizado por Evans, Rueschemeyer e Skocpol (1985), *Bringing de State Back In*, lamentavelmente nunca traduzido para o português. A partir da defesa de trazer o Estado de volta para o debate acadêmico, como reação à prevalência das teorias pluralistas e marxistas do Estado, passa-se a estudar o Estado como ator e, conseqüentemente,

---

1. Professora visitante da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio). E-mail: <celina@ufba.br>.

2. Doutorando na Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas da Fundação Getulio Vargas (Ebape/FGV). E-mail: <fsfontanelli@hotmail.com>.

as condições para que pudesse atuar com autonomia relativa, isto é, tomar decisões sobre políticas públicas mesmo sem o apoio de classes sociais específicas e/ou grupos de interesses poderosos. A relação entre autonomia relativa e capacidade estatal foi capturada por Skocpol (1985, p. 9), que define capacidade estatal como a “habilidade do Estado de implementar seus objetivos, particularmente diante da oposição de grupos sociais poderosos”. Essa abordagem, de inspiração weberiana, ficou conhecida como análise baseada no Estado (*state-centered*), em oposição às análises pluralistas e marxistas, centradas na sociedade (*society-centered*).

Com diferentes abordagens e rótulos, o conceito foi inicialmente cunhado por Tilly (1981) para analisar o poder do Estado na arrecadação de impostos. Hoje, é aplicado por vários ramos das ciências humanas. O conceito foi tratado por autores consagrados, como Mann (1984), Skocpol (1979; 1985), Skocpol e Finegold (1982), Tilly (1985; 1996), Evans, Rueschemeyer e Skocpol (1985), Chubb e Peterson (1989), Geddes (1990; 1994), Evans (1992), Migdal (1988), Huber e McCarty (2004), Sikkink (1991) e Levi (1989).

Após os esforços iniciais dos pioneiros do tema nos anos 1980 e 1990 do século passado – historiadores, cientistas políticos e sociólogos –, a literatura mais recente sobre capacidade estatal tem tomado três direções. A primeira é a de organizar o debate teórico e metodológico do conceito. A segunda é testá-lo a partir de seus diferentes componentes. A terceira é discutir as vantagens, desvantagens, força e fragilidade das suas formas de mensuração.

Capacidade do Estado comporta inúmeras definições, cada uma capturando diferentes aspectos do conceito. Mann (1984, p. 185) a define como a capacidade do Estado de penetrar na sociedade e implementar, logisticamente, decisões políticas, cunhada na expressão “poder infraestrutural do Estado”. Evans (1992) a define como a capacidade de ação do Estado, ou seja, o conjunto de instrumentos e instituições de que dispõe o Estado para estabelecer objetivos, transformá-los em políticas e implementá-las. Para Skocpol e Finegold (1982) capacidade do Estado significa que os governos têm, ou podem mobilizar rapidamente, conhecimento, instituições e organizações capazes de implementar políticas. Para Sikkink (1991), é a habilidade das instituições do Estado de implementar objetivos estabelecidos. Já para Besley e Persson (2011) trata-se da capacidade de implementar várias políticas que beneficiem cidadãos e firmas. Por fim, Weaver e Rockman (1993) definem capacidade como um padrão da influência do governo que produz resultados similares no tempo e nas políticas. Essas são definições caracterizadas como positivas e não normativas ou funcionalistas e, portanto, passíveis de teste empírico, um importante componente das pesquisas sobre capacidade do Estado.<sup>3</sup>

---

3. Exemplo de uma definição normativa é a de Rothstein e Teorell (2008): capacidade como a imparcialidade das instituições que exercem autoridade governamental.



A importância do conceito deriva do fato de que a pura vontade dos agentes ou atores políticos não é suficiente para que objetivos sejam alcançados. Além do mais, os atributos dos Estados precisam ser complementados por mecanismos que viabilizem sua ação, isto é, mecanismos capazes de induzir a implementação de políticas, ou seja, a existência de capacidades é vista como uma forma, embora não a única, de alcançar certos objetivos. Em síntese, o Estado deve ser capaz de penetrar no seu território, alcançar diferentes grupos sociais (Mann, 1984) e contar com instrumentos, instituições e organizações para a provisão de bens e serviços (Evans, 1992; Skocpol e Finegold, 1982).

A partir da contribuição dos diversos autores dos capítulos do *Bringing the State Back In* (Evans, Rueschemeyer e Skocpol, 1985), começaram a proliferar: *i*) inúmeras definições de capacidade estatal; *ii*) inúmeros temas, tais como, mas não só, a influência das capacidades sobre o crescimento econômico, o desenvolvimento humano, os conflitos internos, a segurança internacional, a consolidação das democracias e a profissionalização das burocracias; e *iii*) disputas sobre as formas de mensurar capacidade estatal. A miríade de estudos, pesquisas empíricas e metodologias gerou também várias teorias que tomam a capacidade estatal como variável explicativa.

De modo geral e sintetizando os diversos temas em rótulos simplificados, pode-se dizer que, influenciados por diferentes tradições disciplinares, a capacidade estatal se expressa em três grandes objetos: capacidade extrativa, isto é, instituir e cobrar tributos; capacidade coercitiva, isto é, impor a lei e a ordem; e capacidade administrativa, isto é, formular e implementar políticas públicas através de uma burocracia profissionalizada. Mas não só. Wang (1995) propõe quatro capacidades básicas: capacidade de mobilizar recursos financeiros da sociedade para alcançar o que os *policymakers* avaliam como sendo de *interesse nacional* (capacidade extrativa); capacidade de guiar o desenvolvimento socioeconômico nacional (capacidade de *steering*/direção); capacidade de dominação pelo uso de símbolos e pela criação de consensos (capacidade de legitimação) e capacidade de dominação pelo uso ou pela ameaça da força (capacidade coercitiva).

Cada uma dessas capacidades se desdobra em várias outras, assim como as formas de mensurá-las. Dito de outra forma e apoiada em um dos poucos consensos dessa literatura, capacidade estatal é um conceito abrangente e multidimensional e que requer ser operacionalizado através de desagregações. O conceito é multidimensional porque envolve componentes políticos, institucionais, administrativos e técnicos. O componente político diz respeito às *regras do jogo* que regulam o comportamento político, societal e econômico. O componente legal diz respeito às regras jurídicas que regulam o comportamento dos atores e das instituições. O componente organizacional/administrativo remete à capacidade de prover bens e

serviços com eficiência através de uma burocracia profissionalizada e em moldes weberianos. Por fim, o componente de políticas públicas diz respeito a instituições e estratégias que influenciam decisões sobre políticas, sua formulação e execução. Esses componentes incorporam, entre outros, a construção de capacidade burocrática e o grau de profissionalização da burocracia para investigar as condições em que políticas são formuladas e executadas (Souza, 2015; 2017).

Uma das mais importantes ressalvas sobre a capacidade do Estado é sua desigualdade ou variedade entre áreas de políticas públicas e entre agências governamentais (Skocpol e Finegold, 1982; Berwick e Christia, 2018). Além do mais, e como as capacidades são interdependentes, autores como Skocpol (1985) utilizam o conceito no plural. Por essas razões, capacidade estatal não é um conceito genérico, mas, sim, incorpora várias dimensões e definições, amplas ou restritas.

As questões levantadas aqui introduzem um desafio às pesquisas sobre capacidade estatal: a extensão ou alargamento conceitual (*concept stretching*), inicialmente identificado por Sartori (1970) e Collier e Mahon Junior (1993), tema que será adiante mais desenvolvido. Antecipamos, contudo, que essa é uma das preocupações que guiaram pesquisas como as de Amorim Neto e Malamud (2015), Bersch, Praça e Taylor (2017) e Souza e Fontanelli (no prelo) adiante detalhadas, também atentas para a circularidade e a endogenia que os estudos sobre capacidade podem incorrer. O risco do *concept stretching* decorre, como argumenta Cingolani (2013), da multiplicidade e variedade de conceitos de capacidade estatal, além da possibilidade de estabelecer conflitos com outros conceitos, tais como o de governança.<sup>4</sup>

Uma das questões derivadas do conceito de capacidade estatal é a capacidade para fazer o quê. As respostas mais usuais são cobrar tributos, prover bens e serviços, administrar conflitos internos e externos, fazer cumprir contratos e proteger direitos. Capacidade incorpora, portanto, tanto uma dimensão burocrática quanto a de alcance territorial.

Por fim, capacidade estatal é um processo, o que significa que sua análise captura um momento no tempo, embora algumas capacidades possam ser mantidas por séculos, enquanto outras podem se deteriorar (Grindle, 1996; Weiss, 1998). Importante também ressaltar que os achados de pesquisas baseadas no conceito de capacidade do Estado se constituem em *proxies* para se chegar a conclusões sobre uma ou algumas das inúmeras dimensões de capacidade.

Este capítulo faz uma revisão do estado da arte e do estado do campo da literatura sobre capacidade estatal em geral e capacidade burocrática em particular. Como já mencionado, o tema é vasto, razão pela qual esta revisão não pode, obviamente, abranger todo o seu universo nem fazer um balanço circunstanciado dessa

---

4. Peters e Pierre (2006) e Fukuyama (2013), por exemplo, discutem o tema a partir do conceito de governança.

literatura. Por essa razão, a opção foi tratar o tema através de recortes temáticos, discutidos em cada seção. Além desta introdução, o capítulo está organizado da seguinte forma. A seção 2 mapeia as principais contribuições da literatura internacional sobre o tema da capacidade estatal. A seção 3 analisa as contribuições que tratam, exclusivamente, da capacidade burocrática. As seções 4 e 5 discutem os estudos que focalizam, respectivamente, a América Latina e o Brasil. A seção 6 traz análises sobre as diferentes formas de mensuração mobilizadas pelos pesquisadores para medir a existência ou não de capacidades, assim como seus limites e potencialidades. A seção 7 apresenta algumas considerações finais.

## 2 CAPACIDADE ESTATAL NA LITERATURA INTERNACIONAL

Desde seu crescimento nas pesquisas acadêmicas, diversos fenômenos associados a capacidade do Estado foram analisados. Cingolani (2013) mapeia esses componentes: crescimento e capacidade burocrática (Evans e Rauch 1999); desempenho econômico (Hamm e King, 2010; Hamm, King e Stuckler, 2012; Dincecco e Katz, 2014; Dincecco e Prado, 2012; Wade, 1990); industrialização (Evans, 1995; Geddes, 1994); inovação (Weiss, 1998); níveis de violência (Huntington, 1968); prevenção de guerras civis e conflitos (Fearon e Laitin 2003; Fearon 2005; DeRouen e Sobek 2004; DeRouen *et al.* 2010); implementação de acordos de paz (DeRouen *et al.*, 2010).<sup>5</sup>

Além desses estudos, outros testaram o conceito em temas relacionados aos efeitos da democracia sobre a capacidade estatal (Besley e Persson, 2009; Grassi e Memoli, 2016; Wang e Xu, 2018; Bäck e Hadenius, 2008); sobre conflitos internos (Hendrix, 2010); da capacidade estatal relacionada à corrupção de atores políticos e burocráticos (Dahlström, Lindvall e Rothstein, 2013), sobre a extração, a coordenação e a *compliance* (Berwick e Christia, 2018), sobre as inter-relações entre os setores público e privado (Evans, 1995; Kohli, 2004); da influência institucional do Estado sobre a capacidade de ação dos atores sociais (Skocpol, 1992), hoje também denominada de capacidade relacional; da influência das desigualdades econômicas e políticas sobre capacidades (Cárdenas, 2010) e da ideologia (Grassi e Memoli, 2016), para mencionar apenas alguns temas. A variedade é tamanha que vai da existência de censos (Centeno, 2002) até a capacidade do Congresso, a independência do Judiciário e a qualidade da burocracia (Scartascini, Stein e Tommasi, 2008). Muitos desses estudos focalizam a América Latina, isoladamente ou em comparação com outras regiões.

Assumindo que pesquisas sobre capacidade estatal devem desagregar seus componentes, o que a listagem citada nos diz é que nesse terreno inexistente consenso sobre como desagregá-los. Isso, no entanto, é esperado diante da abrangência do

---

5. As referências dos autores citados no parágrafo podem ser encontradas em Cingolani (2013).

tema. Nos diz também que não existe apenas uma única nem mais importante capacidade. Por fim, confirma a importância de testes empíricos para o conhecimento cumulativo do conceito e para a construção ou ampliação do referencial teórico/conceitual.

### 3 CAPACIDADE BUROCRÁTICA NA LITERATURA INTERNACIONAL

A capacidade burocrática é uma das dimensões da capacidade do Estado mais referidas por pesquisadores de todas as disciplinas como crucial para o funcionamento dos governos e para a implementação de políticas públicas. Capacidade burocrática, isolada ou combinada com outros componentes, tem sido definida, discutida e mensurada por todas as áreas e subáreas das ciências humanas.<sup>6</sup> Ela integra, para muitos analistas, a capacidade administrativa, enquanto alguns trabalhos analisam a burocracia a partir de indicadores de sua qualidade.

A nosso ver, duas foram as pesquisas fundadoras sobre capacidade burocrática. A primeira, de escopo mais micro, foi realizada por Skocpol e Finegold (1982), nela são examinadas duas agências do governo dos Estados Unidos encarregadas da política industrial e da política agrícola do *New Deal*. As trajetórias dessas agências tomaram caminhos opostos. Enquanto a primeira não alcançou os resultados esperados, a segunda os alcançou e foi institucionalizada. A resposta dos autores foi encontrada na capacidade burocrática da agência encarregada da política agrícola, que contava com liderança administrativa, unidade organizacional e aprendizagem política. A segunda pesquisa, de abrangência macro, foi a realizada por Evans e Rausch (1999), que, a partir da percepção de especialistas, analisaram a capacidade burocrática de 35 países em desenvolvimento sobre várias dimensões de capacidade burocrática, incluindo formas de recrutamento, promoção interna, estabilidade e salários competitivos em relação ao setor privado. O foco era o papel da burocracia dos governos centrais na adoção de políticas de desenvolvimento econômico.

A partir dessas pesquisas, várias outras foram realizadas tomando a capacidade burocrática como variável explicativa sobre por que algumas políticas ou alguns países podem ser mais bem-sucedidos do que outros no atingimento de seus objetivos.

Na literatura internacional, a capacidade burocrática é em geral analisada por duas lentes. A primeira é a lente da corrupção, *rent seeking*, burocratização (*red tape*) ou seja, a existência ou não de incentivos com que contam as burocracias para serem eficientes e *accountables*. Essa lente predomina nos *surveys* disponibilizados ou comercializados por organismos internacionais. A partir das percepções capturadas nessas pesquisas, os países são ranqueados. Os mais conhecidos são o State

---

6. Na subárea de políticas públicas, por exemplo, diversos autores clássicos apontam a burocracia como elemento determinante para compreender os resultados das políticas (Lotta e Santiago, 2017).

Capacity Survey, o International Country Risk Guide's "Bureaucracy Quality", o International Country Risk Guide (ICRG), o Business International (BI), o Worldwide Bureaucracy Indicators e o Indicators of Governance and Institutional Quality, os dois últimos produzidos pelo Banco Mundial. Ainda baseado em informações coletadas em *surveys*, mas com objetivos diferentes dos *rankings* aqui citados, mais voltados para o mundo dos negócios e para as decisões alocativas, a base de dados Quality of Government Datasets, do QoG Institute da Universidade Göteborg, coordenado por Bo Rothstein e Sören Holmberg, incorpora variáveis relacionadas à qualidade dos governos, tais como corrupção, qualidade burocrática, direitos humanos e democracia. Cardápio semelhante é oferecido pela Columbia University State Capacity Survey.<sup>7</sup>

A segunda lente é sobre a autonomia da burocracia, que toma três direções diferentes. A primeira é a autonomia dos burocratas em relação a pressões políticas e grupos de interesse. Para essa abordagem, o grau de autonomia significa o quanto os burocratas são protegidos de arbitrariedades, politização e *rent-seeking* (Stein *et al.* 2006; Carpenter, 2001; Huntington, 2006).

A segunda é baseada nos modelos de agente-principal, que analisa se e como os políticos eleitos (principais) controlam ou não a burocracia (agentes), espelhando o paradigma weberiano de que burocratas devem ser controlados pelos políticos. Nessa literatura, os burocratas têm vantagens em relação aos políticos tanto por sua *expertise* como pela assimetria de informação entre eles e os políticos (Huber e McCarty, 2004; Huber e Shipan, 2002; Gailmard e Patty, 2007). Na ausência de incentivos adequados, essa relação pode originar *problemas de agência*, em especial de seleção adversa, e *risco moral*.

A terceira advém do conceito criado por Evans (1995), de autonomia inserida (*embedded autonomy*), significando um arranjo entre o Estado e a sociedade no qual os burocratas possuem autonomia em relação às elites empresariais, ao mesmo tempo em que com estas elites mantêm laços de proximidade para identificar políticas de desenvolvimento. Para Evans (1995), o segredo está na combinação de coerência burocrática interna entre as agências e conexões com setores industriais chave. Rodrik (2014) afirma que só burocratas bem treinados podem administrar colaborações estratégicas entre o setor privado e o governo, com o objetivo de saberem onde estão os principais obstáculos ao desenvolvimento. No entanto, Rothstein e Teorell (2012) advertem que essa proximidade pode ameaçar os objetivos do desenvolvimento se os burocratas se alinharem a interesses particularistas.

A também influente pesquisa de Geddes (1994) argumenta que o poder de implementação do Estado recai sobre a burocracia politicamente insulada que,

---

7. Para uma análise desses índices, ver Cárdenas (2010).

segundo a pesquisa, é tão importante quanto a tomada de decisão. Essa burocracia insulada, juntamente com outras capacidades do Estado (taxação, coerção, incentivos para os atores privados), compõe o que a autora define como capacidade estatal. Importante destacar o que Geddes (1994) chama de autonomia de uma burocracia insulada: não se trata de autonomia das demandas sociais ou de classes, mas de uma burocracia que não é afetada por interesses políticos particularistas. Tomando alguns países da América Latina como estudo de caso, especialmente o Brasil, constituir esse tipo de burocracia é o que Geddes denomina de dilema dos presidentes, isto é, o dilema entre selecionar equipes competentes que aumentem as chances da implementação de decisões sobre crescimento e desenvolvimento, ou selecionar equipes entre seus aliados políticos para manter suas expectativas de sucesso eleitoral.

A reconhecida influência da capacidade burocrática sobre a implementação de políticas tem orientado pesquisadores a testar o conceito isoladamente de outros componentes de capacidade em inúmeros temas: redução da pobreza (Henderson *et al.*, 2007), crescimento econômico (Evans e Rauch, 1999), corrupção (Bai e Wei, 2000), cumprimento das condicionalidades de empréstimos de organismos internacionais (Van de Walle, 2005), relação entre capacidade e discricionariedade da burocracia por delegação dos atores políticos (MacDonald e Franko Junior, 2007) e associação entre autonomia burocrática e atingimento dos Objetivos do Milênio (Cingolani, Thomsson e Crombrughe, 2013).

#### 4 A AMÉRICA LATINA NAS PESQUISAS SOBRE CAPACIDADES

Do ponto de vista territorial, a América Latina é um dos principais focos das pesquisas, tanto sobre capacidade burocrática em particular como estatal em geral. Em relação à temática, o principal foco tem sido a importância ou não da democracia para a construção de capacidades e para o desenvolvimento. Em diversos casos, a região é estudada juntamente com os chamados países menos desenvolvidos. A razão do foco na América Latina é óbvia: recorrentes crises econômicas e políticas, persistência do fenômeno da descontinuidade de políticas públicas antes que o problema tenha sido resolvido, alta desigualdade social, dificuldades em adotar políticas sustentáveis, burocracias selecionadas por critérios clientelistas etc. Essas características seriam, de acordo com a literatura, fenômenos associados à baixa capacidade estatal dos países da região.

Centeno (2002) associa essa baixa capacidade a razões históricas específicas: baixa confiança nas instituições públicas e privadas, desigualdade econômica e social e globalização. Cárdenas (2010) identifica, principalmente, desigualdade política e econômica. Embora não ignorando a importância do cumprimento das regras democráticas nas últimas décadas, Cárdenas (2010) conclui que os efeitos positivos da democracia são subsumidos pela alta desigualdade econômica.

Haggard e Kaufmann (2008), analisando os fatores determinantes das políticas de bem-estar social em várias regiões do mundo, inclusive na América Latina, têm conclusões menos pessimistas em relação às possibilidades das instituições democráticas de incentivar os atores políticos a criarem políticas que alcancem os mais pobres e reduzam as desigualdades. Para os autores, o maior objetivo para a criação de capacidades é prover aos cidadãos serviços sociais fundamentais. Acemoglu e Robinson (2008), assim como Huber e Stephens (2012), também reconhecem os avanços da democracia, mas argumentam que a capacidade estatal permanece baixa em razão da persistência de poderes informais, que impedem mudanças na correlação das forças políticas. Cheibub (1998) vai na mesma direção, mostrando que em um período de vinte anos, a capacidade extrativa dos governos da região não foi afetada, seja por regimes democráticos, seja por regimes autoritários. Como argumentam Grassi e Memoli (2016), ao fazerem um balanço dessa literatura, não parecem existir evidências de que a democracia fortalece a capacidade dos estados. No entanto, e em sentido contrário, Knutsen (2013) encontrou correlações entre democracia, capacidade estatal e crescimento econômico em países africanos e Bäck e Hadenius (2008) encontraram correlações entre democracia e capacidade administrativa. Os autores ressaltam, contudo, que os países da América Latina registraram baixos níveis de capacidade, a despeito do retorno da democracia.

## 5 A LITERATURA BRASILEIRA SOBRE CAPACIDADES BUROCRÁTICAS

Estudos sobre a burocracia brasileira não são raros, mas o mesmo não se pode dizer sobre sua profissionalização e qualidade, ou seja, sua capacidade. Além do mais, a maioria dos estudos está hoje desatualizada em função das mudanças ocorridas a partir da Constituição Federal de 1988 (CF/1988) e que afetaram a forma de ingresso no setor público, rompendo com o modelo identificado como patrimonialista/clientelista.

Do ponto de vista histórico, Faoro (1958) foi quem primeiro tomou a burocracia como tema, seguido de Cardoso (1975). Nas análises dessa primeira fase de estudos, a burocracia foi uma variável explicativa das relações entre o Estado e a sociedade e menos um objeto *per se*. Com o advento do regime autoritário, cresce o interesse acadêmico sobre o sistema burocrático, mantendo-se a mesma chave analítica de prevalência do Estado sobre a sociedade. Grande parte das análises desse período foi influenciada pelo modelo burocrático-autoritário desenvolvido por O'Donnell (1986) para explicar o funcionamento dos regimes autoritários da América Latina.

As análises sobre o papel da burocracia no regime militar foram relativamente abundantes em comparação com o período anterior, embora concentradas na burocracia encarregada da política macroeconômica. Recorrente na análise sobre o período pré e pós-64, a interpretação de que a burocracia encarregada da política

macroeconômica seria uma burocracia insulada dos interesses e das pressões contrários ao projeto político e macroeconômico dominante, enquanto a da área social seria eminentemente clientelista. Parte dos trabalhos que analisaram o papel da burocracia das políticas macroeconômicas desse período também debateu a tese da sua autonomia. Muitos cientistas sociais contribuíram para o melhor entendimento da burocracia constituída durante o regime militar para a formulação e implementação de políticas macroeconômicas.<sup>8</sup> A força e a persistência do clientelismo, no entanto, era o que mais caracterizaria o sistema burocrático brasileiro na maioria das análises. Clientelismo combinado com insulamento burocrático de algumas agências seriam as marcas, ou a gramática no sentido que lhe dá Nunes (1997), do sistema burocrático brasileiro.

Após a mudança do regime político, algumas pesquisas retomaram o tema da burocracia, agora em perspectiva metodológica e conceitual inovadora. Fazendo uso da metodologia das redes sociais, Marques (2000; 2003) analisou a relação entre atores privados externos e as burocracias de uma empresa pública do Estado do Rio de Janeiro e de uma agência da estrutura centralizada da Prefeitura de São Paulo. A conclusão desses dois trabalhos é que burocracias mais insuladas constituem redes mais sólidas e que também contribuem para a entrega de políticas públicas.

Mais recentemente, e influenciados pela agenda do Ipea e da Escola Nacional de Administração Pública (Enap), inúmeros trabalhos e pesquisas foram publicados com perfis e análises da nova burocracia constituída após a redemocratização.<sup>9</sup> No entanto, se o tema da burocracia brasileira avançou nas duas últimas décadas, o de capacidades estatais em geral e o da capacidade burocrática em particular ainda está começando a entrar nas agendas de pesquisa.

A nosso ver, a entrada do tema das capacidades estatais na agenda das pesquisas brasileiras teve início com um programa de pesquisa coordenado pelo Ipea e pelo Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia em Políticas Públicas, Estratégias e Desenvolvimento (INCT-PPED). A pesquisa resultou na publicação de vários textos para discussão (TD) no *site* do Ipea e de um livro editado pelos coordenadores da pesquisa, Alexandre Gomide e Renato Boschi (2016). Nessa pesquisa, um TD tratou da capacidade burocrática no Brasil e na Argentina. A análise foi modulada pelo conceito de capacidade estatal, apoiando-se, também, na literatura sobre formação do Estado e sua relação com o processo de burocratização. Do ponto de vista teórico, a pesquisa confirmou uma das hipóteses da literatura de que a capacidade burocrática não é distribuída uniformemente entre as agências governamentais (Skocpol e Finegold, 1982), tanto no Brasil como na Argentina.

8. Ver, por exemplo, Diniz e Boschi (1978), Evans (1995), Gouvêa (1994), Martins (1985), Nunes (1997), Santos (1979) e Schneider (1991). Para uma revisão dessa literatura, ver Figueiredo (2010), e para uma análise sobre os vínculos entre burocracia, Executivo, partidos e grupos de interesse no Brasil, ver Loureiro, Olivieri e Martes (2010).

9. Diversos aspectos dessa nova burocracia foram analisados na coletânea organizada por Pires, Lotta e Oliveira (2018).



Do ponto de vista empírico, a pesquisa mostrou que a capacidade burocrática do Brasil é mais alta do que a da Argentina em relação a dois indicadores de capacidade burocrática: seleção competitiva e estabilidade do servidor. O argumento para explicar a diferença entre os dois sistemas burocráticos nas últimas décadas é baseado na diferença da agenda da redemocratização e no *timing* das reformas institucionais e constitucionais. A elite brasileira buscou assegurar, pela via constitucional, a construção de instituições democráticas sólidas e onde a formação de uma burocracia weberiana se inseria, ao exigir concursos competitivos para todas as instâncias da administração pública e todos os níveis de governo. Na Argentina, a redemocratização se concentrou na punição dos crimes cometidos durante a ditadura militar.

Essa agenda de pesquisa sobre capacidades estatais teve continuidade tomando políticas e burocracias federais como foco das análises. Roberto Pires e Alexandre Gomide (2016) publicaram uma série de trabalhos analisando diferentes políticas federais sob a ótica da capacidade estatal. Em um deles, os autores examinam os arranjos institucionais que marcaram a implementação de políticas públicas pelo governo federal na última década para compreender de que forma as características desses arranjos condicionam as capacidades técnico-administrativas e relacionais em termos de resultados e de inovação. As políticas foram comparadas baseadas na metodologia de Qualitative Comparative Analysis (QCA). A análise comparativa indicou variação na configuração dos arranjos institucionais que sustentam a implementação das políticas. De um lado, os arranjos institucionais indutores de altas capacidades técnico-administrativas, envolvendo combinação de organizações profissionalizadas com mecanismos efetivos de coordenação intra e intergovernamentais, tendem a promover um melhor desempenho relativo em termos de entrega de resultados. De outro lado, arranjos promotores de capacidades político-relacionais, envolvendo interações com agentes políticos e canais para a participação da sociedade civil, tendem a ampliar, relativamente, o potencial de revisão, aprendizado e inovação nas políticas públicas (Gomide e Pires, 2016).

Explorando teoricamente o conceito de capacidade relacional, Lavallo *et al.* (2017) apontam para a permanência e pertinência analíticas das capacidades estatais, inclusive a burocrática, como dimensão central na compreensão da institucionalização das demandas e interesses dos movimentos sociais e das organizações da sociedade civil *vis-à-vis* o Estado. Essa linha de pesquisa segue os caminhos abertos por Skocpol (1992), denominado de *polity-approach*, e também daqueles que focalizam na implementação de políticas. Bäck e Hadenius (2008) e antes deles, Fox (2004), Ostrom (1990), Ackerman (2003), Fukuyama (2004) e Tandler (1997) argumentam que a cooperação entre diversos atores sociais e governamentais minimiza os problemas de implementação.

Do ponto de vista da capacidade burocrática propriamente dita, duas pesquisas a analisaram em comparação com outros países. Sikkink (1991) pesquisou a influência da estrutura organizacional sobre as políticas de desenvolvimento do final dos anos 1950 do século passado, políticas essas implementadas pelos governos Juscelino Kubitschek (JK), no Brasil, e Frondizi, na Argentina. A explicação de Sikkink (1991) para os resultados positivos da política desenvolvimentista de JK e para as dificuldades enfrentadas por Frondizi está na formação e qualificação dos servidores. Além do esforço de capacitação dos servidores, o legado de Getúlio Vargas de construção organizacional foi a coluna vertebral da burocracia insulada, enquanto as criadas por Peron desapareceram após sua queda. Essa arquitetura institucional serviu de base não só para o período JK mas também para apoiar as políticas macroeconômicas de futuros governos, democráticos ou autoritários. Grindle (2012), por sua vez, discutiu as instituições moldadas por patronagem em seis países desenvolvidos e em quatro países da América Latina, inclusive o Brasil. A pergunta que guia o trabalho de Grindle é o que tornou possível reformas que sinalizaram no sentido de um corpo burocrático selecionado mais por mérito do que por patronagem, em particular as estratégias adotadas pelos reformistas, e a motivação dos atores políticos a favor de sistemas mais institucionalizados de emprego público e sua influência sobre a implementação de políticas. A análise da autora toma como referência a literatura do institucionalismo histórico sobre a importância de legados do passado. No caso do Brasil, e reconhecendo a existência de reformas para acesso ao serviço público, Grindle, porém, chama a atenção para as críticas recorrentes ao atual sistema, ou seja, para os argumentos vocalizados como possíveis vetos à ação reformista no Brasil pós-1988: excesso de estabilidade, rigidez e capacidade limitada de resposta às demandas dos cidadãos.

Bersch, Praça e Taylor (2017) analisaram a burocracia federal brasileira a partir de sua autonomia, sua capacidade e seus riscos de corrupção. Um dos seus achados é que continuam a existir *ilhas de excelência*, mas a distância entre essas e as demais burocracias não é tão grande quanto a literatura da fase anterior à redemocratização argumentava.

Duas pesquisas recentes fizeram as primeiras tentativas de discutir capacidades à luz da moldura teórica e metodológica de construção de conceitos multinível e multidimensional sugeridos por Goertz (2006). A primeira é de autoria de Amorim Neto e Malamud (2015) e trata da capacidade de formulação de políticas dos ministros do Exterior no período 1946-2015 em três países presidencialistas: Argentina, Brasil e México. Foram levantados dados sobre formas de recrutamento, promoção e treinamento das burocracias, influência das doutrinas, padrões de indicação dos ministros e relevância da chamada diplomacia presidencial. Amorim Neto e Malamud (2015) conceituaram a capacidade de formular as políticas dos ministérios e operacionalizam o conceito como a capacidade de insulamento de

outras entidades governamentais para alcançar e implementar suas preferências sobre as das demais burocracias, ao tempo em que mantêm legitimidade interna e externa. O conceito foi operacionalizado através de três dimensões: profissionalização do corpo diplomático, atribuições institucionais e delegação dos presidentes aos ministros. Os autores concluíram que os três países possuem alto nível de profissionalização da carreira diplomática, embora existam diferenças entre eles e no tempo em relação às atribuições dos ministérios e à delegação dos presidentes.

A segunda pesquisa foi realizada por Souza e Fontanelli (no prelo), que discutiram a qualidade da burocracia federal brasileira também à luz da moldura teórica de construção de um conceito multinível e multidimensional de capacidade burocrática em quatro políticas de desenvolvimento. Baseadas nas características de uma burocracia weberiana (Evans e Rausch, 1999; Peters, 1995), os autores construíram e testaram um conceito de capacidade burocrática a partir dos três níveis propostos por Goertz (2006): *i*) o nível básico, que é a capacidade de participar da formulação e de implementar políticas públicas; *ii*) o nível secundário, que é formado a partir da combinação das seguintes condições: recrutamento baseado no mérito; carreiras de longo prazo e com previsibilidade; regras para contratar e demitir que substituam contratações e demissões arbitrárias; preenchimento de cargos seniores através de promoção interna de servidores concursados; profissionais com formação de especialista ou generalista; profissionais livres de influências externas e burocracia regida por regras administrativas e legais (*accountability*); e *iii*) o nível dos indicadores, que conecta, através dos dados, os outros dois níveis. A partir desses dados foi construído um índice de qualidade da burocracia. Diferente de Bersch, Praça e Taylor (2017), mas usando a mesma base de dados, os autores analisaram a burocracia de alto escalão, constituída por servidores de nível superior que atuam em atividades-fim, ou seja, a que participam da formulação e da implementação de políticas.<sup>10</sup> Diferentemente de Souza (2015), a pesquisa construiu um conceito independente de capacidade burocrática e não utilizou o conceito mais abrangente de capacidade estatal. A pesquisa concluiu que a capacidade burocrática das quatro políticas analisadas é alta, mas quando desagregada em diferentes indicadores/componentes (níveis secundário e terciário do conceito), essa capacidade é distribuída de forma heterogênea, confirmando a pesquisa seminal de Skocpol e Finegold (1982) e as já realizadas sobre a burocracia brasileira por Bersch, Praça e Taylor (2017) e Souza (2017). A alta capacidade é explicada pela exigência de concursos competitivos, que hoje caracterizam a forma de recrutamento da burocracia. A heterogeneidade é explicada pela existência ou não de carreiras estáveis, de um plano de carreira para o servidor, de concursos regulares e de diferenças salariais entre as carreiras.

10. A extensa base de dados *on-line* da burocracia federal é internacionalmente reconhecida e difícil de existir em outros países (Fukuyama, 2013).

Considerando que na Federação brasileira os governos subnacionais são importantes implementadores de políticas públicas, o melhor entendimento sobre a capacidade de implementação deve incorporar também essas esferas. No entanto, a esfera estadual tem sido pouco estudada. Até onde temos conhecimento, apenas duas pesquisas analisaram a capacidade burocrática dos servidores estaduais, ambas na política de assistência social. Uma é a tese de doutorado de Enzo Mayer Tassarolo (2018), com foco na implementação do Programa Bolsa Família (PBF) na esfera estadual de 2011 a 2017, além de programas próprios de transferência de renda. Tassarolo (2018) concluiu que o processo de implementação é eminentemente político e que as burocracias buscam suas próprias vantagens competitivas na agenda política perante a omissão dos governadores em profissionalizar as agências que coordenam ações de superação da pobreza na esfera estadual e a incapacidade do governo federal em fomentar a cooperação entre os atores estaduais. A atuação dos estados enquanto articuladores e mobilizadores da agenda de combate à pobreza para além do programa federal pautou-se mais pelo voluntarismo de burocratas das agências envolvidas na coordenação do PBF na esfera estadual do que por ações planejadas e articuladas nos governos estaduais.

Outra pesquisa que tratou da capacidade da burocracia estadual foi a de Souza (2018). O trabalho apresenta uma discussão conceitual aplicada empiricamente à análise da burocracia (profissionalização e qualidade) e dos recursos financeiros da política de assistência social executada pelos estados entre 2002 e 2012. A conclusão é que, na política de assistência social, as burocracias estaduais e os recursos financeiros dos estados são coadjuvantes dos municípios, suprimindo, embora apenas parcialmente, as limitações de recursos e das burocracias das esferas locais.

Avanços em termos de qualidade e quantidade são hoje registrados nas pesquisas sobre capacidades dos governos locais. Mapear essas capacidades é o objeto de vários capítulos deste livro, cujo foco é nas experiências de gestores locais na implementação de políticas públicas que tenham gerado diminuição de desigualdades.

A importância dos governos locais é devida porque uma inadequada burocracia local limita a capacidade do governo central de prover bens e serviços públicos e contribuir para o desenvolvimento humano (Kohli, 2004). Zibblatt (2008) mostra que recursos financeiros, combinados com o profissionalismo e a *expertise* da burocracia local, são importantes determinantes da provisão de bens públicos. Fukuyama (2013) chama a atenção para a importância de estudar as capacidades locais, dado que muitas políticas são ali implementadas. Além do mais, em uma Federação como a brasileira, onde os municípios são os principais implementadores das políticas sociais universais, investigar sua capacidade burocrática torna-se fundamental para o melhor entendimento sobre a execução de políticas desenhadas no centro.

A partir de meados dos anos 2000, vários trabalhos foram publicados sobre as capacidades dos municípios brasileiros. Marengo, Strohschoen e Joner (2017) investigaram se burocracias profissionalizadas tiveram melhores condições para aproveitar a transferência de responsabilidades e autoridade política e administrativa, ampliando seu potencial para tributar e implementar políticas públicas. Batista (2015) analisou o processo de implementação de políticas que fazem uso de recursos federais, associada a indicadores de qualidade da burocracia. Sátyro, Cunha e Campos (2016) trataram da capacidade burocrática local para a implementação da política de assistência social e, posteriormente, Sátyro, Cunha e Campos (2018) analisaram o papel do governo federal na indução da construção de uma burocracia local na política de assistência social. Soares e Melo (2016) investigaram os condicionantes políticos e técnicos das transferências voluntárias da União para os municípios no período 1995-2010. Por fim, Grin *et al.* (2018) trataram da relação entre gestão pública e performance fiscal municipal, com apoio em quatro dimensões de capacidade – administrativa, técnica, institucional e política.

O mapeamento aqui feito aponta para uma agenda de pesquisa que tomou corpo nos últimos anos e que vem apresentando resultados alvissareiros. Essa agenda ajuda acadêmicos e *policymakers* a compreender mais e melhor onde estão os obstáculos e as potencialidades para a implementação de políticas.

## 6 MENSURAÇÃO

Apesar de existir um consenso na literatura sobre a existência de múltiplos obstáculos que são enfrentados nas pesquisas empíricas sobre capacidades, esforços continuam sendo feitos para enfrentar o desafio da sua mensuração. A literatura reconhece que mensurar capacidades é o maior desafio das pesquisas, especialmente por dificuldades de acesso aos dados e de construção de séries históricas confiáveis e comparáveis. Fukuyama (2013) publicou uma das críticas mais contundentes sobre a falta de clareza do que são capacidades e seus meios de mensuração.

As pesquisas empíricas têm tomado dois principais caminhos. O primeiro é o apoio em dados secundários e/ou *surveys* com especialistas, em relatórios produzidos por agências multilaterais ou na percepção de grupos de interesse (empresários, por exemplo) ou elites. Esses métodos são considerados por alguns analistas como limitados por serem mensurações subjetivas e/ou enviesadas, principalmente por noções pré-concebidas (Kurtz e Schrank 2007). As pesquisas baseadas em dados secundários e em *surveys*, no entanto, aprofundam nosso conhecimento sobre o tema e respondem, mesmo que apenas parcialmente, ao difícil problema de acessibilidade de dados e às possibilidades de comparação.

O segundo é analisar capacidades a partir dos resultados das políticas. Tem sido relativamente comum, por exemplo, investigar a capacidade administrativa dos

governos pelos resultados da produção de bens e serviços, tais como a porcentagem de crianças matriculadas no ensino fundamental, as taxas de mortalidade infantil ou as taxas de analfabetismo. Do mesmo modo, analisa-se a capacidade extrativa a partir de indicadores do produto interno bruto (PIB) e/ou do tipo de impostos arrecadados. Essas medidas são atraentes pela sua objetividade, amplitude da cobertura e disponibilidade de dados. No entanto, a principal crítica que se faz a esse método é que os resultados alcançados podem ser atribuídos a vários e diferentes processos causais.<sup>11</sup> Sabemos que identificar causalidades é uma das mais difíceis questões nas pesquisas, notadamente nas ciências humanas. Reinsberg *et al.* (2019) discutem essas limitações, mas argumentam que novos métodos econométricos reduzem esses obstáculos. No entanto, cada estratégia conta com premissas que não são testáveis.

Uma das saídas para superar essas limitações vem das contribuições da ciência política sobre a construção de conceitos. Autores como Sartori (1970; 1984), Collier (1995), Collier e Mahon Junior (1993) e Gerring (1999), por exemplo, e, mais recentemente, Goertz (2006) defendem que uma investigação deve começar pela construção de um conceito. Goertz (2006), baseado em J. S. Mill, argumenta que começar uma investigação pela construção de conceitos é uma escolha lógica, dado que conceitos são os alicerces para a construção de teorias. Como construir conceitos substantivos e as implicações para a pesquisa empírica, tanto qualitativa quanto quantitativa, é o foco central do livro de Goertz (2006). Conceitos, como definido pelo autor, são teorias sobre os elementos constitutivos fundamentais de um fenômeno, isto é, as características-chave de um fenômeno e as inter-relações entre essas características. Por fim, a construção de conceitos vai além da definição do fenômeno e pode livrar o pesquisador da extensão ou alargamento conceitual (*concept stretching*), ou seja, aplicar o conceito a casos onde eles não são apropriados (Sartori 1970; Collier e Mahon Junior, 1993; Mahoney e Goertz, 2006).

Goertz (2006) propõe a construção de conceitos multiníveis e multidimensionais constituídos de três níveis: básico, secundário e indicador/dados. O primeiro e o segundo são a teoria do conceito e o terceiro é seu teste empírico, constituído por dados que conectam a teoria à sua mensuração. Para o autor, os níveis básico e secundário são por demais abstratos para guiar a escolha dos dados. Por essa razão, é no nível de indicadores/dados que o conceito se torna específico. Essa moldura teórica não requer a existência de relação causal entre o nível secundário, isto é, os elementos constitutivos de um fenômeno, e o nível básico. Isto é o que Goertz (2006) chama de abordagem ontológica. Em outras palavras, os componentes do nível secundário constituem o que o fenômeno é. A relação é de identidade e não de causação. A partir dessa moldura teórica e metodológica pode-se, portanto,

---

11. Fukuyama (2013) também lista várias razões contra o uso de *outcomes* para medir capacidades.

analisar quais as capacidades com que contam ou não os governos para cumprir seus compromissos programáticos.<sup>12</sup>

A síntese desta seção é que, além de diferentes métodos, existem duas grandes opções para mensurar capacidades estatais – atributos e resultados das políticas (*outcomes*). Pode-se dizer que a opção pela construção de conceitos e pesquisas, como as de Evans e Rausch (1999), Skocpol e Finegold (1982), Bersch, Praça e Taylor (2017), Amorim Neto e Mahamud (2015) e Souza e Fontanelli (no prelo), por exemplo, respondem a questões de atributos, enquanto a maioria das pesquisas aqui mencionadas respondem a questões relacionadas a *outcomes*.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo procedeu a uma revisão da literatura sobre capacidade estatal e capacidade burocrática, apresentando uma análise histórica das pesquisas sobre esses dois temas, juntamente com a produção mais recente. Buscamos, assim, organizar esse debate, mobilizando tanto a literatura estrangeira como a brasileira. Além disso, o capítulo mapeou os avanços e obstáculos ainda existentes para a mensuração de capacidades, com reflexos sobre a pesquisa empírica.

O que é capacidade burocrática e estatal e como fortalecê-las e medi-las permanecem, até hoje, questões em aberto, a despeito dos grandes avanços teóricos e metodológicos dos últimos anos, aqui mapeados.

Este capítulo mostrou que pesquisadores do tema divergem sobre suas definições, suas dimensões constitutivas, os métodos para mensurá-las e, também, sobre os incentivos do Estado, dos atores políticos e burocráticos, dos cidadãos, dos grupos de interesse etc. para gerar e/ou consolidar capacidades. A despeito de muitas divergências e algumas convergências, o tema entrou na agenda de pesquisa para ficar e o debate das convergências e divergências só contribui para aumentar nosso conhecimento cumulativo.

---

12. Esta estratégia teórica e metodológica foi adotada por Amorim Neto e Malamud (2015) e Souza e Fontanelli (no prelo), já mencionados. Para uma ótima revisão dessa literatura, ver Grin (2012).

## REFERÊNCIAS

- ACEMOGLU, D.; ROBINSON, J. A. Persistence of power, elites, and institutions. **American Economic Review**, v. 98, n. 1, p. 267-93, 2008.
- ACKERMAN, J. Co-governance for accountability: beyond “exit” and “voice”. **World Development**, v. 32, p. 447-463, 2003.
- ALMOND, G. A.; POWELL, G. B. **Comparative politics: a developmental approach**. Boston: Little Brown, 1966.
- AMORIM NETO, O.; MALAMUD, A. What determines foreign policy in Latin America? Systemic versus domestic factors in Argentina, Brazil, and Mexico, 1946-2008. **Latin American Politics and Society**, v. 57, n. 4, p. 1-27, 2015.
- BÄCK, H.; HADENIUS, A. Democracy and state capacity: exploring a J-shaped relationship. **Governance**, v. 21, n. 1, p. 1-24, 2008.
- BAI, C. E.; WEI, S. J. **Quality of bureaucracy and open-economy macro policies**. Cambridge, Massachusetts: National bureau of economic research, 2000. (Working Paper, n. 7766).
- BATISTA, M. Burocracia local e qualidade da implementação de políticas descentralizadas: uma análise da gestão de recursos federais pelos municípios brasileiros. **Revista do Serviço Público**, v. 66, n. 3, p. 345-370, 2015.
- BERSCH, K.; PRAÇA, S.; TAYLOR, M. M. State capacity, bureaucratic politicization, and corruption in the Brazilian state. **Governance**, v. 30, n. 1, p. 105-124, 2017.
- BERWICK, E.; CHRISTIA, F. State capacity redux: integrating classical and experimental contributions to an enduring debate. **Annual Review of Political Science**, v. 21, p. 71-91, 2018.
- BESLEY, T.; PERSSON, T. The origins of state capacity: property rights, taxation, and politics. **American Economic Review**, v. 99, n. 4, p. 1218-1244, 2009.
- \_\_\_\_\_. **Pillars of prosperity: the political economics of development clusters**. Princeton University Press, 2011.
- CÁRDENAS, M. State capacity in Latin America. **Economía**, v. 10, n. 2, p. 1-45, 2010.
- CARDOSO, F. H. **Autoritarismo e democratização**. São Paulo: Paz e Terra, 1975.
- CARPENTER, D. P. **The forging of bureaucratic autonomy: reputations, networks, and policy innovation in executive agencies, 1862-1928**. Princeton: Princeton University Press, 2001.



CENTENO, M. A. **Blood and debt**: war and the nation-state in Latin America. Penn State University Press, 2002.

CHEIBUB, J. Political regimes and the extractive capacity of governments: taxation in democracies and dictatorships. **World Politics**, v. 50, n. 3, p. 349-376, 1998.

CHUBB, J. E.; PETERSON, P. E. **Can the government govern?** Brookings Institution Press, 1989.

CINGOLANI, L. **The state of state capacity**: a review of concepts, evidence and measures. UNU-Merit: Maastricht, 2013. (Working Paper, n. 53).

CINGOLANI, L.; THOMSSON, K. M.; CROMBRUGGHE, D. P. I. **Minding weber more than ever?** The impacts of state capacity and bureaucratic autonomy on development goals. UNU-Merit: Maastricht, 2013. (Working Paper, n. 52).

COLLIER, D. Trajectory of a Concept: 'corporatism' in the Study of Latin American Politics. **Latin America in Comparative Perspective**, p. 135-162, 1995.

COLLIER, D.; MAHON JUNIOR, J. Conceptual stretching revisited: adapting categories in comparative analysis. **American Political Science Review**, v. 87, p. 845-55, 1993.

DAHLSTRÖM, C.; LINDVALL, J.; ROTHSTEIN, B. Corruption, bureaucratic failure and social policy priorities. **Political Studies**, v. 61, n. 3, p. 523-542, 2013.

DEROUEN, K. R.; SOBEK, D. The dynamics of civil war duration and outcome. **Journal of Peace Research**, v. 41, n. 3, p. 303-320, 2004.

DEROUEN, K. *et al.* Civil war peace agreement implementation and state capacity. **Journal of Peace Research**, v. 47, n. 3, p. 333-346, 2010.

DINCECCO, M.; KATZ, G. State capacity and long-run economic performance. **The Economic Journal**, v. 126, n. 590, p. 189-218, 2014.

DINCECCO, M.; PRADO, M. Warfare, fiscal capacity, and performance. **Journal of Economic Growth**, v. 17, n. 3, p. 171-203, 2012.

DINIZ, E.; BOSCHI, R. R. **Empresariado nacional e Estado no Brasil**. Forense-Universitária, 1978.

EVANS, P. B. The state as problem and solution: predation, embedded autonomy, and structural change. *In*: HAGGARD, S.; KAUFMAN, R. (Eds.). **The politics of economic adjustment**: international constraints, distributive conflicts and the state, edited by. Princeton University Press, 1992.

\_\_\_\_\_. **Embedded autonomy**: states and industrial transformation. Princeton University Press, 1995.

EVANS, P.; RAUCH, J. Bureaucracy and growth: a cross-national analysis of the effects of “weberian” state structures on economic growth. **American Sociological Review**, v. 64, n. 5, p. 748-765, 1999.

EVANS, P. B., RUESCHEMEYER, D.; SKOCPOL, T. (Eds.). **Bringing the State Back**. United Kingdom: Cambridge University Press, 1985.

FAORO, R. **Os donos do poder**: formação do patrimônio político brasileiro. Porto Alegre: Globo, 1958.

FEARON, J. D. Primary commodity exports and civil war. **Journal of Conflict Resolution**, v. 49, n. 4, p. 483-507, 2005.

FEARON, J. D.; LAITIN, D. D. Ethnicity, insurgency, and civil war. **American Political Science Review**, v. 97, n. 1, p. 75-90, 2003.

FIGUEIREDO, A. Executivo e burocracia. *In*: MARTINS, B.; LESSA, R. (Eds.). **Horizontes das ciências sociais no Brasil**: ciência política. São Paulo: Anpocs, 2010.

FOX, J. Empowerment and institutional change: mapping ‘virtuous circles’ of state–society interaction. *In*: ALSOP, R. (Ed.). **Power, rights, and poverty**: concepts and connections. Washington: The World Bank, 2004.

FUKUYAMA, F. **State building**: governance and world order in the twenty-first century. London: Profile Book, 2004.

\_\_\_\_\_. What is Governance? **Governance**, v. 26, n. 3, p. 347-368, 2013.

GAILMARD, S.; PATTY, J. W. Slackers and zealots: civil service, policy discretion, and bureaucratic expertise. **American Journal of Political Science**, v. 51, n. 4, p. 873-889, 2007.

GEDDES, B. Building ‘state’ autonomy in Brazil, 1930- 64. **Comparative Politics**. v. 22, n. 2, p. 217-235, 1990.

\_\_\_\_\_. **Politician’s dilemma**: building state capacity in Latin America. Berkeley: University of California Press, 1994, n. 25.

GOERTZ, G. **Social science concepts**: a user’s guide. Princeton: Princeton University Press, 2006.

GERRING, J. What makes a concept good? A criterial framework for understanding concept formation in the social sciences. **Polity**, v. 31, n. 3, p. 357-393, 1999.

GOUVÊA, G. P. **Burocracia e elites burocráticas no Brasil**. São Paulo: Editora Paulicéia, 1994.

GRASSI, D.; MEMOLI, V. Democracy, political partisanship, and state capacity in Latin America. **Italian Political Science Review**, v. 46, n. 1, p. 47-69, 2016.

GRINDLE, M. S. **Challenging the State: crisis and innovation in Latin America and Africa**. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press, 1996.

\_\_\_\_\_. **Jobs for the boys: Patronage and the State in Comparative Perspective**. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 2012.

GOMIDE, A.; PIRES, R. **Capacidades estatais e democracia: arranjos institucionais de políticas públicas**. Brasília: Ipea, 2014.

GOMIDE, A.; BOSCHI, R. R. **Capacidades estatais em países emergentes: o Brasil em perspectiva comparada**. Rio de Janeiro: Ipea, 2016.

GRIN, E. Notas sobre a construção e a aplicação do conceito de capacidades estatais. **Revista Teoria & Sociedade**, v. 20, n. 1, p. 148-175, 2012.

GRIN, E. *et al.* Sobre desconexões e hiatos: uma análise de capacidades estatais e finanças públicas em municípios brasileiros. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, São Paulo, v. 23, n. 76, p. 312-336, 2018.

HAGGARD, S.; KAUFMAN, R. R. **Development, democracy, and welfare states: Latin America, East Asia, and eastern Europe**. Princeton: Princeton University Press, 2008.

HAMM, P.; KING, L. Post-manichean economics: Foreign investment, state capacity and economic development in transition economies. **Technical report**, 2010.

HAMM, P.; KING, L. E.; STUCKLER, D. Mass privatization, State Capacity, and economic growth in post-communist countries. **American Sociological Review**, v. 77, n. 2, p. 295-324, 2012.

HENDERSON, J. *et al.* Bureaucratic effects: “weberian” State agencies and poverty reduction. **Sociology**, v. 41, p. 515-539, 2007.

HENDRIX, C. S. Measuring state capacity: theoretical and empirical implications for the study of civil conflict. **Journal of peace research**, v. 47, n. 3, p. 273-285, 2010.

HUBER, E.; STEPHENS, J. D. **Democracy and the Left: social policy and inequality in Latin America**. Chicago: University of Chicago Press, 2012.

HUBER, J. D.; MCCARTY, N. Bureaucratic capacity, delegation, and political reform. **American Political Science Review**, v. 98, n. 3, p. 481-494, 2004.

HUBER, J. D.; SHIPAN, C. R. **Deliberate discretion? The institutional foundations of bureaucratic autonomy**. United Kingdom: Cambridge University Press, 2002.

HUNTINGTON, S. P. **Political order in changing societies**. New Haven: Yale University Press, 1968. (The Henry L. Stimson Lectures Series).

\_\_\_\_\_. **Political order in changing societies**. With a New Forward by Francis Fukuyama. New Haven: Yale University Press, 2006.

IKENBERRY, G. J. Conclusion: an institutional approach to American foreign economic policy. **International organization**, v. 42, n.1, p. 219-243, 1988.

KATZENSTEIN, P. J. (Ed.). **Between power and plenty**: foreign economic policies of advanced industrial states. Madison: University of Wisconsin Press, 1978.

KNUTSEN, C. H. Democracy, state capacity, and economic growth. **World Development**, v. 43, p.1-18, 2013.

KOHLI, A. **State-directed development**: political power and industrialization in the global periphery. United Kingdom: Cambridge university press, 2004.

KURTZ, M. J.; SCHRANK, A. Growth and governance: models, measures, and mechanisms. **The Journal of Politics**, v. 69, n. 2, p. 538-554, 2007.

LAVALLE, A. G. *et al.* **Movimentos sociais, institucionalização e domínios de agência**. São Paulo: Centro de Estudos da Metrópole, 2017. (Textos para Discussão, n. 19).

LEVI, M. **Of rule and revenue**. Berkeley: University of California Press, 1989.

LOUREIRO, M. R.; OLIVIERI, C.; MARTES, A. C. B. Burocratas, partidos e grupos de interesse: o debate sobre política e burocracia no Brasil. *In*: LOUREIRO, M. R.; ABRUCIO, F.; PACHECO, R. (Orgs.). **Burocracia e política no Brasil**: desafios para a ordem democrática no século XXI. Rio de Janeiro: Editora FGV, p. 73-108, 2010.

LOTTA, G. S.; SANTIAGO, A. Autonomia e discricionariedade: matizando conceitos-chave para o estado de burocracia. **Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais**, v. 83, p. 21-41, 2017.

MACDONALD, J. A.; FRANKO JUNIOR, W. W. Bureaucratic capacity and bureaucratic discretion: does congress tie policy authority to performance? **American Politics Research**, v. 35, n. 6, p. 790-807, 2007.

MAHONEY, J.; GOERTZ, G. A tale of two cultures: contrasting quantitative and qualitative research. **Political analysis**, v. 14, n. 3, p. 227-249, 2006.

MANN, M. The autonomous power of the state: its origins, mechanisms and results. **European Journal of Sociology**, v. 25, n. 2, p. 185-213, 1984.

MARENCO, A.; STROHSCHOEN, M. T. B.; JONER, W. Capacidade estatal, burocracia e tributação nos municípios brasileiros. **Revista de Sociologia e Política**, v. 25, n. 64, p. 3-21, 2017.

MARQUES, E. C. **Estado e redes sociais**: permeabilidade e coesão nas políticas urbanas no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Editora Revan, 2000.

\_\_\_\_\_. **Redes sociais, instituições e atores políticos no governo da cidade de São Paulo**. São Paulo: Annablume, 2003.

MARTINS, L. **Estado capitalista e burocracia no Brasil pós-64**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

MIGDAL, J. S. **Strong societies and weak states**: state-society relations and state capabilities in the Third World. Princeton University Press, 1988.

NUNES, E. **A gramática política do Brasil**: clientelismo e insulamento burocrático. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

O'DONNELL, G. A. **Contrapontos**: autoritarismo e democratização. São Paulo: Vértice, 1986.

PETERS, B. G.; PIERRE, J. (Eds.). **Handbook of public policy**. Sage, 2006.

PIRES, R.; GOMIDE, A. Governança e capacidades estatais: uma análise comparativa de programas federais. **Revista de Sociologia e Política**, v. 24, n. 58, p. 121-143, 2016.

PIRES, R.; LOTTA, G.; OLIVEIRA, V. **Burocracia e políticas públicas no Brasil**: interseções analíticas. Brasília: Ipea; Enap, 2018.

PETERS, B. G. **The politics of bureaucracy**. Longman Publishers, 1995.

REINSBERG, B. *et al.* How structural adjustment programs impact bureaucratic quality in developing countries. **American Journal Of Sociology**, v. 124, n. 4, p. 1222-1257, 2019.

RODRIK, D. The past, present, and future of economic growth. **Challenge**, v. 57, n. 3, p. 5-39, 2014.

ROTHSTEIN, B. O.; TEORELL, J. A. What is quality of government? A theory of impartial government institutions. **Governance**, v. 21, n. 2, p. 165-190, 2008.

\_\_\_\_\_. Defining and measuring quality of government. **Good government: The relevance of political science**, v.13, 2012.

SANTOS, W. G. **Relatório de pesquisa, centralização burocrática e renovação de elites**: estudo preliminar sobre a administração federal descentralizada. Rio de Janeiro: Iuperj, 1979.

SARTORI, G. Concept misformation in comparative politics. **American Political Science Review**, v. 64, p. 1033-1053, 1970.

SARTORI, G. (Ed.). **Guidelines for concept analysis, in social science concepts: a systematic analysis**. California: Sage Publications, 1984.

SÁTYRO, N. G. D.; CUNHA, E. S. M.; CAMPOS, J. Análise espacial da burocracia da assistência social nos municípios brasileiros: notas para uma reflexão sobre a capacidade de implementação dessa política. **Opinião Pública**, v. 22, p. 286-317, 2016.

SCARTASCINI, C.; STEIN, E.; TOMMASI, M. **Political institutions, state capabilities and public policy: international evidence**. Inter-American Development Bank: Research Department, 2008. (Working paper, n. 661).

SCHNEIDER, B. R. **Politics within the state: elite bureaucrats and industrial policy in authoritarian Brazil**. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, 1991.

SIKKINK, K. **Ideas and institutions: developmentalism in Brazil and Argentina**. Ithaca: Cornell University Press, 1991.

SKOCPOL, T. **States and social revolutions: a comparative analysis of France, Russia and China**. Cambridge University Press, 1979.

\_\_\_\_\_. Bringing the State back in: strategies of analysis in current research. In PETER E.; RUESCHEMEYER D.; SKOCPOL, T. *Bringing the State back in*. Cambridge: Cambridge University Press, 1985.

\_\_\_\_\_. **Protecting soldiers and mothers: the political origins of social policy in the United States**. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1992.

\_\_\_\_\_. **Protecting soldiers and mothers**. Harvard University Press, 1995.

SKOCPOL, T.; FINEGOLD, K. State capacity and economic intervention in the early New Deal. **Political science quarterly**, v. 97, n. 2, p. 255-278, 1982.

SOARES, M. M.; MELO, B. G. Condicionantes políticos e técnicos das transferências voluntárias da União aos municípios brasileiros. **Revista de Administração Pública**, v. 50, n. 4, p. 539-561, 2016.

SOUZA, C. **Capacidade burocrática no Brasil e na Argentina: quando a política faz a diferença**. Brasília: Ipea, 2015. (Texto para Discussão, n. 2035).

\_\_\_\_\_. Modernização do Estado e construção de capacidade burocrática para a implementação de políticas federalizadas. **Revista de Administração Pública**, v. 51, n. 1, p. 27-45, 2017.

\_\_\_\_\_. Federalismo e capacidades estatais: o papel do Estado-membro na política de assistência social. *In*: PIRES, R.; LOTTA, G. E.; OLIVEIRA, V. E. (Orgs.). **Burocracia e políticas públicas no Brasil: interseções analíticas**. Brasília: Ipea; Enap, 2018.

SOUZA, C.; FONTANELLI, F. **Developing and measuring a concept of bureaucratic capacity in Brazil's federal civil service**. No prelo.

STEIN, E. *et. al.* **A política das políticas públicas: progresso econômico e social na América Latina. Relatório 2006**, v. 2.

TENDLER, J. **Good Governance in the Tropics**. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1997.

TESSAROLO, E. **Capacidades estatais para enfrentar a pobreza: uma análise da implementação estadual de programas de transferência de renda condicionada**. 2018. Tese (Doutorado) – Departamento de Ciência Política, Instituto de Estudos Sociais e Políticos da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

TILLY, C. **As sociology meets history**. Academic Press. 1981

TILLY, C. War-making and State-making as organized crime. *In*: EVANS, P. B., RUESCHEMEYER, D.; SKOCPOL, T. (Eds.). **Bringing the State Back**. United Kingdom: Cambridge University Press, 1985.

TILLY, C. **Coerção, capital e Estados europeus 1990-1992**. Edusp, 1996.

VAN DE WALLE, S. Measuring bureaucratic quality in governance indicators. **Revue Francaise d'Administration Publique**, v. 115, n. 3, p. 435-461, 2005.

ZIBLATT, D. Why some cities provide more public goods than others: a sub-national comparison of the provision of public goods in German Cities in 1912. **Studies in Comparative International Development**, v. 43, p. 273-289, 2008.

WANG, S. The rise of the regions: fiscal reform and the decline of central state capacity in China. *In*: ANDREW, G.; WALDER. (Eds.) **The waning of the communist state: economic origins of political decline in China and Hungary**. Berkeley: University of California Press, p. 87-113, 1995.

WANG, E. H.; XU, Y. Awakening leviathan: the effect of democracy on state capacity. **Research & Politics**, v. 5, n. 2, 2018.

WEAVER, R.; ROCKMAN, B. A. **Do institutions matter? Government capabilities in the United States and Abroad**. Washington: The Brookings Institution, 1993.

WEISS, L. **The myth of powerless state**. New York: Cornell University Press, 1998.





An abstract painting with a dark, almost black background. The composition is filled with large, expressive brushstrokes in shades of light gray, white, and off-white. The strokes vary in texture, with some appearing more densely packed and others more sparse, creating a sense of depth and movement. The overall effect is one of dynamic energy and organic form.

## **PARTE II**

**Agentes públicos e experiências de implementação  
de políticas públicas nos três níveis federativos**



## INOVAÇÕES NAS PRÁTICAS DE GESTÃO DO SUS: DESAFIOS PARA REDUZIR DESIGUALDADES EM SAÚDE

Adriano Massuda<sup>1</sup>

Gastão Wagner de Sousa Campos<sup>2</sup>

### 1 INTRODUÇÃO

A redução de desigualdades no acesso a serviços de saúde de qualidade é um desafio global (Kruk *et al.*, 2018). Apesar dos avanços tecnológicos permitirem curar doenças e prolongar a vida, grande parte das mortes preveníveis no mundo se deve ao não acesso a recursos diagnósticos e ao tratamento adequado de patologias com possibilidade terapêutica (Howitt *et al.*, 2012). Por sua vez, o uso irracional de produtos para a saúde é causa de iatrogenias, efeitos colaterais e desperdício de recursos (Howitt *et al.*, 2012). Experiências internacionais demonstram que países com sistemas de saúde bem estruturados, com adequado financiamento, alocação de recursos, formação de profissionais de saúde, regulação do uso de tecnologias e coordenação de serviços têm maior eficiência em gastos, melhores indicadores de saúde e maior satisfação dos usuários (WHO, 2007; Mckee *et al.*, 2009).

No Brasil, a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) permitiu ampliar o acesso a serviços de saúde, reduzindo mortes por causas preveníveis e diminuindo desigualdades regionais (Paim *et al.*, 2011). Entretanto, a reforma sanitária brasileira foi incompleta. A persistência de problemas estruturais, como o subfinanciamento crônico, fragilidades na alocação de recursos e na organização regional, mantém altos os índices de inequidade no padrão de acesso a tecnologias em saúde, principalmente na atenção especializada e hospitalar (Paim *et al.*, 2018).

---

1. Professor adjunto do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná (UFPR). *E-mail*: <amassuda@hsph.harvard.edu>.

2. Professor titular da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). *E-mail*: <gastao@fcm.unicamp.br>.

Os desafios do SUS colidem com o aumento da complexidade dos problemas de saúde contemporâneos. A maior prevalência de doenças crônico-degenerativas ocorre em conjunto com a persistência de doenças infectocontagiosas e alta carga de agravos de saúde mental e violências (Marinho *et al.*, 2018). O atual perfil epidemiológico exige dos profissionais de saúde, além de competência biomédica, capacidade para compreender dimensões psicossociais e lidar com contextos de vulnerabilidade (Campos, 2006). Além disso, serviços de saúde organizados com equipes multiprofissionais, que combinem autonomia profissional com responsabilidades clínicas e sanitárias, articulados em redes de atenção, com atuação inter-setorial e abertos a participação comunitária, têm maior capacidade para manejo de problemas de saúde (Campos e Amaral, 2007).

O fortalecimento do sistema de saúde, portanto, deve estar associado à implantação de inovações – novas tecnologias, práticas, objetos ou arranjos institucionais – voltados para melhorar os resultados em saúde (Atun, 2012). Para tanto, projetos transformadores devem combinar a reformulação de estruturas organizacionais, o modo de governar serviços, e, ao mesmo tempo, promover a mudança nas pessoas, nos seus valores e na cultura (Campos, 1992).

Neste capítulo, exploramos possibilidades, limites e desafios para inovação nas práticas de gestão do SUS implementadas na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Curitiba entre 2013 e 2016. Utilizamos conceitos e técnicas de planejamento estratégico e gestão participativa para aumentar a eficiência do sistema e reduzir desigualdades no acesso a serviços (Campos, 2000). Empregamos método de estudo de caso, sendo o pesquisador observador participante (o pesquisador ocupou o cargo de secretário municipal de Saúde entre 2013 e 2015), além de revisão bibliográfica e consulta a documentos oficiais. Parte do material foi apresentado na tese de doutorado no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) (Massuda, 2014).

## 2 DESAFIOS DO INÍCIO DA GESTÃO

Curitiba é reconhecida pelo planejamento urbano e inovação em políticas públicas. Foi uma das pioneiras na implantação do SUS, desenvolvendo um conjunto de inovações na gestão em saúde (quadro 1).

## QUADRO 1

## Linha do tempo: rede municipal de saúde – Curitiba (1960-2016)

1960

- † Composição da rede hospitalar ligada aos cursos de Medicina;
- † Hospital de Clínicas/Universidade Federal do Paraná (UFPR), Hospital Cajuru/Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR) e Hospital Evangélico/Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná (Fepar);
- † Departamento de Educação, Recreação Orientada e Saúde (1963);
- † Implantação da primeira unidade de saúde municipal.

1970

- † Dez primeiras unidades básicas de saúde (UBS) e treze consultórios odontológicos ligados a instituições religiosas e filantrópicas (1979).

1980

- † Ações integradas de saúde (1985);
- † Criação da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) (1986);
- † SMS instituiu o Comitê Municipal de Morte Materna (1989);
- † Cinquenta e três unidades de saúde e 34 consultórios odontológicos.

1990

- † Implantação do Serviço de Atendimento ao Trauma (Siate) (1990);
- † Criação da primeira unidade de saúde 24 horas (1990);
- † Primeira Conferência Municipal de Saúde (1991);
- † Municipalização de serviços assistenciais e de vigilância (1992);
- † Implantação de UBS com médico da família na periferia da cidade (1992);
- † Implantação do Laboratório Municipal de Análises Clínicas (1992);
- † Aprovação do Código Municipal de Saúde (1996);
- † Implantação do Sistema Municipal de Auditoria (1996);
- † Organização de sete distritos sanitários (1997);
- † Programa Cária Zero (1997);
- † Gestão plena do município (1998);
- † Implantação de prontuário eletrônico (1999);
- † Programa *Mãe curitibana* vincula o pré-natal nas UBS às maternidades (1999).

2000

- † Cento e quatro unidades de saúde: 90 com odontologia, 37 saúde da família e 11 com especialidades (2000);
- † Contratos de gestão e planos operativos (2002);
- † Incentivo de desenvolvimento de qualidade (2003);
- † Contratualização de hospitais de ensino (2004);
- † Criação do Serviço de Atendimento Móvel a Urgências (Samu) (2004);
- † Implantação da Ouvidoria da Saúde (2006);
- † Criação de Sistema de Urgência e Emergência de Curitiba (2007);
- † Implantação de 29 Núcleos de Apoio à Atenção Primária à Saúde (NAAAPS) (2008);
- † Implantação de dez centros de atenção psicossocial (CAPS) (2000-2010);
- † Implantação de oito centros municipais de urgências médicas (Cmum)/unidade de pronto atendimento (UPA) (2007-2010).

2010

- † Modelo de atenção às condições crônicas (2011);
- † Mudança no sistema de informação (2012);
- † Implantação de um hospital municipal e serviço de atenção domiciliar (SAD) (2012);
- † Criação de Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde (Feaes) (2012);
- † Criação do Departamento de Atenção Primária em Saúde (Daps) e Redes de Atenção à Saúde (Dras) (2013);
- † Implantação do programa de residência médica e multiprofissional municipal (2013 e 2014);
- † Implantação do consultório na rua (2013);
- † Ampliação do horário de atendimento em UBS até 22 horas (2013);
- † Implantação do telessaúde regulação (2013);
- † Adesão ao programa *Fast track cities: ending the Aids epidemic by 2030* (2014);
- † Abertura de 64 leitos em CAPS (2013-2016).

Elaboração dos autores.



No início de gestão, em janeiro de 2013, os estoques de medicamentos garantiam cobertura para aproximadamente quinze dias e alguns itens já estavam em falta nas unidades de saúde. Atrasos de pagamento levaram a ameaça de greve por trabalhadores de empresas prestadoras de serviços gerais contratadas pela SMS, e havia o risco de fechamento de serviços essenciais, como maternidades, ambulatórios especializados e leitos hospitalares. A situação mais grave, porém, encontrava-se nas UPAs. Sobrecarregadas e com graves problemas de funcionamento, esses serviços eram objetos constantes de cobertura da imprensa a respeito de casos de pacientes que aguardavam muitas horas para serem atendidos ou doentes graves que esperavam vários dias para serem encaminhados para leitos em unidade de terapia intensiva (UTI) (Antonelli e Milan, 2013).

Além de enfrentar os desafios imediatos, buscou-se desde o início criar bases para mudanças no modo de gestão e das práticas de saúde no âmbito da SMS. Entre os objetivos traçados inicialmente estavam o fortalecimento do papel da atenção primária em saúde (APS) e de redes entre serviços, buscando aumentar eficiência do sistema de saúde.

### 3 COMPOSIÇÃO DA EQUIPE E REVISÃO DO MODELO ORGANIZACIONAL

A nomeação da nova equipe de gestão da SMS foi realizada em meio a revisão do modelo organizacional e de gestão. A secretaria contava com três principais níveis administrativos: *i*) nível central: composto pelo gabinete do secretário, duas superintendências (gestão e executiva) e seis centros (assistência à saúde; urgência e emergência; controle, avaliação e auditoria; epidemiologia, e saúde ambiental; e informação); além de quatro núcleos de apoio: financeiro, recursos humanos, administração e jurídico; *ii*) nível distrital: composto por nove distritos sanitários e suas respectivas coordenações técnicas (correspondentes à administração regional do município); e *iii*) coordenações de serviços: composto pelo conjunto de coordenadores de unidades de saúde e suas equipes assistenciais: UBS, UPA, CAPS e centros de especialidades.

Foram definidos inicialmente os cargos no nível central da SMS. Esse processo ocorreu entre o período de transição governamental e o primeiro mês de gestão, quando foi desencadeada a reorganização das superintendências e dos centros, buscando conferir as seguintes atribuições para a coordenação de funções-chave do sistema de saúde.

- 1) Gestão estratégica e administrativa: a superintendência executiva, antes com atuação na administração financeira e de contratos, foi reorganizada incorporando a área de planejamento, além da gestão de pessoal, insumos, infraestrutura e tecnologia da informação, buscando conferir maior capacidade para alocar os recursos à agenda estratégica de governo.

- 2) Gestão da atenção à saúde: a superintendência de gestão, antes com atuação de coordenação geral da SMS, passou a ter foco na coordenação da assistência, buscando articular serviços de diferentes complexidades. Para isso, os centros foram reorganizados de acordo com níveis de atenção à saúde, entre eles: *atenção primária em saúde*, responsável pela rede de UBS; *redes de atenção em saúde*, pela coordenação de serviços especializados e hospitalares; *urgência e emergência*, com atribuição de coordenar o serviço de ambulâncias do Samu, as UPAs e emergências hospitalares. A área de *controle, avaliação e auditoria* manteve a estrutura para atuação sobre os serviços assistenciais contratados pela SMS. Durante a gestão foi também criado o *departamento de saúde mental*, com função de coordenar os CAPS, as residências terapêuticas, os leitos psiquiátricos e demais equipamentos desta área de atenção.
- 3) Gestão da vigilância e saúde coletiva: buscou aproximar as diretorias responsáveis pelas áreas de epidemiologia, sanitária e ambiental, que apesar de terem semelhantes objetos de atuação, funcionavam, em geral, de maneira desarticulada. Para isso, foi instituído um colegiado das vigilâncias, integrando o planejamento de ações conjuntas.

Implantou-se no início de governo uma *assessoria de apoio à gestão*, vinculada ao gabinete da SMS, e depois ligada à diretoria de planejamento. Essa assessoria teve objetivo de dar suporte ao desenvolvimento de capacidade gerencial aos novos dirigentes, apoiando desde a composição da nova equipe, o estabelecimento de espaços de planejamento e gestão participativa, a reorganização de serviços com maior dificuldade de funcionamento, além de auxiliar na interlocução com o controle social.

Ao longo do primeiro mês de gestão, também foi realizada a nomeação da nova equipe de diretores dos distritos de saúde. Foram utilizados como critérios para escolha a experiência prévia na gerência de serviços do SUS-Curitiba, capacidade de liderança de equipe e alinhamento ao projeto da administração municipal. A revisão dos modos do papel e de funcionamento dos distritos foi iniciada nas primeiras etapas do planejamento da SMS e se estendeu durante toda a gestão.

Em seguida, deu-se início a renovação do quadro de gerentes de unidades de saúde, concluída nos três primeiros meses de gestão. Para isso, foi criado um *banco de potenciais gestores*, abrindo aos trabalhadores de toda a SMS a possibilidade de se inscreverem, registrando seu perfil de competência técnica, experiência profissional, carta de intenções e serviços almejados. De cerca de 3 mil profissionais aptos para os cargos gerenciais, houve mais de seiscentos inscritos para pouco mais de cem vagas (Silva *et al.*, 2016). Os candidatos foram selecionados em entrevistas realizadas por diretores de distritos e assessores da SMS. Ao final desse processo,



obteve-se renovação de cerca de 90% dos gestores de serviços do SUS-Curitiba e o início de um movimento de mudança na estrutura organizacional da SMS e de funcionamento de seus serviços.

Ressalta-se que o processo de mudança de gestores ocorreu com alto grau de liberdade para a escolha dos nomes que fossem compor a equipe de gestão. Além disso, ajustes no organograma da SMS foram discutidos com a administração municipal ao longo do período de governo para formalizar as alterações realizadas. No entanto, não se esperou a formalização de mudanças para alterar o modo de funcionamento da SMS.

#### **4 IMPLANTAÇÃO DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO E GESTÃO COLEGIADA**

A nova equipe gestora era heterogênea, composta por uma variedade de perfis profissionais e trajetórias pessoais: pessoas de fora de Curitiba, profissionais da rede municipal que não haviam trabalhado em cargos de gestão, e trabalhadores do SUS-Curitiba com bastante experiência na gestão do município. Cada membro da equipe trazia referenciais e experiências distintas, o que produziu grande riqueza ao grupo, mas também conflitos e disputas que precisaram ser administrados nos espaços de gestão colegiada.

Os colegiados de gestão foram criados em todos os níveis da secretaria (central, distrital e serviços) buscando favorecer a gestão participativa nos espaços da SMS. No nível central, o colegiado era composto por superintendentes, diretores de áreas e de distritos. Nas superintendências, diretorias e distritos por suas respectivas coordenações técnicas, e nos serviços pelas equipes de saúde. Em geral, as reuniões eram semanais e as pautas definidas pela agenda estratégica de gestão com os assuntos mais importantes do momento.

A espinha dorsal da agenda de gestão, entretanto, foi definida no planejamento estratégico. O planejamento foi ao mesmo tempo instrumento, processo e estrutura, ocorrendo ao longo de toda a gestão, buscando envolver o conjunto de áreas da administração da SMS (Marty *et al.*, 2016). Foram realizadas oficinas de trabalho e reuniões temáticas a partir dos temas priorizados no programa de governo, com objetivo de elaborar um diagnóstico situacional e compartilhado, traçar as diretrizes de gestão, definir a agenda estratégica e metas para acompanhar a implementação de mudanças.

A criação da diretoria de planejamento e monitoramento, vinculado à superintendência-executiva da SMS, foi crucial para inserir os produtos do planejamento na agenda estratégica de gestão. Até então, a área constituía-se como uma assessoria de gabinete voltada para o preenchimento de planilhas exigidas pela administração pública, como lei orçamentária, programação de saúde e relatórios de gestão. Além de burocrático e centralizado, não tinha capacidade analítica, pouco contribuindo

para a construção de explicações e intervenções sobre os problemas do sistema de saúde. Ao passar a dispor de estrutura funcional no organograma para coordenar a elaboração e execução do plano de gestão, a área passou a conduzir ações centrais para o enfrentamento dos problemas de funcionamento do sistema de saúde.

Os momentos de planejamento também serviram de espaço para formação do coletivo de gestão da SMS, ampliando a capacidade de análise, intervenção e integração de equipe. A utilização de variadas metodologias de análise institucional, planejamento estratégico e gestão participativa, possibilitou que a equipe dirigente trabalhasse em conjunto na definição das diretrizes estratégicas da gestão. Isso permitiu colocar em discussão a diversidade de referenciais, diferenças e aproximações, e a construção de maior capacidade de interlocução e integração entre as áreas da SMS.

## **5 ELABORAÇÃO DE DIAGNÓSTICO SITUACIONAL**

Como primeiro produto do planejamento da SMS, na gestão 2013-2016, foi elaborado um amplo diagnóstico situacional, abordando problemas a serem enfrentados com explicação das causas e suas consequências. Em síntese, foram destacados os seguintes desafios.

- 1) Dificuldade de acesso a consultas em UBS: apesar da cidade dispor de unidades de saúde cobrindo praticamente todo seu território, o acesso da população a esses serviços apresentava inúmeras dificuldades, com consequências para os demais níveis do sistema. O modelo de organização das UBS era baseado em programas verticais de saúde pública, em que consultas médicas e de enfermagem eram destinadas a indivíduos que se “encaixavam” nos programas de hipertensão, diabetes, saúde mental e serviços de saúde materno-infantil (Massuda, Poli Neto e Drehmer, 2014). Crianças, especialmente até 1 ano de idade, gestantes, hipertensos e diabéticos eram pré-agendados seguindo protocolos de estratificação de risco. Essas mesmas pessoas, porém, poderiam encontrar dificuldades de acesso às UBS se viessem com uma demanda diferente da rotina pré-estabelecida pela unidade. Consequentemente, restavam poucas vagas de consultas para o dia, que eram oferecidas por ordem de chegada para as pessoas que buscavam atendimento. Com isso, longas filas se formavam no início da manhã, antes mesmo de as unidades abrirem, e boa parte da população passou a procurar as UPAs por problemas de saúde que deveriam ser resolvidos na APS.
- 2) Serviços de urgência sobrecarregados: no início de 2013, a situação da área da urgência no SUS em Curitiba era de crise instalada, principalmente nas UPAs. Desenhadas para funcionarem como “mini-hospitais” (Casos...,

2007), esses serviços (oito em 2013) funcionavam como válvulas de escape do sistema, absorvendo todos os tipos de falhas, como a dificuldade de acesso dos pacientes às UBS, aos leitos em UTI nos hospitais, e mesmo a consultas ambulatoriais especializadas. Além disso, também recebiam número crescente de pacientes da Região Metropolitana (RM) de Curitiba. Como consequência, tornaram-se pontos de extrema tensão. De um lado, filas de espera para atendimento médico de casos de baixa complexidade que frequentemente ultrapassavam cinco horas. De outro, uma média diária de dez a quinze pacientes graves, com intubação orotraqueal e uso de respiradores, que deveriam ser imediatamente encaminhados para hospitais, mas que em algumas situações passavam mais de uma semana aguardando vaga em leito em UTI.

- 3) Longo tempo de espera para consulta especializada: a atenção especializada foi uma das áreas que menos se modificou desde a implementação do SUS. Caracterizava-se pela excessiva fragmentação, com mais de uma centena de tipos de especialidades e subespecialidades, e baixa interação com a APS. A maior parte da disponibilidade de atendimento era destinada a consultas de retorno, restando apenas de 10% a 20% de vagas para casos novos. Por sua vez, era alto o percentual de encaminhamentos da APS considerados desnecessários para especialidades. Consequentemente, apesar do grande número de consultas especializadas (média de 1,5 milhão/ano), o tempo de espera em média era de três a seis meses, superando dois anos em algumas áreas, sendo consumido em maior parte por pacientes que poderiam ser acompanhados na APS (König e Pelegrino, 2014).
- 4) Subutilização de informações para avaliação em saúde: embora o setor de vigilância em saúde tenha sido municipalizado nos anos 1990 e instituído práticas de planejamento considerando as necessidades territoriais, a integração entre ações de vigilância e assistência à saúde era mínima. Como consequência, apesar de contar com uma riqueza de dados, as informações eram muito pouco utilizadas e apropriadas pelas equipes de saúde para análise de situação de saúde ou retorno do impacto das ações realizadas.
- 5) *Deficit* fiscal e rigidez administrativa: a expansão de serviços, sem correspondente financeiro adequado, provocou um grave *deficit* fiscal nas contas da SMS. Entre 2007 e 2012, foram implementados oito UPAs e um hospital municipal, provocando um aumento anual de custeio de cerca de R\$ 200 milhões (o orçamento inicial para a saúde era de R\$ 1,1 bilhão). Em decorrência, tornou-se frequente o atraso de pagamento a fornecedores e prestadores de serviços (Castro, 2013).

Por seu turno, o modelo organizacional da prefeitura municipal provocava rigidez na gestão administrativa, financeira e de pessoal do sistema de saúde. A coordenação dessas áreas era realizada por núcleos das secretarias de administração, finanças e recursos humanos lotados na SMS. Apesar de vinculados à superintendência executiva da SMS, os núcleos respondiam a suas respectivas secretarias de origem, burocratizando a tomada de decisão e o manejo de recursos do SUS.

## **6 DEFINIÇÃO DE DIRETRIZES DE GESTÃO**

Após a elaboração do diagnóstico dos principais desafios do sistema, o departamento de planejamento coordenou oficinas para definição de objetivos/diretrizes, estratégias/ações, produtos/resultados, responsáveis e marcos de acompanhamento. As oficinas contaram com a participação dos departamentos afins e dos distritos de saúde. Elas foram organizadas em eixos de atenção à saúde, vigilância em saúde e gestão estratégica e administrativa.

Além de buscar enfrentar os principais problemas identificados no funcionamento do SUS-Curitiba, realizou-se análise de conjuntura, dos compromissos assumidos pelo prefeito eleito no plano de governo, bem como as diretrizes estratégicas do Plano Nacional de Saúde definido pelo Ministério da Saúde. Como produto foram estabelecidos os dez objetivos/diretrizes estratégicos para a SMS Curitiba na gestão 2013-2016 (Curitiba, 2014a), demonstrados no box 1.

### **BOX 1**

#### **Diretrizes gerais de gestão**

1. Elaborar a Carta de Saúde do SUS-Curitiba com informação sobre princípios de funcionamento do sistema, ofertas dos serviços de saúde e direitos de saúde dos usuários.
2. Organizar modelos de atenção à saúde com foco no acesso, na humanização, na integralidade e na resolutividade, tendo a atenção primária à saúde (APS) como principal porta de entrada e ordenadora do sistema.
3. Implantar as redes de atenção à saúde segundo as diretrizes da Política Nacional de Saúde e reordenação das relações da Secretaria Municipal de Saúde com os serviços assistenciais contratados, segundo a lógica das redes, das linhas de cuidado e da conexão com os territórios considerando as necessidades da população (urgência e emergência; criança; mulher; doenças crônicas e degenerativas; idosos; saúde mental; saúde do trabalhador; e pessoa com deficiência).
4. Organizar um modelo de vigilância em saúde, que viabilize o fortalecimento das ações de saúde coletiva desenvolvidas no SUS-Curitiba, de maneira integrada à RM, voltadas para a redução de riscos e agravos à saúde da população.
5. Desenvolver uma política institucional e intersetorial de promoção da saúde, com enfoque nos determinantes da saúde e incorporando os conceitos de sustentabilidade e qualidade de vida, contribuindo com as ações voltadas para a redução de riscos e agravos à saúde da população.
6. Criar política de incorporação de novas tecnologias em saúde, valorizando práticas integrativas e qualificação da assistência farmacêutica e laboratorial.
7. Fortalecer a gestão participativa, o controle social e a descentralização da gestão na rede municipal de saúde, e contribuir com o desenvolvimento da gestão interfederativa do SUS, de modo solidário, compartilhado e corresponsável.

(Continua)

(Continuação)

8. Implementar as políticas de comunicação e informação, e de informática da SMS de Curitiba, compreendendo as áreas como uma dimensão estratégica da Política Municipal de Saúde.
9. Estruturar e implementar política de desenvolvimento de pessoas, buscando mais satisfação e qualificação dos trabalhadores, por meio de planos de cargos, carreiras, salários e educação permanente, e fortalecer a política de integração ensino-serviço.
10. Qualificar a gestão sobre infraestrutura e logística e fortalecer a gestão orçamentária e financeira exercida pela SMS, buscando mais eficiência e transparência do uso dos recursos.

## 7 PLANEJAMENTO DISTRITAL E LOCAL

Ocorreram movimentos paralelos de reorganização do modo de funcionamento dos distritos e planejamento local nos serviços de saúde.

Até o início de 2013, os diretores de distritos eram denominados *supervisores distritais*. Utilizavam-se instrumentos como contratos de gestão e avaliação de metas para controle da produção das equipes de saúde, com atuação predominante sobre os serviços de APS. Em oficinas de trabalho, buscou-se redefinir o papel e modo de atuação dos distritos, enfatizando a necessidade de coordenação das ações realizadas pelos diferentes serviços no âmbito do seu território de abrangência. Em essência, os distritos passaram progressivamente a ter maior atuação na regulação de acesso de pacientes a serviços de urgência (UPA), saúde mental (CAPS) e demais serviços especializados, bem como no monitoramento de informações de saúde da região.

Para o planejamento local, foi elaborado um roteiro de análise de processos de trabalho das equipes nas unidades de saúde, voltado para identificar problemas de funcionamento do serviço e definir ações para seu enfrentamento, alinhado às diretrizes estratégicas estabelecidas para gestão. Foram sistematizados produtos no plano de ação a serem acompanhados pelo monitoramento distrital.

## 8 MONITORAMENTO DO PLANO

Após a definição da agenda estratégica de gestão, foram estabelecidas instâncias de monitoramento de metas e resultados. Os produtos passaram a ser acompanhados semanalmente junto aos respectivos departamentos e setores, em reuniões coordenadas pela diretoria de planejamento. Reuniões semanais de acompanhamento eram realizadas com participação do secretário de saúde, buscando subsidiar tomadas de decisão sobre rumos das ações desenvolvidas. Esses espaços se mostraram de grande potência para a gestão do plano de governo da SMS, dada a possibilidade de percepção dos desafios que acompanhavam a implementação da política municipal de saúde e abrindo espaço para adequação contínua do planejamento estratégico.

## 9 IMPLANTAÇÃO DE MUDANÇAS

Nas diferentes esferas do SUS-Curitiba, a implantação de mudanças ocorreu de variadas maneiras, ritmos, métodos e intensidades. A seguir apresenta-se uma breve síntese de iniciativas realizadas.

- 1) Atenção primária em saúde: o ponto central para tornar a APS mais acessível, abrangente e eficaz foi induzir a transformação do modo de funcionamento das UBS, organizadas seguindo a lógica de programas verticais, para um modelo horizontal baseado nos princípios de APS (Massuda, Tilton e Poli Neto, 2018). Para isso, um decreto municipal foi publicado, definindo o novo marco normativo para a APS (Curitiba, 2013a). Entre os pontos principais abordados estavam a implantação de dispositivos de ampliação do acesso às unidades de APS (Wollmann *et al.*, 2014) (mudança no modo de agendamento com marcação de consultas no dia ou no máximo em 48 horas), implementação de carteira de serviços (conjunto de ações e procedimentos ofertados nas UBS) (Curitiba, 2014b), coordenação do cuidado (interlocação com outros níveis de atenção do sistema de saúde) e monitoramento de resultados (indicadores de avaliação de *performance* e qualidade). Em conjunto, foi promovida a ampliação do número de unidades de APS organizadas no modelo Saúde da Família, recomposição das Equipes dos Núcleos de Apoio ao Saúde da Família (Nasf); extensão do horário de funcionamento de parte dos serviços até as 22 horas e definição de novos padrões de ambiência para as unidades de saúde.

Oficinas de trabalho e seminários foram organizados para discutir as novas orientações de funcionamento e do processo de trabalho com os profissionais que atuavam nas UBS do município (Poli Neto *et al.*, 2016a). As transformações foram iniciadas em um número determinado de unidades de saúde em cada distrito de saúde, buscando produzir efeito-demonstração para a mudança nas demais unidades. Equipes do departamento da APS acompanhavam *in loco* a reorganização do modo de funcionamento das UBS, fazendo reuniões com a equipe de trabalhadores e com a comunidade local para dar suporte ao processo. Entretanto, a alteração na cultura institucional e de modelos instituídos durante anos foi algo extremamente complexo, com grandes resistências, demandando esforços continuados de negociação para que mudanças nas práticas assistenciais pudessem ser efetivadas.

- 2) Atenção especializada e hospitalar: a implementação de arranjos e dispositivos para organização de redes de atenção foi a principal estratégia para a mudança no modo de funcionamento da atenção especializada

e hospitalar. O estabelecimento de apoio matricial e regulação clínica, combinada à criação de colegiados de prestadores por linhas de cuidado, revisão de programação assistencial e contratos com prestadores, foram algumas das medidas implementadas. O apoio matricial foi implantado para ofertar suporte técnico e pedagógico de especialistas para equipes de APS e instituir a corresponsabilização pela atenção à saúde. A regulação clínica de encaminhamentos da APS para especialidades passou a ser realizada por equipes matriciadoras, possibilitando melhor gerenciamento das filas de espera (Pinheiro *et al.*, 2016). A mesma lógica de apoio matricial e regulação clínica foi utilizada virtualmente com o telessaúde (Poli Neto *et al.*, 2016b).

Outras medidas, como colegiados de prestadores de serviços por linhas de cuidado, revisão de programação assistencial e contratos com prestadores, foram utilizadas para melhorar o uso de recursos disponíveis na rede assistencial. Entretanto, um dos principais entraves para mudanças era a dependência de prestadores contratados e a baixa capacidade da SMS de promover mudanças em seus processos de trabalho.

- 3) Saúde mental: as estratégias para reorganização da saúde mental iniciaram com a avaliação da estrutura e do funcionamento da rede municipal, seguidas pelo desenho de um novo modelo gerencial da rede (Dias e Scholotag, 2016). O diagnóstico revelou falhas de funcionamento de serviços, como o fato de os CAPS não atenderem pacientes em crise, os quais invariavelmente eram encaminhados para as UPAs ou hospitais psiquiátricos, e fragilidade na regulação assistencial para acesso aos leitos psiquiátricos.

Para reorganização da área, optou-se pela criação de um departamento de saúde mental, incluindo a área de álcool e drogas. A implementação das mudanças no funcionamento e na regulação dos serviços ocorreu em movimento sistêmico, envolvendo ao mesmo tempo toda a rede de saúde mental. As equipes dos CAPS, até então administrados por organizações sociais, passaram a ser contratadas pela Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde (Feaes), aumentando a capacidade de gestão sobre esses serviços. Em outra frente, os distritos passaram a regular o acesso aos CAPS, por meio da interação com as equipes de UBS, Nasf e UPA. A regulação de acesso aos leitos em hospitais psiquiátricos e leitos de saúde mental em hospitais gerais, por sua vez, passou a ser realizado pela Central de Regulação Municipal com suporte de apoiadores de saúde mental, que atuavam buscando promover a articulação do acesso nos diferentes serviços da rede.

- 4) Urgência e emergência: a situação de crise encontrada nas UPAs exigiu foco imediato na resolução de casos de pacientes graves, atrasando o início do processo de planejamento do setor. A primeira medida foi estabelecer um gabinete de crise para acompanhar os casos internados nas UPAs e o funcionamento desses serviços. Passada a fase aguda da crise, iniciou-se a reestruturação do departamento de urgência e emergência, organizado até então como um subsistema de urgência, desarticulado dos territórios dos distritos de saúde. A reconfiguração do papel dos distritos para monitorar e regular o acesso da população às UPAs de sua área de abrangência, o fortalecimento da regulação e controle do uso de leitos de retaguarda, realizando inclusive auditoria de ocupação *in loco*, e a implementação de câmaras técnicas com hospitais para linhas de cuidado (trauma, acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio), foram algumas das medidas implementadas para aprimorar o funcionamento da rede.

Além disso, buscou-se revisar contratos com prestadores hospitalares para deixar mais claro o papel de cada serviço na rede de urgência e estabelecer novas exigências para recebimento dos incentivos financeiros. Foram agregados critérios como a disponibilização de determinado número de leitos exclusivos para retaguarda clínica das UPAs, por hospital e região na cidade, sendo a sua regulação realizada pela central de leitos. Destaca-se ainda que as câmaras temáticas permitiram realizar avaliação coletiva, permanente, em quase tempo real, do cumprimento das pactuações de serviços componentes da rede de urgência. Além de identificar fragilidades e potencialidades do sistema, esses espaços propiciaram intercâmbio positivo entre serviços que antes pouco dialogavam, apesar de conformarem a mesma rede.

- 5) Controle, avaliação e auditoria (CAA): estes têm um papel estratégico no SUS em Curitiba em razão da relevância de prestadores contratados, públicos e privados, na produção de serviços especializados e hospitalares. Promoveu-se a reorganização desse setor para a atuação sobre o conjunto de procedimentos componentes das linhas de cuidado (cardiologia, saúde mental, oncologia, obesidade grave, neurologia, ortopedia, terapia renal substitutiva, reabilitação e transplantes). Isso favoreceu a análise e revisão de programação assistencial, contratos e monitoramento de resultados das metas contratadas pelo SUS.
- 6) Vigilância em saúde: a reorganização da vigilância e das ações de saúde coletiva envolveu um amplo escopo de atividades e áreas de atuação. Entre as iniciativas desenvolvidas, buscou-se integrar ações de equipes



de vigilância para ação sobre o território, ampliar o uso das informações de situação de saúde e articular programas e projetos de prevenção de doenças e promoção de saúde com serviços assistenciais, diferentes setores governamentais e variados segmentos da sociedade civil (Massuda, Tilton e Moysés, 2019).

O estabelecimento do colegiado de gestão, integrando as equipes de vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e saúde do trabalhador, permitiu identificar temas prioritários e intersecções de áreas de atuação a partir do mapeamento de áreas de risco e situações de vulnerabilidade no território. O estabelecimento da sala de situação sobre condições de saúde, agregando dados de diferentes fontes para monitoramento de agravos prioritários (mortalidades infantil, materna, por infarto, AVC, e emergências de saúde pública, entre outros) (Nakamura *et al.*, 2016) e de núcleo de saúde coletiva nas unidades de saúde favoreceu o uso de informações de saúde para acompanhamento de intervenções sobre os principais problemas de saúde.

Em outra frente, para abordar os determinantes da saúde, diversas intervenções foram realizadas em parceria com outros setores governamentais e a comunidade. Entre elas, destacam-se parcerias com catadores de lixo para controle de risco ambiental para prevenção de leptospirose; com a secretaria de trânsito para prevenção de mortes por acidentes rodoviários; com secretaria da mulher e organizações não governamentais (ONGs) para lidar com o crescente problema de violência de gênero, com a fundação de ação social para cuidado de pessoas em situação de rua. Muitas dessas ações eram acompanhadas pelo gabinete do prefeito, em particular, e também pela assessoria de direitos humanos

## 10 IMPACTOS EM SAÚDE

As intervenções realizadas (quadro 2) tiveram impacto significativo na *performance* do SUS-Curitiba, com ampliação de acesso a serviços a populações em situações de risco e vulnerabilidade, melhoria nos indicadores de saúde, e aumento da satisfação dos usuários entre 2013 e 2016.

### QUADRO 2 Síntese de intervenções realizadas

Revisão do modelo organizacional, planejamento estratégico e gestão colegiada
<ul style="list-style-type: none"> <li>• coordenação de funções-chave: gestão estratégica e administrativa, atenção à saúde em vigilância e saúde;</li> <li>• criação de assessoria de apoio à gestão para suporte ao desenvolvimento de capacidade gerencial;</li> <li>• reorganização dos distritos de saúde para coordenação da rede de serviços no território de abrangência;</li> <li>• criação de <i>banco de potenciais gestores</i> para renovação de coordenadores de serviços;</li> <li>• realização de oficinas de trabalho e reuniões temáticas para diagnóstico situacional e diretrizes de gestão;</li> <li>• planejamento distrital e local e monitoramento do plano;</li> <li>• colegiados de gestão em todos os níveis da secretaria (central, distrital e serviços).</li> </ul>
Atenção primária em saúde
<ul style="list-style-type: none"> <li>• transformação das UBS de programas verticais para um modelo horizontal;</li> <li>• mudança no agendamento com marcação de consultas no dia ou no máximo em 48 horas;</li> <li>• implementação de carteira de serviços: conjunto de ações e procedimentos ofertados nas UBS;</li> <li>• coordenação do cuidado: interlocução com outros níveis de atenção do sistema de saúde;</li> <li>• monitoramento de resultados (indicadores de avaliação de <i>performance</i> e qualidade);</li> <li>• ampliação do número de unidades de APS organizadas no modelo saúde da família;</li> <li>• recomposição das equipes dos núcleos de apoio ao saúde da família (Nasf);</li> <li>• extensão do horário de funcionamento de parte dos serviços até as 22h;</li> <li>• definição de novos padrões de ambiência para as unidades de saúde;</li> <li>• oficinas de trabalho e seminários para discutir as novas orientações de funcionamento das UBS;</li> <li>• transformações ocorreram em um número determinado de UBS, buscando produzir efeito-demonstração.</li> </ul>
Atenção especializada e hospitalar
<ul style="list-style-type: none"> <li>• organização de redes de atenção;</li> <li>• estabelecimento de apoio matricial e regulação clínica;</li> <li>• colegiados de prestadores por linhas de cuidado;</li> <li>• revisão de programação assistencial e contratos com prestadores;</li> <li>• apoio matricial para ofertar suporte técnico e pedagógico de especialistas para equipes de APS;</li> <li>• regulação clínica de encaminhamentos da APS para especialidades;</li> <li>• regulação clínica utilizada virtualmente com o Telessaúde.</li> </ul>
Saúde mental
<ul style="list-style-type: none"> <li>• mudanças no funcionamento e na regulação dos serviços em movimento sistêmico;</li> <li>• incorporação dos CAPS à Feaes, aumentado a capacidade de gestão;</li> <li>• distritos passaram a regular o acesso aos CAPS;</li> <li>• regulação de leitos pela Central de Regulação Municipal com suporte de apoiadores de saúde mental.</li> </ul>
Urgência e emergência
<ul style="list-style-type: none"> <li>• acompanhamento por um gabinete de crise dos casos internados nas UPAs;</li> <li>• monitoramento e regulação do acesso da população às UPAs de sua área de abrangência;</li> <li>• regulação e controle do uso de leitos de retaguarda;</li> <li>• realização de auditoria de ocupação <i>in loco</i>;</li> <li>• implementação de câmaras técnicas com hospitais para linhas de cuidado;</li> <li>• revisão de contratos com prestadores hospitalares na rede de urgência.</li> </ul>
Controle, avaliação e auditoria
<ul style="list-style-type: none"> <li>• atuação em linhas de cuidado.</li> </ul>
Vigilância em saúde
<ul style="list-style-type: none"> <li>• integração de equipes de vigilância para ação sobre o território;</li> <li>• sala de situação agregando diferentes fontes de dados para monitoramento de agravos prioritários;</li> <li>• núcleo de saúde coletiva nas unidades de saúde para uso de informações e monitoramento de intervenções.</li> </ul>

Elaboração dos autores.

O aumento de consultas realizadas nas UBS, predominantemente de enfermagem para acompanhamento de programas e consultas de retorno (de 300 mil para 900 mil entre 2013 e 2016), liberou a agenda médica para atendimento de casos agudos ou de maior complexidade, aliviando em parte a demanda das UPAs. O número de consultas médicas manteve-se estável durante o período de gestão analisado (cerca de 2 milhões em UBS; 1,5 milhão em especialidades; e 1,2 milhão nas UPAs por ano) (Curitiba, 2013c). Por sua vez, o papel regulador de acesso desempenhado pelos distritos de saúde permitiu identificar as UBS com maior número de pacientes atendidos em UPAs, desencadeando ações de apoio ao aprimoramento do funcionamento dessas unidades, bem como os pacientes frequentadores que demandavam especial atenção das equipes de saúde.

A criação de ações dirigidas a populações vulneráveis, como o consultório na rua, permitiu levar atendimento a pessoas em situação de risco e que não acessavam os serviços de saúde, muitas vezes, pela falta de um documento de identidade. Entre 2013 e 2016, foram atendidas 3.802 pessoas em situação de rua, de um total estimado de 4 mil, sendo ofertado acompanhamento de gestantes, com ações de pré e pós-natal, vinculação na UBS e maternidade, planejamento familiar, e tratamento para infecções sexualmente transmissíveis (IST) (Wollmann *et al.*, 2016). Destaca-se que Curitiba foi a primeira cidade a incluir cirurgiões-dentistas na equipe do consultório na rua, a pedido dessa população. O atendimento de saúde bucal demonstrou ser uma porta de entrada para a realização de outros tipos de cuidados e resgate da cidadania desse segmento populacional.

A intervenção com maior impacto sistêmico foi a criação de uma rede de suporte especializado, mediante atuação de apoiadores matriciais nos Nasf, permitindo ampliar a carteira de serviços e a resolutividade da APS, reduzir encaminhamentos desnecessários, com impacto na redução do tempo de espera em várias especialidades (Pinheiro *et al.*, 2016). Em 2016, a SMS contava com trinta equipes de Nasf, compostas por farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, profissionais de educação física, fonoaudiólogos e médicos (ginecologistas, pediatras, psiquiatras, infectologistas e geriatras) totalizando 204 profissionais (Curitiba, 2013).

Em algumas áreas, o impacto do matriciamento foi rápido. Por exemplo, no início de 2013, havia mais de setecentas grávidas que aguardavam consulta em ambulatório gestacional de alto-risco, com espera que chegava a quatro meses. Após avaliação de cada uma das pacientes, identificou-se que apenas um terço requeria acompanhamento especializado. As demais poderiam seguir na APS, mas com suporte de equipes matriciadoras. Com isso, o tempo de espera caiu para cerca de duas semanas e o número médio de consultas pré-natal para gestantes de risco passou de 9,13 para 19,05 entre 2013 e 2016 (Curitiba, 2016).

O matriciamento também foi utilizado de maneira inovadora no Telessaúde na área de neurologia. Encaminhamentos da APS para essa especialidade passaram a ser discutidos entre equipe de médicos de família e neurologistas. Casos tratáveis na APS passaram a receber suporte especializado podendo permanecer acompanhados em UBS, enquanto situações mais complexas eram dirigidas para a especialidade. Como resultado, o tempo de espera por uma nova consulta com neurologista que era de quase um ano em meio, caiu para menos de trinta dias (Poli Neto *et al.*, 2016b).

A alocação de médicos infectologistas matriciadores nos Nasfs permitiu oferecer suporte especializado às equipes nas UBS. Com isso, foi possível descentralizar de maneira inovadora o acompanhamento de casos de pacientes com HIV, em situação clínica controlada, dos centros especializados para as UBS. Como efeito, os centros de referência puderam destinar mais vagas para atendimento de casos novos que precisavam iniciar tratamento antirretroviral. O tempo de espera para início do tratamento que era em torno de seis meses caiu para menos de trinta dias (Pinheiro *et al.*, 2016).

A melhoria de *performance* do sistema de saúde levou Curitiba a registrar as menores taxa da história em mortalidade infantil (7,7 em 2014) e materna (8,6 em 2016), reduzir anos de vida perdidos por mortes prematuras (triênio 2012-2014) e eliminar a transmissão vertical de HIV no município (Curitiba, 2018). O número de reclamações registradas na ouvidoria municipal sobre a saúde caiu e o de elogios aos serviços aumentou, demonstrando impacto positivo na satisfação dos usuários de serviços do SUS (Curitiba, 2013c). Registra-se que esses dados foram observados durante período de forte crise econômica e política vivida no país, com efeitos na piora de indicadores nacionais, como o aumento da mortalidade infantil em 2016.

Entretanto, o melhor funcionamento do SUS não ocorreu de modo homogêneo, nem em todas as áreas do sistema de saúde. A expansão programada da estratégia saúde da família (ESF), que serviria de base para a transformação do modo de funcionamento das UBS, foi limitada por problemas orçamentários. Falhas na comunicação direta da SMS com os trabalhadores sobre os processos de mudanças e indefinições no modelo remuneratório do Saúde da Família geraram movimentos de resistência que limitaram o alcance de transformações almejadas. Além disso, após um período de redução de internações sensíveis a APS, esse indicador voltou a aumentar após 2010, assim como doenças antes controladas retornaram nacionalmente, como a sífilis (Curitiba, 2018).

Por seu turno, o escasso número de leitos para cuidados intensivos nos hospitais que atendem ao SUS-Curitiba e a baixa capacidade de o município interferir no modo de organização dos prestadores contratados manteve a rede de urgência e emergência, em especial as UPAs, sob alta tensão durante praticamente todo o período de gestão. E apesar de haver redução no tempo médio de espera, o acesso a consultas especializadas permaneceu como problema não resolvido plenamente.

## 11 CONCLUSÃO

A experiência na SMS em Curitiba foi uma oportunidade de vivenciar possibilidades, limites e desafios da gestão em saúde, numa cidade pioneira na implantação do SUS, que expandiu progressivamente a rede de serviços ao longo dos últimos trinta anos. Porém, apesar dos avanços obtidos, o modelo vigente mostrava-se insuficiente para lidar com a complexidade dos problemas de saúde contemporâneos.

Nesse sentido, as inovações nas práticas de gestão, implementadas com conceitos e métodos do planejamento estratégico e da gestão participativa, demonstraram alto potencial para aumentar a eficiência do funcionamento de redes de atenção. O planejamento estratégico permitiu ao novo governo realizar um diagnóstico amplo, sistêmico e permanente do conjunto de falhas que precisavam ser corrigidas, bem como traçar e acompanhar a execução de diretrizes e metas para mudanças na organização do sistema e nas práticas de saúde.

A criação de espaços de gestão colegiada, por sua vez, conferiu dinamicidade na gestão do sistema, favorecendo a descentralização da tomada de decisões, a horizontalidade na relação entre serviços, e o apoio técnico especializado entre equipes multiprofissionais. Essas medidas tiveram impacto positivo no aperfeiçoamento de intervenções clínicas, na coordenação do cuidado, e na responsabilização e no acompanhamento da situação de saúde de populações mais vulneráveis. Inferiu-se que a melhoria registrada no acesso e na qualidade dos serviços oferecidos no SUS-Curitiba contribuiu para reduzir as desigualdades em saúde.

Entretanto, alguns fatores colaboraram para que a experiência não lograsse maior êxito. Poucos avanços foram obtidos em dotar a SMS de maior agilidade na gestão administrativa, financeira e de pessoal, limitando a capacidade de manejar os recursos destinados ao SUS. A alta complexidade da coordenação do sistema e da prestação de serviços demanda reformas no aparelho do Estado para que se possa dispor de meios mais eficientes para a gestão de recursos.

A experiência relatada também enfrentou os primeiros momentos da mudança de conjuntura econômica a partir de 2013 (Massuda *et al.*, 2018). A recessão econômica reduziu gravemente a capacidade de arrecadação do município e os repasses do governo federal para a área da saúde. Além disso, a oposição política do governo do estado do Paraná à administração municipal de Curitiba levou ao atraso sistemático de repasses obrigatórios em saúde, como de assistência farmacêutica. Esses eventos agravaram o problema do subfinanciamento do SUS, desencadeando a tomada de medidas de austeridade que restringiram a implementação das ações planejadas.

Por fim, inovações nas práticas de gestão em saúde implicam uma ampla transformação de estruturas organizacionais, culturas institucionais, e sobretudo das pessoas envolvidas, exigindo tempo, esforços continuados, e suporte político

para sua implementação, devendo ser associadas a outras iniciativas para fortalecer o sistema de saúde. A crise brasileira, que começou econômica, tornou-se política, ascendendo ao poder grupos populistas de direita, que contestam direitos humanos e políticas sociais. Infelizmente, a ruptura em curso do pacto democrático e social, estabelecido pós-ditadura militar, que deu origem ao SUS, deve aumentar as desigualdades em saúde no Brasil.

## REFERÊNCIAS

ANTONELLI, D.; MILAN, P. Emergência de hospitais opera no limite na capital. **Jornal Gazeta do Povo**, Curitiba, 15 jan. 2013. Disponível em: <<https://bit.ly/2MkHEb5>>.

ATUN, R. Health systems, systems thinking and innovation. **Health Policy and Planning**, v. 27, n. 4, p. 44-48, Oct 1<sup>st</sup>. 2012.

CASOS simples nas unidades básicas. **Jornal Gazeta do Povo**, Curitiba, 7 abr. 2007. Disponível em: <<https://bit.ly/2MpoTnb>>. Acesso em: 25 abr. 2019.

CASTRO, F. Gustavo Fruet apresenta relatório parcial com dívida de R\$ 446 milhões. **G1**, Curitiba, Paraná, 4 fev. 2013. Disponível em: <<https://glo.bo/2ItoChS>>. Acesso em: 25 abr. 2019.

CAMPOS, G. W. S. Sobre a peleja dos sujeitos da reforma, ou da reforma dos sujeitos em peleja. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 79-95, 1992.

\_\_\_\_\_. **Um método para análise e cogestão de coletivos**: a constituição de sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

\_\_\_\_\_. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paideia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: MINAYO, C. *et al.* (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 53-92.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. Amplified clinic, democratic management and care networks as theoretical and pragmatic references to the hospital reform. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 849-59, Aug. 2007.

CURITIBA. Prefeitura Municipal de Curitiba (PMC). Decreto nº 560/2013. Dispõe sobre regulamentação da atenção primária à saúde na Secretaria Municipal da Saúde. Curitiba, Prefeitura Municipal de Curitiba, mar. 2013a. Disponível em: <<https://bit.ly/2oXrCvS>>. Acesso em: 16 ago. 2018.

\_\_\_\_\_. **Plano de governo**: 2013-2016. Curitiba: Prefeitura de Curitiba, 2013b. Disponível em: <[encurtador.com.br/hnpH7](http://encurtador.com.br/hnpH7)>. Acesso em: 25 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Curitiba. **Relatórios de Gestão 2013-2016**. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba; Secretaria Municipal de Curitiba, 2013c. Disponível em: <encurtador.com.br/fpvHK>. Acesso em: 20 jan. 2018.

\_\_\_\_\_. **Plano municipal de saúde 2014-2017**. Curitiba, 2014a. Disponível em: <https://bit.ly/31XI1io>. Acesso em: 25 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. **Carteira de serviços do SUS em Curitiba**. Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde; Sistema Único de Saúde, 14 jan. 2014b. Disponível em: <https://bit.ly/357x1RA>. Acesso em: 16 ago. 2018.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Curitiba. **Relatório de sala de situação de mortalidade infantil**. Curitiba, 2016. Disponível em: <encurtador.com.br/ICR59>.

\_\_\_\_\_. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba; Secretaria Municipal de Curitiba, 2018. Disponível em: <https://bit.ly/2AQTjJr>. Acesso em: 25 abr. 2019.

DIAS, M. K.; SCHOLOTAG, A. C. A reorganização da rede de saúde mental de Curitiba: municipalização e articulação em rede no triênio 2013-2015. *In*: MOYSÉS, S. J.; SILVEIRA FILHO, A. D. **A gestão participativa na saúde de Curitiba**. Curitiba: Instituto Municipal de Administração Pública, 2016. p. 75-85.

HOWITT, P. *et al.* Technologies for global health. **The Lancet**, v. 380, n. 9840, p. 507-35, 2012.

KÖNIG, M.; PELEGRINO, E. Busca por médico especialista pode levar 3,5 anos. **Jornal Gazeta do Povo**, Curitiba, 9 out. 2014. Disponível em: <https://bit.ly/33bF26o>.

KRUK, M. E. *et al.* High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. **The Lancet Global Health**, v. 6, n. 11, p. 1196-252, Nov. 1<sup>st</sup> 2018.

MCKEE, M. *et al.* Health systems, health, and wealth: a European perspective. **The Lancet**, v. 373, n. 9660, 349-51, Jan. 24<sup>th</sup> 2009.

MARINHO, F. *et al.* Burden of disease in Brazil, 1990-2016: a systematic subnational analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. **The Lancet**, v. 392, n. 10149, p. 760-75, 2018.

MARTY, I. K. *et al.* Planejamento estratégico na Secretaria Municipal de Saúde: Aprendizado como método e olhar coletivo de gestão. *In*: MOYSÉS, S. J.; SILVEIRA FILHO, A. D. **A gestão participativa na saúde de Curitiba**. Curitiba: Instituto Municipal de Administração Pública, p. 147-152, 2016.

MASSUDA, A. **Construindo novos caminhos para a reforma na saúde**: reflexões sobre a práxis da formulação e implementação de mudanças na gestão e no modo de produção de práticas de saúde no SUS em Curitiba. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2014.

MASSUDA, A.; POLI NETO, P.; DREHMER, V. A atenção primária à saúde (APS) no SUS Curitiba: um desafio para o Brasil, passar de uma APS programática para uma mais acessível e abrangente. *In*: SOUZA, M. F.; MACHADO, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. (Eds.). **Saúde da Família nos municípios brasileiros**: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro. Campinas: Saberes, 2014. p. 121-77.

MASSUDA, A.; TITTON, C.; MOYSÉS, S. T. Exploring challenges, threats and innovations in global health promotion. **Health Promotion International**, v. 34, n. 1, p. i37-45, Feb. 11<sup>th</sup> 2019.

MASSUDA, A.; TITTON, C.; POLI NETO, P. Remembering Alma-Ata: challenges and innovations in primary health care in a middle-income city in Latin America. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, Oct. 23<sup>rd</sup> 2018.

MASSUDA, A. *et al.* The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. **BMJ Global Health**, v. 3, n. 4, July 1<sup>st</sup> 2018.

NAKAMURA, C. Y. *et al.* Implantação de sala de situação no município de Curitiba *In*: MOYSÉS, S. J.; SILVEIRA FILHO, A. D. **A gestão participativa na saúde de Curitiba**. Curitiba: Instituto Municipal de Administração Pública, 2016. p. 103-109.

NEVES, D. Estrutura de saúde cresceu, mas filas ainda são problema. **Jornal Gazeta do Povo**, Curitiba, 24 ago. 2012. Disponível em: <<https://bit.ly/2oNKayK>>. Acesso em: 25 abr. 2019.

PAIM, J. *et al.* The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 27 May 2011.

\_\_\_\_\_. Unified Health System: 30 years of struggle! **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1704, Jun. 2018.

PINHEIRO, P. A. R. G. *et al.* Núcleo de apoio à saúde da família: novo papel da regulação e coordenação do cuidado em saúde. *In*: MOYSÉS, S. J.; SILVEIRA FILHO, A. D. **A gestão participativa na saúde de Curitiba**. Curitiba: Instituto Municipal de Administração Pública, p. 61-73, 2016.

POLI NETO, P. *et al.* Mudanças no modelo de atenção primária em unidades de atenção primária à saúde em Curitiba. *In*: MOYSÉS, S. J.; SILVEIRA FILHO, A. D. **A gestão participativa na saúde de Curitiba**. Curitiba: Instituto Municipal de Administração Pública, p. 5-16, 2016a.



\_\_\_\_\_. Telessaúde na regulação da neurologia em Curitiba. *In*: \_\_\_\_\_. **A gestão participativa na saúde de Curitiba**. Curitiba: Instituto Municipal de Administração Pública, p. 49-60, 2016b.

SILVA, V. L. *et al.* Banco de potenciais gestores para a rede municipal de saúde de Curitiba: transparência e inovação na gestão participativa. *In*: MOYSÉS, S. J.; SILVEIRA FILHO, A. D. (Eds.). **A gestão participativa na saúde de Curitiba**. Curitiba: Instituto Municipal de Administração Pública, p. 153-163, 2016.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Everybody's business**: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva: WHO, 2007. Disponível em: <<https://bit.ly/31MEq6U>>.

WOLLMANN, A. *et al.* **Novas possibilidades de organizar o acesso e a agenda na atenção primária à saúde**. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba; Secretaria Municipal de Curitiba; Departamento de Atenção Primária à Saúde; Coordenação do Acesso e Vínculo, 5 jun. 2014. Disponível em: <<https://bit.ly/2MmurP5>>. Acesso em: 16 ago. 2018.

\_\_\_\_\_. O cuidado em saúde da população em situação de rua. *In*: MOYSÉS, S. J.; SILVEIRA FILHO, A. D. **A gestão participativa na saúde de Curitiba**. Curitiba: Instituto Municipal de Administração Pública, p. 39-48, 2016.



## **A EXPERIÊNCIA DOS ARRANJOS INTERFEDERATIVOS DA SAÚDE NO ESTADO DO CEARÁ: OS CONSÓRCIOS PÚBLICOS COMO INSTRUMENTOS DE FORTALECIMENTO DA GESTÃO COMPARTILHADA**

João Ananias Vasconcelos Neto<sup>1</sup>

### **1 INTRODUÇÃO**

Os maiores desafios da governança pública são o enfrentamento e a correção das distorções político-econômicas que ocasionam as desigualdades sociais. Partindo-se desse pressuposto, governos e gestores têm buscado mecanismos que venham a excluir, ou, pelo menos, minimizar as causas e os efeitos de tais distorções, estabelecendo estudos e subsequentes planejamentos aptos à adoção de modelos apropriados ao aperfeiçoamento do Estado, fazendo com que este se aproxime o máximo possível da sua função maior, que é precisamente a promoção do bem-estar coletivo.

Diante de tal contexto me foi confiada a missão de relatar a experiência do estado do Ceará na produção de um modelo de gestão dirigido à correção dos fatores de exceção presentes no acesso pleno e eficaz da população aos serviços públicos de saúde, por meio dos Consórcios Públicos Interfederativos de Saúde do Estado do Ceará. Essa incumbência, com efeito, traz-me não só a satisfação decorrente do reconhecimento de um trabalho executado com muita dedicação e apego aos reclames da sociedade, mas também a responsabilidade pela manutenção incansável da luta por um país mais progressista, onde as plataformas políticas voltadas ao atendimento das demandas sociais portem-se efetivamente como prioridades, e no qual o poder público assuma o seu papel fundamental consagrado constitucionalmente no art. 3º, inciso III, da Carta Magna, qual seja, o de “erradicador da pobreza e da marginalização e redutor das desigualdades sociais e regionais” (Brasil, 1988).

Este relato foi organizado com o intuito de estabelecer uma lógica da cronologia e dos fatos para facilitar a compreensão dos leitores, principalmente os que não são da área da saúde, sendo dividido em sete seções, além desta introdução. A revisão dos conceitos na administração dos serviços públicos de saúde no estado do Ceará será comentada na seção 2. Na seção 3, retrata-se a implantação dos consórcios públicos interfederativos da saúde do Ceará e na seção 4, a materialização

---

1. Médico sanitário. E-mail: <javasconcelosneto@gmail.com>.

da modelagem dos consórcios de entes federativos às práticas da gestão pública. Os mecanismos de adesão e de adaptação frente aos limites e às dificuldades na implantação dos Consórcios Públicos Interfederativos da Saúde do Ceará serão explanados na seção 5. A seção 6 trata-se das constituições jurídicas às pactuações: a concretização da funcionalidade dos arranjos federativos consorciados e a seção 7, da gestão consorcial na saúde pública do Ceará como exemplo de um modelo de enfrentamento dos problemas e superação das dificuldades políticas e estruturais da gestão pública. Por fim, a seção 8 revela uma história de luta a favor do Sistema Único de Saúde (SUS) e do enfrentamento às desigualdades sociais.

## **2 A REVISÃO DOS CONCEITOS NA ADMINISTRAÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NO ESTADO DO CEARÁ**

O ano de 2007 representou, para o estado do Ceará, o início de uma reforma no modo de se idealizar e praticar a gestão dos serviços públicos de saúde. Isso porque, naquela ocasião, quando tive a oportunidade de ocupar o cargo de secretário de estado da saúde, foi firmado o compromisso, junto ao então governador Cid Gomes, de corrigirmos as lacunas e as distorções verificadas na lógica e na estrutura da assistência médica e odontológica prestada à população cearense.

Previamente, o governador trazia como proposta de destaque a construção de dois hospitais de grande porte, de abrangência macrorregional (regiões norte e sul do estado), como instrumentos de correção do desequilíbrio assistencial que ocorria dentro da atenção terciária, que comporta uma assistência voltada à operacionalização de procedimentos mais complexos e de maior risco à vida. Essa proposta perfez-se como essencial, já que o Ceará possuía, à época, apenas sete hospitais públicos, todos localizados na capital, o que decerto ocasionava problemas graves de acesso e resolutividade na atenção terciária prestada à população interiorana. Esta população, de praxe, sujeitava-se a deslocar-se necessariamente do seu município (alguns deles distantes em mais de 500 km da capital), para ser atendida em demandas de risco iminente à vida.

Ressalte-se que tal prática sacrificava as pessoas, obrigando-as a deixar seu local de domicílio e a mobilizar as famílias para se instalarem em Fortaleza (não raro, durante dias ou meses, a depender do quadro de saúde do paciente). Isso já de pronto impunha dificuldades de ordem social e econômica ao paciente e à sua respectiva família e, eventualmente, promovia medidas extravagantes às regras do SUS, como o atendimento realizado fora dos parâmetros de referência dos sistemas de regulação (a quebra da territorialidade do sistema, com o atendimento de pacientes não referenciados da sua região de origem para a outra região onde recebiam a assistência médica) e, ainda, alguns casos em que o atendimento envolvia desvios de conduta de servidores, gerando atendimentos sem a observância dos padrões regulatórios e, em casos mais graves, sem registro nos sistemas de controle.

Foi com o ânimo de apoiar e aperfeiçoar a citada proposta governamental que resolvi fazer uma varredura nos demais níveis de atenção à saúde realizados costumeiramente no estado, ocasião em que foi possível verificar uma evolução satisfatória da atenção primária. Nesse sentido, isso ocorreu devido, principalmente, ao fato de o estado do Ceará ter adotado, desde 1987, o Programa Agente Comunitário de Saúde (Pacs), precursor do surgimento do Programa Saúde da Família (PSF), em 1992.

Não obstante, no que diz respeito à atenção de nível secundário (que engloba as especialidades médico-odontológicas e as unidades hospitalares de média complexidade), foram constatados problemas de acesso e resolutividade de demandas assistenciais, mormente a insuficiente oferta de serviços no interior do estado. Isso levava, quase sempre, à mesma problemática da lógica assistencial detectada na atenção terciária, ou seja, com distorções nos sistemas de regulação e vilipêndio de princípios e diretrizes do SUS pautadas na regionalização, na descentralização e na democratização dos serviços.

Diante disso, foi idealizado, concebido e depois concretizado o Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada à Saúde no estado do Ceará (Proexmaes),<sup>2</sup> cuja finalidade era a de promover a adequada integração entre os distintos níveis de atenção, com a ampliação da cobertura assistencial das especialidades médicas e odontológicas. Nesse sentido, a instrumentalização desse programa se deu por meio de dois componentes: o primeiro, de ordem estrutural, fundado na promoção da construção de 21 policlínicas e 16 centros de especialidades odontológicas (CEOs), inseridos nas regiões de saúde do estado definidas no Plano Diretor de Regionalização (PDR), que hoje atendem 179 dos 184 municípios cearenses; e o segundo, relacionado ao fortalecimento institucional da gestão e à melhoria contínua da qualidade dos serviços em saúde prestados pelo estado, em parceria com os municípios – tendo ocorrido neste, de maneira precisa, a implementação dos consórcios públicos interfederativos da saúde, objeto deste estudo, o qual discorro e contextualizo adiante.

### **3 IMPLANTAÇÃO DOS CONSÓRCIOS PÚBLICOS INTERFEDERATIVOS DA SAÚDE DO CEARÁ**

#### **3.1 Noções preambulares: marco legal**

A gestão pública compartilhada não traz qualquer novidade sob o ponto de vista pragmático, visto que se encontra deflagrada informalmente em diversas áreas e entes da administração pública brasileira, desde o governo imperial. Durante o

---

2. Conforme informações obtidas no sítio da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (Sesa), disponível em: <<https://bit.ly/2lv1LW>>. Acesso em: 6 jan. 2019.

decurso da forma de governo republicana, houve, de modo pontual, a preocupação de sistematizar juridicamente os processos associativos na administração pública, destacando-se os regimes constitucionais democráticos. Nesse contexto, pela circunstância de tais regimes, aconteceu de consagrar a promoção do desenvolvimento regional e a descentralização das ações estatais como duas das principais diretrizes do plano de cidadania e de aperfeiçoamento do Estado.

Assim sendo, ao analisar a evolução histórica do instituto dos consórcios públicos, percebe-se que a coalização com os preceitos das teorias contratuais foi com o tempo se adaptando às características das ações mutualísticas desenvolvidas entre entes do setor público, de sorte que os preceitos republicanos, em especial aqueles enaltecidos após a deflagração do regime constitucional de 1988, fortaleceram o federalismo, com a integração dos municípios como entes federados.

A afirmação de um federalismo mais próximo do cidadão, com a agregação de muitas das ferramentas republicanas à municipalidade, no compasso da descentralização das ações do poder público, reforça a ideia do compartilhamento de esforços, caminho essencial à gestão compartilhada. A cooperação entre entes federados passa a ser uma vertente significativa do federalismo, justificando-se pela necessidade do cumprimento de metas e programas governamentais difíceis de serem cumpridas isoladamente por cada ente. Na ótica de Elazar (1987 *apud* Abrucio e Soares, 2000, p. 34)<sup>3</sup> “em essência, um arranjo federal é uma parceria, estabelecida e regulada por um pacto, cujas conexões internas refletem um tipo especial de divisão de poder entre os parceiros, baseada no reconhecimento mútuo da integridade de cada um e no esforço de favorecer uma unidade especial entre eles”.

Apesar de a Carta de 1967 (posteriormente, o documento de 1969) ter minimizado a aplicação dos preceitos da cooperação associativa pública, a considerar o enaltecimento da centralização do poder estatal (Brasil, 1967), a redemocratização do Estado brasileiro, reivindicada através da Carta de 1988, trouxe de volta, por meio da Emenda nº 19/1998, com maior vigor, a essência da prática dos instrumentos descentralizadores do poder federativo, robustecendo, pois, a ideia da edição de leis que viessem a tratar especificamente sobre a matéria (Brasil, 1998).

De acordo com o atual texto constitucional,

a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios disciplinarão por meio de lei os consórcios públicos e os convênios de cooperação entre os entes federados, autorizando a gestão associada de serviços públicos, bem como a transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal e bens essenciais à continuidade dos serviços transferidos (Brasil, 1988, art. 241).

---

3. Elazar, D. *Exploring Federalism*. Alabama: The University of Alabama Press, 1987.

Ao se estabelecer enquanto modelo de gestão sistematizado no ordenamento jurídico, o consórcio público ganhou legitimidade para ser praticado solenemente pelo gerenciamento dos serviços públicos dirigidos associativamente. Nesse contexto, a ideia prosperou de tal modo que, em 6 de abril de 2005, foi editada a Lei nº 11.107, logo depois regulamentada pelo Decreto nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007.

Tal lei traz à baila as normas gerais de contratação de consórcios públicos, estabelecendo os mecanismos básicos para que a administração pública se valha de instrumentais melhor adaptáveis às necessidades da conjugação de ações que, se realizadas isoladamente, poderiam limitar ou mesmo impedir a realização de determinados serviços públicos. Assim, a Lei nº 11.107/2005 confere força obrigacional às ações compartilhadas, basicamente, por intermédio de dois instrumentos jurídicos: o *contrato de programa* e o *contrato de rateio* (Brasil, 2005).

O contrato de programa é o instrumento jurídico qualificado para formalizar a constituição e a regulação das obrigações que um ente da Federação, inclusive sua administração indireta, tenha para com outro ente da Federação, ou para com o consórcio público, no âmbito da gestão associada em que haja a prestação de serviços públicos ou a transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal ou de bens necessários à continuidade dos serviços transferidos, na forma do art. 13 da Lei nº 11.107/2005.

Em face de tais delimitações legais, pode-se inferir que o contrato de programa se presta a se colocar como o mecanismo formal que expressa a vontade dos entes consorciados, baseada na programação pactuada de serviços os quais desejam serem compartilhados em custos e benefícios, depois de verificadas as necessidades administrativas do grupo associativo (locais e/ou regionais), observado o perfil da população de cada ente envolvido (no caso, a população de cada município consorciado, e que mantém contrato de programa para regramento e regulação de determinado serviço público).

Por seu turno, o contrato de rateio caracteriza-se como o instrumento qualificado para regrar e gerenciar os recursos a serem despendidos nas despesas contraídas, assim como as obrigações financeiras respectivas, em face das atividades consorciadas. No sentido legal (art. 8º da Lei nº 11.107/2005), tem-se que quaisquer despesas adquiridas pelo consórcio público, a cargo de seus entes integrantes, somente serão realizadas por meio de recursos obtidos junto ao contrato de rateio.<sup>4</sup>

A partir da vigência desses contratos anteriormente discorridos, desenvolve-se a gestão consorciada, que os observará compulsoriamente, sob pena de suportar as cominações neles inseridas. Ademais, destaque-se que o consórcio, na qualidade

---

4. Art. 8º Os entes consorciados somente entregarão recursos ao consórcio público mediante contrato de rateio (Brasil, 2005).

de associação pública, ganhou *status* de autarquia, com a alteração perpetrada no inciso IV do art. 41 do Código Civil (Brasil, 2002).

#### 4 A MATERIALIZAÇÃO DA MODELAGEM DOS CONSÓRCIOS DE ENTES FEDERATIVOS ÀS PRÁTICAS DA GESTÃO PÚBLICA

Nos termos da Lei nº 11.107/2005,<sup>5</sup> a presidência do consórcio será exercida por meio de mandato do chefe do poder Executivo do ente federativo consorciado, cuja forma da eleição e duração do mandato será normatizada no protocolo de intenções, documento este que será analisado mais à frente e determinará as bases de constituição e funcionamento da entidade.

O estabelecimento de uma autoridade específica facilita as ações consorciadas, considerando a natureza autárquica da entidade, que lhe garantem autonomia administrativa, financeira e orçamentária. Um governo participativo certamente não funcionaria em um ente cuja organização e funcionamento deve atender a um comando centralizado. Porém, isso não inviabiliza a gestão compartilhada, pelo contrário, a torna mais eficaz e condizente com suas premissas básicas, que se fundam na valorização da participação democrática, do diálogo e do consenso. Os instrumentais contratuais apenas servirão para assegurar tais premissas, contudo, estas são precedentes a qualquer arcabouço jurídico.

O exercício do mandato caracteriza a temporariedade da presidência da entidade, o que garante o rodízio de comandos, logo, a participação plena de todos os consorciados, conferindo-lhes não só o bônus político pelo exercício do poder, mas as responsabilidades pela gerência de ações compartilhadas com seus pares.

Diante desse paradigma, encontra-se um dos mais importantes atributos de uma gestão compartilhada consorciada, que é precisamente o fator de participação isonômica entre entes, muito embora, normalmente, haja distinção entre eles, seja sob o aspecto populacional e econômico, seja sob os aspectos políticos, sociais ou culturais. Assim, um consórcio que envolva municípios extremamente diferentes, por exemplo, um que tenha um produto interno bruto (PIB) e/ou índice de desenvolvimento humano (IDH) altamente significativos, e outro município que tenha esses dados ao contrário, pode tranquilamente funcionar administrando essas diferenças, a par das demandas comuns (como no caso dos serviços universais de saúde), sem que o município precário sob o ponto de vista econômico ou social tenha perdas em sua atuação perante a comunidade.

---

5. Art. 3º O consórcio público será constituído por contrato cuja celebração dependerá da prévia subscrição de protocolo de intenções.

Art. 4º São cláusulas necessárias do protocolo de intenções as que estabeleçam: (...) VIII – a forma de eleição e a duração do mandato do representante legal do consórcio público que, obrigatoriamente, deverá ser Chefe do Poder Executivo de ente da Federação consorciado; (...) (Brasil, 2005).



O modelo de gestão dos consórcios públicos interfederativos da saúde empodera os municípios proporcionando, através dos contratos de programas, mais acesso aos usuários do SUS a serviços médicos e odontológicos especializados, nas policlínicas e nos CEOs, proporcionalmente às suas populações. No cenário anterior a esse programa, a oferta dos serviços era bastante restrita, ficando exclusivamente a critério de cada município e sendo prejudicada pelas inúmeras dificuldades financeiras. Com muito esforço, alguns gestores contratavam médicos especialistas que atendiam à população, uma vez ao mês, sem garantias de exames complementares necessários ao diagnóstico e onerando bastante as combalidas finanças municipais.

Essa realidade ficou no passado, após o funcionamento das policlínicas e dos CEOs. Ao se integrarem em consórcios, os municípios, juntamente com o estado, ampliaram a capacidade de oferta dos especialistas em quantidade e qualidade, além de exames laboratoriais e de imagens, a um custo imensamente menor. Vê-se, portanto, que, em nível de entes similares em competências (municípios), as relações consorciadas promovem a integração de todos, maiores e menores, mais ricos e mais pobres, ou seja, em todos os aspectos, sendo que a maior beneficiária dessa integração é a população que terá acesso aos serviços públicos disponibilizados ora por um, ora por outro município, de maneira organizada e normatizada.

A integração entre os municípios e o governo estadual também propiciou o compartilhamento de experiências exitosas e busca conjunta de soluções, além de importante racionalização de recursos humanos e financeiros. Como instância máxima decisória, a assembleia geral aproxima gestores que exercitam democraticamente a governança, facultando-os um planejamento de ações e execução dos programas, além do rateio mensal do custeio. Entretanto, as relações estabelecidas entre entes com competências distintas (União, estados e municípios), em nível nacional, ainda carecem de uma experimentação maior, principalmente pelo fato de a maior parcela de consórcios públicos constituídos no Brasil se firmar entre municípios (consórcios intermunicipais).

No Ceará, a experiência dos consórcios públicos interfederativos da saúde (estado e municípios) demonstrou que os princípios e as regras do SUS vieram a se consolidar, a propósito desse sistema exigir a interação plena de todas as esferas de governança pública. Restou comprovado que os serviços prestados pelas policlínicas e pelos CEOs regionais materializaram o acesso à atenção especializada prevista nos planos de metas definidos nas comissões intergestores bipartites (CIBs). Vale salientar que esse nível de atenção à saúde era relegado pelos municípios, especialmente pelo fato de as especialidades médicas e odontológicas envolverem altos custos com equipamentos, insumos e pessoal. O funcionamento da atenção especializada nos municípios consorciados lhes propiciou a redução de custos com ganho de escala em compras conjuntas. Além disso, municípios de menor porte

econômico-financeiro puderam contar com o acesso a unidades de saúde modernas e bem-equipadas, algo normalmente impossível de concretizarem isoladamente.

É bem verdade que outras áreas do setor público (como infraestrutura, educação, desenvolvimento social etc.), por não contarem com uma sistemática tão complexa de ações interligadas em larga concomitância, como é o caso do SUS, podem resultar em uma situação diferente à observada nos consórcios públicos interfederativos da saúde do Ceará. Não se está longe de visualizar tais resultados, já que a difusão da gestão compartilhada, partindo da premissa das dificuldades econômicas e financeiras que atingem estados e municípios, está a se expandir, o que facilitará a análise e a convicção acerca de características e ganhos com as interações em níveis hierárquicos diversos.

### **5 MECANISMOS DE ADESÃO E DE ADAPTAÇÃO FRENTE AOS LIMITES E ÀS DIFICULDADES NA IMPLANTAÇÃO DOS CONSÓRCIOS PÚBLICOS INTERFEDERATIVOS DA SAÚDE DO CEARÁ**

A gestão compartilhada consorcial na saúde pública do estado do Ceará foi constituída de modo interfederativo, ou seja, com a associação entre o estado e os municípios integrantes de todas as regiões de saúde, segundo o Plano Regional de Desenvolvimento do Nordeste (PRDNE) albergado pelos governos respectivos, com personalidade jurídica de direito público. À época da sua constituição, foram formados 21 consórcios públicos, em correspondência ao mesmo quantitativo de regiões de saúde habilitadas para compor o Proexmaes, integrando o ente estadual cada um destes consórcios que, ao todo, alcançaram 177 dos 184 municípios cearenses.

Como qualquer novidade em termos de modelo de gestão pública, o impacto perante a classe política e gestores foi enorme, em razão do desconhecimento e da desconfiança gerados pela falta de maiores subsídios ao convencimento de que o modelo funcionava bem, elevando o nível de qualidade da gestão. Além disso, merece destaque o fato de que a cultura governamental brasileira sempre foi adaptada a um modelo político-governamental de comando centralizado, o que prejudica qualquer desígnio voltado a valorizar a implantação de comandos participativos.

De mais a mais, há de se salientar o modelo de regionalização então vigente, estabelecido em conformidade com as programações pactuadas entre gestores e integradas entre esferas de governos (Programação Pactuada e Integrada – PPI), que conferem e consagram a autonomia de cada gestor, delimitando a este a responsabilidade de coordenar todo o processo de distribuição dos recursos da saúde angariados pela sua respectiva municipalidade. Esse modelo, em tese, se de um lado favorece em muito o compartilhamento da gestão, por outro, não confere segurança jurídica e administrativa para a consecução dos resultados esperados em decorrência da cogitada pactuação da distribuição dos recursos.

Com efeito, foi possível vislumbrar resistência a um modelo mais equânime na distribuição dos recursos, especialmente por parte dos municípios mais bem aquinhoados na pactuação regional, principalmente aqueles que concentravam a maior parte da oferta dos serviços de saúde em uma determinada região e que, evidentemente, recebiam os recursos dos municípios que não possuíam serviços suficientes. Ainda hoje, em muitas ocasiões, os serviços demandados por determinado município que aloca os recursos pactuados não são realizados pelo município que oferta tais serviços, o que causa inevitável desequilíbrio econômico-financeiro e social na gestão compartilhada que se guia pelo modelo das PPIs.

Na prática, a adesão dos governos ao modelo de gestão compartilhada enfrenta mais que uma missão, é um verdadeiro desafio, dados os obstáculos políticos e culturais que gravitam sobre o tema. Desse modo, o trabalho de implantação jurídica do consórcio público precede um outro, de caráter político, que abarca, inicialmente, um processo de conhecimento e sensibilização dos atores envolvidos, com a promoção de uma ampla discussão quanto às prerrogativas e aos benefícios do novo modelo. Há, também, uma sensibilização em relação à quebra de paradigmas que impedem a filiação à ideia de uma administração participativa, em face de uma impregnada filosofia de supremacia do modelo individualista vigente.

Objetivando a superação harmônica das adversidades colocadas anteriormente, a Sesa, por intermédio de seu comando diretivo, iniciou as medidas de incentivo à sensibilização dos agentes políticos e administrativos responsáveis pela implantação do modelo consorcial. Primeiramente, foram perfilhadas ações no sentido do convencimento do próprio corpo técnico da reputada secretaria acerca da viabilidade e da pertinência do modelo, visando solidificar as estratégias das futuras ações de convencimento dos municípios. Dessa forma, foi constituída a Comissão de Fomento e Implantação de Consórcios Públicos Interfederativos da Saúde no estado do Ceará, por intermédio da Portaria Sesa nº 2.061, de 8 de novembro de 2007, cuja atribuição maior era a de “estabelecer diretrizes políticas e operacionais para a implantação de tal modelo no âmbito do estado do Ceará, em consonância com os princípios normativos e técnicos do SUS e considerando o PDR e o Plano de Desenvolvimento e Investimento (PDI) do estado do Ceará”.<sup>6</sup>

Como consequência dos trabalhos desenvolvidos pela comissão, de início, foram realizadas reuniões, seminários e oficinas de apresentação e construção do modelo consorcial, como meio de dotar os agentes públicos da própria secretaria estadual de todo o conhecimento apto a desenvolver o processo de implantação desse modelo. Em um segundo momento, foi elaborada toda a estrutura de adequação do modelo consorcial às unidades de saúde integradas ao Proexmaes (policlínicas regionais e CEOs regionais), considerando o processo político de sensibilização dos

---

6. Conforme informações obtidas no sítio da Sesa, disponível em: <<https://bit.ly/2lv1LlW>>. Acesso em: 6 jan. 2019.

governos municipais, e, ainda, os processos de trabalhos inerentes à implementação e à execução dos instrumentais jurídicos e gerenciais necessários à implantação e à estruturação dos consórcios nas regiões de saúde habilitadas a receberem as suprarreferenciadas unidades de saúde.

Superadas, ou, pelo menos, minimizadas, as dificuldades no processo de conhecimento e sensibilização partiram para a negociação e a pactuação das ações compartilhadas entre os representantes do Poder Executivo de cada ente consorciado. Reverencie-se, em suma, como eixo fundamental de sensibilização e adesão dos atores do processo de implantação do modelo consorcial, ser essa a melhor estratégia de integração de serviços de saúde no âmbito regional, visando à busca de um maior equilíbrio na relação das demandas *versus* ofertas dos serviços inseridos na atenção especializada e assegurando maior resolutividade nos problemas de saúde locais, de forma solidária.

## **6 DAS CONSTITUIÇÕES JURÍDICAS ÀS PACTUAÇÕES: A CONCRETIZAÇÃO DA FUNCIONALIDADE DOS ARRANJOS FEDERATIVOS CONSORCIADOS**

A implantação dos consórcios públicos interfederativos da saúde do Ceará se desenvolveu de forma sistemática observando um ciclo de etapas, respeitando, primordialmente, a autonomia dos entes municipais, com a construção e a estruturação de tais entidades guiando-se por uma filosofia de planejamento e uma execução de caráter horizontal, justamente para consolidar o projeto de gestão compartilhada entre estado e municípios. Evidentemente que o estado, na condição de indutor do projeto, tornou-se responsável pela condução das ações técnicas da implantação, até o momento em que os municípios, depois de devidamente habilitados sob o ponto de vista jurídico e operacional, pudessem se apropriar das suas competências e atribuições na esfera consorcial, ou seja, participando ativamente da sua estrutura orgânica e funcional.

As aludidas ações técnicas englobaram a apresentação e a discussão da proposta de constituição dos consórcios públicos interfederativos em cada uma das regiões de saúde do estado. Todas seriam contempladas com uma policlínica e um CEO, construídos e equipados majoritariamente com recursos do Tesouro do Estado, complementados com recursos obtidos de empréstimo contraído junto ao Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID). Desse trabalho resultou uma negociação firmada sob forma de pactuação entre a gestão estadual e a gestão de cada um dos municípios pertencentes a uma determinada região de saúde, instrumentalizada por meio do protocolo de intenções, encaminhado aos poderes Legislativos dos entes pactuantes (assembleia legislativa, no caso do estado do Ceará, e câmaras de vereadores, no caso dos municípios), para ratificação. Depois de aprovados, os protocolos de intenções transformaram-se juridicamente em contratos de consórcios

públicos, na forma do art. 5º da Lei nº 11.107/2005,<sup>7</sup> etapa esta final à fase de implantação jurídica.

Na atualidade, após vivenciados aproximadamente dez anos da implantação do primeiro consórcio público interfederativo da saúde do Ceará, todas as 21 entidades encontram-se em inteiro funcionamento, garantindo a todos os gestores municipais consorciados plena participação nas discussões e decisões acerca das políticas e ações de saúde aplicadas no âmbito regional. Além disso, assegurar aos municípios o acesso integral aos serviços de saúde prestados por policlínicas e CEOs instalados no âmbito territorial regional.

Dessa maneira, o processo de implantação dos consórcios revestiu-se da qualificação necessária a ser apontada como uma experiência exitosa no campo da gestão compartilhada. Essa ação é merecedora, portanto, de toda a divulgação possível, na medida em que se consubstancia como exemplo útil na demonstração da plausibilidade dos arranjos federativos como alternativas e soluções às problemáticas das gestões individualizadas. Ela retrata a pertinência da associação entre entes federados para a consecução de objetivos comuns, em uma ambiência democrática, participativa, eficiente sob o ponto de vista da maximização dos resultados práticos obtidos com a execução dos serviços públicos, não obstante as barreiras políticas, econômicas e culturais que o modelo propõe como desafio.

De acordo com a Confederação Nacional de Municípios (CNM), existem 491 consórcios públicos atuantes em todo o Brasil. Esse mapeamento inédito revelou que, do total de 5.568 municípios, mais de 4 mil participam de, pelo menos, um consórcio público. Ainda segundo essa pesquisa, mais de 90% de tais arranjos federativos seguem a Lei nº 11.107/2005 (Lei dos Consórcios Públicos). Evidenciou-se em tal mapeamento, ainda, que de todos os consórcios identificados, 181 são da área da saúde, ou seja, aproximadamente 40% do montante (Brito, 2018).

Como se vê, o crescimento dos arranjos federativos consorciados, dados como soluções de superação dos obstáculos da gestão administrativa, em especial no que se refere ao melhor aproveitamento dos recursos públicos, é uma tendência nacional, a despeito de reputado modelo de gestão em qualificar-se como um instrumento altamente benéfico aos interesses do poder público, que estabelece a eficiência associada ao elemento participativo/democrático como meta essencial ao cumprimento de seus desígnios maiores. Nesse sentido, este registro da experiência dos consórcios públicos interfederativos da saúde do estado do Ceará será de grande valia para se apresentar a viabilidade de um modelo de gestão apto a adequar-se não só aos princípios e às diretrizes do SUS, mas também às políticas de enfrentamento às desigualdades regionais e locais.

---

7. Art. 5º O contrato de consórcio público será celebrado com a ratificação, mediante lei, do protocolo de intenções (Brasil, 2005).

## 7 A GESTÃO CONSORCIAL NA SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ COMO EXEMPLO DE UM MODELO DE ENFRENTAMENTO DOS PROBLEMAS E SUPERAÇÃO DAS DIFICULDADES POLÍTICAS E ESTRUTURAIS DA GESTÃO PÚBLICA

No estado do Ceará, a atenção básica detém hoje uma cobertura assistencial da ordem aproximada de 80%, conforme dados do Ministério da Saúde.<sup>8</sup> Considerando-se que o ideal de resolutividade desse nível de atenção deveria ser em torno de 80% a 85% de toda a demanda espontânea por serviços de saúde, resta, evidentemente, que apenas cerca de 15% a 20% da demanda assistencial recairia sobre a atenção secundária e terciária. No interior cearense, esse percentual assistencial referente à oferta de consultas e exames médico-odontológicos, além de outros serviços (fisioterapia, terapia ocupacional, nutrição etc.), encontra-se assegurado pelas policlínicas e CEOs regionais, unidades estas geridas pelos consórcios da saúde.

O gerenciamento das unidades de saúde efetivado por meio de consórcios tem por principal fator de aperfeiçoamento da gestão, não só a expansão da rede de atendimento, mas a efetivação da regionalização e da descentralização dos serviços, a melhor organização da demanda e da oferta de serviços, tudo isso coligado com o fortalecimento da autonomia dos municípios. Esses entes, ao se apoderarem das reais condições de cobrir a plenitude das suas demandas, passaram a se apropriar de meios mais seguros e eficazes na execução das pactuações locais e na redefinição da rede, de acordo com a revisão dos perfis epidemiológicos e sanitários determinados nos seus respectivos territórios. Não se perca de vista, por igual, a política de superestimação dos comandos municipais adotada pelo estado – o qual, ainda que se propusesse a contribuir com 100% dos investimentos (obras e aquisição de equipamentos) e, no que diz respeito ao custeio das unidades de saúde consorciadas, em percentuais que variavam entre 40% e 80% (a depender do perfil socioeconômico da região) – jamais ocupou a presidência do consórcio, justamente para valorizar a participação municipal na condução das políticas e dos programas mais apropriados aos cidadãos tutelados pela gestão compartilhada.

A efetivação da descentralização das ações, seguindo as premissas organizativas do SUS, dá-se quando são atribuídas aos municípios a prevalência do comando decisório atuante sobre a relação demanda *versus* oferta de serviços na região, observando a integralidade dos serviços entabulados em níveis crescentes de complexidade, para a clientela precisamente determinada no domínio consorciado – a denominada Programação Pactuada Consorcial (PPC), cuja funcionalidade mostrou-se mais sólida que a PPI, a despeito da entidade consorcial atuar em submissão à força obrigatória dos contratos de programa e de rateio, sob pena da aplicação de sanções por descumprimento de deveres avençados. Com essa redistribuição de poderes, outorgando maior autoridade aos municípios sobre as

---

8. Para mais informações, acessar o link: <<https://bit.ly/2S25ppH>>.

decisões de interesse local, favorece-se, por conseguinte, a premissa da regionalização, conquanto sejam melhor assimiladas as dinâmicas socioeconômicas da população usuária dos serviços, com a aproximação da gestão com os conselhos de saúde, aumentando, desse modo, o nível e a capacidade de articulação e integração com a comunidade, reforçando o controle social.

No que concerne à maximização da organização da demanda e da oferta de serviços, frise-se a revitalização e a reafirmação da sistemática de regulação, profissionalizando o referenciamento da alocação e da distribuição das vagas em consultas, exames etc. (máxime a aplicação de modernos recursos da tecnologia da informação). Nesse ponto, há de se celebrar a desarticulação de determinadas práticas inconvenientes de acesso aos serviços, desrespeitando sistema de referência (por exemplo, o paciente era atendido nas unidades de saúde de um ou outro nível em descompasso com a sua real necessidade clínica), além da desvirtuação dos mecanismos válidos de encaminhamento dos pacientes (referência), e a despeito de que, historicamente, o atendimento de muitos municípios ocorria por meio de indicações políticas, em detrimento do respeito à gerência de acesso aos serviços.

Sendo participativo e descentralizado, o modelo consorciado de gestão de equipamentos de saúde favoreceu a maior eficiência administrativa, garantindo maior agilidade na tomada de decisões. Um exemplo inevitável é em relação à manutenção e à recuperação de aparelhos mais complexos das policlínicas e dos CEOs, principalmente os mais distantes do nível central da Sesa. Se fosse preciso esperar pelas naturais exigências burocráticas, demoraria muito tempo para que os equipamentos fossem reparados, privando a população dos benefícios destes. Os consórcios, enquanto autarquias públicas, são unidades orçamentárias autônomas, o que lhes confere mais independência e agilidade administrativa. Outra especificidade dos consórcios de direito público é a garantia de firmar convênios com o poder público com alocação de recursos, diferentemente do direito privado, no qual existem limitações e vedações.

É importante ainda enfatizar que os consórcios públicos interfederativos da saúde do Ceará são revestidos do regime de direito público. Isso demonstra o compromisso estatal no sentido de manter, sob a égide da sua tutela direta e inalienável, as ações garantidoras da universalização, da integralização, da equidade e da democratização do acesso aos serviços de saúde pública, ações estas restringíveis, caso os consórcios em questão se revestissem do regime de direito privado.

Como se vê, a implantação dos consórcios públicos conferiu ganhos significativos no que se refere à melhoria da administração dos serviços públicos de saúde, tanto no âmbito estadual como municipal. Porém, como qualquer outro modelo inovador, não prescinde de adaptações às práticas convencionais da gestão, bem como de ajustes a realidades em certos aspectos divergentes com a dogmática da

gestão compartilhada, como nos casos das diferenças políticas e culturais presentes no território regional.

Todavia, com a adoção do modelo de gestão compartilhada pelo estado do Ceará, muitos dos padrões usuais obsoletos, ora atentatórios aos paradigmas do SUS, ora frustradores do acesso democrático e justo aos serviços, vêm sendo rompidos aos poucos pelas boas práticas intrinsecamente associadas a tal modelo, em especial no que diz respeito à efetivação dos mecanismos de controle e fiscalização intercambiáveis, naturalmente mais proativos. Isso, pois, constitui-se como condição de manutenção da entidade o regular cumprimento das obrigações contratuais avançadas por todos os entes, sendo certo que a inadimplência de um ou outro afetará o conjunto, comprometendo a realização dos objetivos pactuados.

Manifesto muita confiança na experiência dos consórcios públicos interfederativos implantados no Ceará, como alternativa inovadora de gestão. É fundamental que essa gestão permaneça e se fortaleça como uma das alternativas de maximização da eficiência dos serviços no âmbito do SUS. Zelar e proteger os consórcios das ameaças ao seu funcionamento é nossa tarefa, enquanto gestores públicos, diante dos riscos iminentes de estagnação ou involução, como mostra a história de outras políticas públicas no Brasil.

Minha expectativa é que essa experiência continue a evoluir, abrangendo outros equipamentos de saúde – por exemplo, hospitais regionais. O subfinanciamento crônico do SUS se constitui em grave ameaça a esse nível de atenção, não apenas no Ceará, mas em todo o Brasil. A gestão consorciada dos equipamentos de saúde não é só possível, mas necessária, constituindo-se em grande avanço, pelo seu caráter participativo, transparente e eficiente. A conjuntura política do momento representa imenso risco aos direitos sociais e à própria democracia, por práticas nitidamente autoritárias, com clara tendência em defesa de interesses antagônicos aos dos mais necessitados. Isso fica muito claro com a lei de controle de gastos públicos por vinte anos que fere mortalmente as políticas públicas inclusivas, como o SUS, e mais recentemente com outra prova superlativa: o Decreto nº 9.759/2019, que propôs extinguir e estabelecer diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal direta, autárquica e fundacional, representando um escandaloso atentado ao controle social em nosso país (Brasil, 2019).

## **8 UMA HISTÓRIA DE LUTA A FAVOR DO SUS E DO ENFRENTAMENTO ÀS DESIGUALDADES SOCIAIS**

Ao nascer em berço de família abastada do interior alencarino, mais precisamente na cidade de Santana do Acaraú, no Ceará, tive o privilégio de me valer das melhores condições materiais de vida, inclusive uma satisfatória formação escolar. Porém, a dura realidade local me fez testemunhar e conviver com situações das mais adversas



suportadas pelos meus conterrâneos, sobretudo a população socioeconomicamente mais carente. Essa realidade inquietou as minhas convicções políticas, a ponto de direcionar, ainda estudante secundarista, ao campo ideológico progressista.

Em 1973, com 18 anos de idade, estabeleci-me em Portugal, onde permaneci por quase quatro anos, estudando medicina na Universidade Clássica de Lisboa. Essa experiência em terra estrangeira me instigou ao engajamento no movimento estudantil opositor à ditadura Salazarista (1926-1968), que veio culminar com a Revolução dos Cravos (25 de abril de 1974), a qual eu tive a oportunidade de presenciar. Constatei que a agitação política desenvolvida nos rincões portugueses, que contrapunha os mecanismos de dominação colonial impostos a nações como Angola, Moçambique e Guiné-Bissau, detinha um caráter universalizante, considerando que o sistema econômico capitalista tem por cerne a relação de exploração de dominantes sobre dominados, restringindo não só as liberdades destes (que eram profundamente reprimidas), mas os seus direitos básicos, como saúde e educação.

Retornei ao Brasil em 1977, tendo observado que tal relação de exploração não poderia ser diferente ao que era experimentado por Portugal em termos de sobrepujamento da distância entre ricos e pobres. Entretanto, aqui, com o recrudescimento da ditadura militar, tornou-se ainda mais aguda a evolução da desigualdade social. Foi diante desse cenário atormentador que me perfilhei no movimento estudantil cearense, na condição de acadêmico da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC), almejando, naquela ocasião, o reavivamento da democracia brasileira.

O estudo e o exercício da medicina sempre me transmitiram um sentimento humanitário indutor da preocupação com os necessitados e seus inalienáveis direitos por um mundo mais justo, fraterno e solidário, indispensáveis nas concepções de um médico. Esse sentimento me vocacionou inexoravelmente para o campo da política partidária, o qual abracei no ano de 1982, quando, após concluir o curso de medicina, candidatei-me a prefeito da minha cidade natal. Apesar de derrotado naquela eleição, não desisti da militância progressista, pelo contrário, carreguei-a comigo desde o primeiro cargo público que ocupei (no ano de 1983) na função de direção da assistência médica na Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.

Naquele ano, o SUS ainda não existia, e o modelo de gestão da saúde pública adotado à época (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – Inamps) inadvertidamente causava a exclusão da assistência médica à população que não possuía condições de contribuir com o sistema previdenciário. Como defensor intransigente da Reforma Sanitária Brasileira, propositiva de um modelo de saúde amplo, com características da universalização do atendimento, uma das minhas bandeiras de luta consistia na defesa do rompimento definitivo com o padrão hospitalocêntrico, que concentrava o atendimento em nosocômios. Além disso, os recursos aplicados na saúde pública eram despendidos por um

comando centralizado no governo federal, o que ocasionava desacerto com as necessidades regionais e locais.

Com o advento da Constituição Federal, em 1988, atendidos os precedentes da VIII Conferência Nacional de Saúde, foi concebido o SUS, a grande conquista do povo brasileiro, que trazia uma nova ordem, com a predominância de universalização, integralidade e equidade na lógica assistencial. Naquele mesmo ano, fui eleito prefeito de Santana do Acaraú, em um momento de elevação constitucional da importância dos municípios. Em 1989, foi criado o Pacs no estado do Ceará, precursor do atual PSF. Com isso, na minha primeira gestão municipal (iniciada em janeiro de 1989), já tive as condições necessárias à aplicação do processo prático de descentralização. Associado a isso, os reclames cidadãos conjecturados na nova ordem constitucional abriram margem para a constituição de uma gestão participativa, como foi o caso do conselho popular estabelecido em Santana do Acaraú no ano de 1990, composto por membros da comunidade eleitos para opinar e decidir sobre as ações propostas e executadas em dez áreas administrativas do município. O referido conselho – conhecido popularmente como Conselhão – assumiu de fato características do exercício da democracia direta e funciona até hoje.

A experiência do Conselhão me despertou para a pertinência da gestão participativa popular como elemento de excelência da gestão pública, sendo esta uma das plataformas políticas mais importantes que militei quando, a partir de 1994, assumi o mandato de deputado estadual e, logo depois, em 1996, quando assumi novo mandato de prefeito, no mesmo município de Santana do Acaraú. Entre os anos de 2002 e 2006, permaneci sem mandato eletivo, tendo ocupado o cargo público de médico concursado do PSF do município de Paracuru, também no Ceará. Lá, tive a chance de concretizar tudo o que sempre idealizei em termos de saúde pública.

Logo depois, no ano de 2006, cedendo a pressões político-partidárias, acabei me candidatando e me elegendo novamente ao posto de deputado estadual, ofício este que não exerci, porque, no início de 2007, aceitei o convite para assumir a Sesa, ficando por lá até o mês de abril de 2010. Foi quando então me desincompatibilizei do mandato legislativo para concorrer à eleição de deputado federal, tendo posteriormente sido eleito e exercido o mandato até seu final, na Câmara dos Deputados, onde continuei a operar incansavelmente em defesa do SUS e dos instrumentos de participação democrática na saúde pública, como membro titular por quatro anos na Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara Federal.

Na condição de gestor do SUS no estado do Ceará, envidei todos os esforços no sentido de dar plena participação aos agentes e aos órgãos públicos, além dos conselhos populares e de classe, materializando os meus impregnados desígnios de promoção da gestão participativa. Foi nesse período que fomentei e ajudei a constituir os consórcios públicos interfederativos da saúde do estado do Ceará, inspirando-me na experiência dos consórcios administrativos desenvolvidos em sete

municípios pertencentes à região norte do Ceará na década de 1990. Experiência essa proposta por mim e da qual participei enquanto prefeito de um desses municípios. Tais arranjos municipais funcionaram como consórcios de fato, mesmo não havendo ordenação jurídica competente para regulá-los.

A experiência exitosa dos consórcios públicos interfederativos como modelo de gestão para equipamentos de saúde, plenamente exitosa, expandiu-se para outros estados da Federação, a exemplo da Bahia. A partir de 2015, o governador Rui Costa decidiu reproduzir o mesmo modelo do Ceará, construindo policlínicas regionais administradas por consórcios públicos interfederativos. Nesse contexto, atuei como consultor por dois anos e meio, entre 2015 e 2017, na implantação do projeto.

O que posso extrair da minha experiência de vida, seja como pessoa, seja como político e gestor, é a minha substancial convicção de que uma gestão pública bem-sucedida perpassa pelo compromisso com as causas do povo e pela filiação aos mecanismos de participação popular. Isso somente é crível em um ambiente definido em um estado enquanto ente público, qual seja, aquele destinado a cumprir sim os seus desígnios fundamentais, não só na questão do fomento às atividades econômicas, mas na promoção e na proteção do bem-estar social.

Ao concluir meu relato, não poderia deixar de agradecer aos organizadores deste livro pelo honroso convite e pela oportunidade de expor a experiência da implantação dos consórcios públicos interfederativos de saúde do estado do Ceará. Parabenizo-os pelo significativo reforço ao poder público que esta obra representa, principalmente neste momento de crise que vive o Brasil. Agradeço também à jornalista Caroline Batista e ao advogado Washington Willem Mendes de Santana, que me auxiliaram na produção deste texto que busca contribuir com a gestão da saúde pública e, conseqüentemente, o fortalecimento do SUS.

## REFERÊNCIAS

ABRUCIO, L. F.; SOARES, M. M. **Redes federativas no Brasil**: cooperação intermunicipal no Grande ABC. São Paulo: Fundação Konrad Adenaur, 2000.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1967. Brasília: Congresso Nacional, 1967. Disponível em: <<https://bit.ly/1yLjafG>>.

\_\_\_\_\_. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Congresso Nacional, 1988. Disponível em: <<https://bit.ly/1bJYlGL>>.

\_\_\_\_\_. Emenda Constitucional nº 19, de 4 de junho de 1998. Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional, 1998. Disponível em: <<https://bit.ly/2e8p1GE>>.

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Brasília: PR, 2002. Disponível em: <<https://bit.ly/1drzx5j>>.

\_\_\_\_\_. Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. Brasília: PR, 2005. Disponível em: <<https://bit.ly/2RBkdeR>>.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019. Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. Brasília: PR, 2019. Disponível em: <<https://bit.ly/2IfeomK>>.

BRITO, D. Brasil tem 491 consórcios públicos, mostra levantamento. **Agência Brasil**, 8 dez. 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/2ARORKr>>. Acesso em: 18 out. 2019.

#### BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

AZARA, A.; EULA, E. **Novissimo digesto italiano**. Roma: Unione Tipografico – Editrice Torinese, 1978. v. 4.

CARVALHO FILHO, J. S. **Consórcios públicos**: Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005 e Decreto nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2013.

ESTADO DO CEARÁ. **Consórcios públicos de saúde no Ceará**: da implantação à gestão. Fortaleza: Expressão Gráfica Editora, 2014. Disponível em: <<https://bit.ly/338qYue>>.

MEDAUAR, O.; OLIVEIRA, G. J. **Consórcios públicos**: comentários à Lei nº 11.107/2005. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2006.

SIERRA, G. C. **Los consorcios públicos y privados**. Bogotá: Temis, 1985.

SILVA, J. A. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 6. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 1990.

## REFLEXÕES SOBRE AS CONTRIBUIÇÕES DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO E COORDENAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Hêider Aurélio Pinto<sup>1</sup>

### 1 DESCRIÇÃO SINTÉTICA DA POLÍTICA PÚBLICA: PROGRAMA MAIS MÉDICOS

O Programa Mais Médicos (PMM) foi criado por iniciativa do Executivo federal em julho de 2013, por meio da Medida Provisória (MP) nº 621, convertida no mesmo ano pelo Congresso Nacional na Lei nº 12.871 (Brasil, 2013a; 2013b). Esta lei tornou-se uma das principais ações do governo federal com o intuito de enfrentar desafios que vinham condicionando a expansão e o desenvolvimento da atenção básica e do Sistema Único de Saúde (SUS) no país, em especial, a insuficiência e má distribuição tanto de médicos quanto de vagas de graduação e residência em medicina, e o perfil de formação inadequado às necessidades da população e do SUS.

Na Constituição de 1988 (CF/1988), a saúde é entendida como direito de todos os cidadãos e dever do Estado (Brasil, 1988). As ações e os serviços de saúde devem ser realizados pelo SUS e observar os princípios da universalidade, gratuidade e integralidade que, em outras palavras, visa assegurar legalmente o direito de todas as pessoas ao atendimento necessário ao tratamento de sua necessidade de saúde, qualquer que ela seja.

O SUS tem possibilitado importante aumento do acesso aos cuidados de saúde para a população brasileira e significativo impacto positivo em diversos indicadores de saúde (Paim *et al.*, 2011), contudo o sistema convive com dificuldades persistentes, algumas relacionadas aos problemas de política pública, alvos do PMM, tais como: pessoas vivendo em comunidades vulneráveis ainda sem atendimento médico, quase um terço da população sem cobertura de serviços de atenção básica, dificuldades de acesso a serviços de saúde resolutivos, insuficiência de médicos de diversas especialidades no SUS e na saúde suplementar, formação inadequada dos profissionais (Oliveira *et al.*, 2015; Ciuffo e Ribeiro, 2008).

---

1. Médico, docente da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) e responsável pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2011 a 2014 e pelo Programa Mais Médicos de 2014 a 2016. *E-mail*: <heiderpinto.saude@gmail.com>.

De acordo com o art. 200 da Constituição Federal, compete também ao SUS “ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde”. Contudo, tal perspectiva, defendida pelo movimento sanitário brasileiro e coerente com o que acontece em diversos outros sistemas de saúde no mundo, não foi acompanhada da regulamentação de instrumentos de política pública que dessem condições concretas para que o SUS efetivasse esse princípio (Rodrigues *et al.*, 2013; Secchi, 2010; Ciuffo e Ribeiro, 2008).

Os problemas de política pública do PMM são temas importantes da literatura mundial e objeto de políticas públicas em diversos países do mundo (Chopra *et al.*, 2008; Buykx *et al.*, 2010; Dolea, Stormont e Braichet, 2010). No Brasil, embora já tenham motivado outras políticas públicas (Maciel Filho, 2007; Carvalho e Sousa, 2013), esses problemas nunca haviam sido pautados com tanta prioridade e importância como foi com o PMM (Aléssio e Sousa, 2016).

No Brasil, a expansão do modo prioritário de organização da atenção básica, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), apresentava estagnação há sete anos (Pinto *et al.*, 2017). Um dos fatores que vinham condicionando essa expansão era a dificuldade dos gestores municipais em atrair e fixar médicos em algumas localidades (UFMG, 2009; Girardi, 2011). Em 2013, ano de criação do PMM, o país tinha uma proporção de médicos por habitante muito menor do que a necessidade da população e do SUS, 1,8 por mil habitantes, menor que a média dos 33 países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD), 3,1 por mil habitantes e que vizinhos como a Argentina, 3,9 por mil habitantes (OECD, 2011). Além disso, os médicos estavam mal distribuídos no território nacional, de modo que os grupos populacionais mais pobres e vulneráveis eram os que contavam, proporcionalmente, com menos médicos (Scheffer, Biancarelli e Cassenote, 2013).

Agravando ainda mais esse problema, de 2002 a 2012, a quantidade de médicos formados no Brasil correspondeu a apenas 65% do total de empregos médicos criados no período (Poz, Pierantoni e Girardi, 2013). A quantidade insuficiente de vagas de graduação em medicina por habitante é um dos indicadores que demonstra a inadequação da formação de médicos às necessidades da população e do SUS. A proporção de egressos de cursos de medicina por habitante também era inferior à média dos países integrantes da OCDE: média de 0,74 egressos para cada 10 mil habitantes, sendo a dos países da OCDE de 1,06 para cada 10 mil habitantes (Martins, Silveira e Silvestre, 2013; OECD, 2011). Além de poucas vagas, o Brasil as tinha mal distribuídas no território e com clara concentração nas maiores e mais ricas cidades, capitais e nas regiões Sudeste e Sul (Brasil, 2015).

Há um evidente descompasso entre as necessidades do SUS e a formação de profissionais – quanto ao número, ao perfil de formação e à distribuição territorial da oferta de formação e da força de trabalho – observado em todo o sistema

público e também no sistema privado (Amâncio Filho, 2004; Rodrigues, 2013). Um dos fatores para esse quadro é a formação de especialista no Brasil ter sido historicamente dirigida às necessidades e aos interesses do mercado privado de saúde (Feuerwerker, 1998).

Muitos países cujos mercados demandam mais médicos do que formam conseguem equilibrar o *deficit* atraindo profissionais estrangeiros. No Brasil, o processo de autorização do exercício profissional de médicos formados no exterior, brasileiros ou não, sempre foi protecionista e restritivo de modo que apenas 1,9% dos médicos que atuavam no Brasil eram estrangeiros (Scheffer, Biancarelli e Cassenote, 2013), enquanto nos Estados Unidos, 22,4% (Aaron *et al.*, 2012) e no Reino Unido, 37% (GMC, 2012).

O PMM é a maior iniciativa já realizada no país e uma das maiores do mundo com o objetivo de enfrentar essas questões e avançar no provimento e na formação de médicos para atuar nos serviços de atenção básica (Aléssio e Sousa, 2016; Oliveira *et al.*, 2015). Contudo, seu eixo mais estruturante é composto por medidas que buscam intervir de forma quantitativa e qualitativa na formação de médicos: desde a abertura de novas vagas de graduação e residência médica, até a reorientação da formação de médicos e especialistas conforme as necessidades do SUS. Os três eixos que compõem o programa são: provimento emergencial, melhoria da infraestrutura e formação médica.

O provimento emergencial é uma resposta imediata ao problema de parte importante da população brasileira sem cobertura e acesso à atenção básica. O PMM recruta profissionais graduados no país e fora dele para atuar nas áreas com maior necessidade e vulnerabilidade. Esses profissionais participam de uma série de atividades de formação e de integração ensino-serviço. Além disso, o programa prevê um conjunto de ações relacionadas à qualificação da estrutura, à melhoria das condições de atuação das equipes e ao funcionamento das unidades básicas de saúde (UBS). O eixo denominado como melhoria da infraestrutura previu investimento de R\$ 5,5 bilhões para a execução de 26 mil obras de reforma e ampliação de UBS existentes e de construção de novas em aproximadamente 5 mil municípios (Brasil, 2015).

Por fim, o eixo formação médica previu uma série de medidas de curto e longo prazo. No âmbito da graduação, definiu-se como prioridade a expansão de 11,5 mil vagas de medicina nos locais com maior necessidade social, com a meta de fazer o Brasil alcançar a proporção de 2,7 médicos por mil habitantes até 2026 (Brasil, 2015). Além do planejamento federal para mais vagas e novas escolas públicas, foram instituídos novos mecanismos de regulação do setor privado. Nesse eixo, foram previstas ainda outras medidas que objetivam mudar a prática médica e impactar o mercado de trabalho: *i*) novas diretrizes curriculares para os cursos de medicina; *ii*) obrigatoriedade da ampliação do período de formação no SUS;

iii) meta de universalização do acesso à residência médica aos egressos dos cursos de medicina; iv) instituição de novo itinerário de especialização dos médicos, no qual eles devem, antes de fazer uma especialidade qualquer, especializarem-se em medicina de família e comunidade por meio de uma residência realizada no SUS; e v) instituição de regulação pública no planejamento e na formação de especialistas.

Este texto, elaborado especificamente para esta publicação, é uma sistematização sintética orientada pelas questões relacionadas à implementação da política em análise e dos aprendizados decorrentes dessa experiência, construído com base em: revisão de literatura de trabalhos publicados com análises e resultados sobre o PMM; resultados já publicados por nós em artigos sobre o programa; nossa vivência como responsável pela gestão do PMM de abril de 2014 a maio de 2016; e achados decorrentes de nossa pesquisa de doutorado que se trata, em linhas gerais, de uma pesquisa não experimental, qualitativa, com uso e processamento de dados quantitativos, e que tem como propósito a análise e descrição dos processos de formação da agenda, formulação e implementação inicial do PMM. Nossa pesquisa é um estudo de caso de uma política pública nacional do SUS coordenada pelo governo federal, uma investigação empírica que pesquisa um fenômeno contemporâneo inserida em seu contexto real, buscando responder as questões *por quê?* e *como?*

Assim, neste texto, nos concentramos na descrição do programa, de parte de seu processo de formulação e, principalmente, em sua implementação. Destacamos alguns aspectos que em nossa pesquisa têm se mostrado relevantes e merecedores de ênfase e pontuamos possíveis aprendizados com a experiência.

## 2 ASPECTOS DA IMPLEMENTAÇÃO E COORDENAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS

Os problemas de política pública que o PMM busca enfrentar estão há muito presentes na saúde do Brasil. Há estudos nacionais e internacionais que analisam tanto o problema quanto as experiências de enfrentamento dessas dificuldades. Especialmente, no biênio que antecedeu ao lançamento do PMM, ocorrido em junho de 2013, estes problemas ascenderam na agenda governamental passando a ser uma pauta da Presidência da República e não só do “subsistema” da saúde (Sabatier e Weible, 2007). As dificuldades relacionadas à falta de médicos relatadas, por gestores estaduais e municipais e por candidatos ao Executivo estadual, diretamente à candidata Dilma Rousseff, na campanha de 2010, associadas ao pleito de que o governo federal deveria atuar para resolver essa situação, conseguiram colocar o tema como preocupação da presidenta que foi eleita naquele ano.

A importância e prioridade desse tema encontrava reforço na opinião de especialistas e do corpo técnico e diretivo do Ministério da Saúde (MS), era corroborada pela literatura nacional e internacional, e, com uma pesquisa do Ipea, foi identificada como uma percepção forte da população (Ipea, 2011; Pinto, 2018).



Apesar disso, medidas que alterassem o *status quo* do modo como no Brasil se dava a regulação privada da formação de médicos e que, principalmente por esse mecanismo, pudessem intervir no mercado de trabalho, contavam com forte resistência da corporação médica que, por muitos anos, bloqueou essa agenda. Mais estabelecida no Ministério da Educação (MEC), essa resistência se somava também àquela contra a proposta de mais interferência do Estado na formação médica universitária, demanda do setor saúde desde a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1988, e um dos principais pontos da XI Conferência Nacional em 2000 (CNS, 2000; Pinto, 2018).

Algumas ações que tentaram enfrentar parte desses problemas foram desenvolvidas antes da criação do PMM e outras foram suas precursoras – como é o caso do Programa de Valorização da Atenção Básica (Provab), no que diz respeito ao provimento emergencial. Mas, por apresentarem resultados insuficientes, reforçaram junto aos prefeitos e secretários municipais a necessidade de uma política nacional mais efetiva (Pinto *et al.*, 2014). Essa demanda atingiu um ápice de reivindicação quando tomaram posse os novos prefeitos eleitos nas eleições municipais de 2012. A campanha *Cadê o médico?* exigiu que a presidenta da República se comprometesse publicamente com uma solução que, naquele momento, estava em formulação e tinha implementação prevista para os meses seguintes.

As chamadas *jornadas de junho* acabaram por criar uma janela de oportunidade, na qual foi possível superar a resistência interna dos atores sociais que se opunham à política e mudar a análise de parte importante daqueles que, por cálculo estratégico, eram contrários a ela (Kingdon, 2011). Os três fluxos da janela de oportunidade foram reforçados por esse contexto. A política foi criada por uma MP e o eixo provimento emergencial começou rapidamente a ser implementado, garantindo a chegada de médicos para atender a populações e municípios que não dispunham de atendimento médico a despeito dos esforços de atração e fixação de médicos (Brasil, 2015). Esses dois fatores ampliaram significativamente o apoio à política em um momento decisivo. A política que já era defendida por prefeitos, secretários e atores sociais que atuavam, geriam e estudavam o SUS, passou a ser aprovada também pela população – se levarmos em conta as diversas pesquisas de opinião realizadas – e obteve uma vitória substantiva na conversão da MP em lei, em outubro de 2014 (Pinto, 2018).

Ao longo desta seção, subseções foram criadas e organizadas em função de elementos relevantes, conforme a perspectiva desta publicação, para a análise dos aprendizados relacionados à implementação e coordenação do PMM. Nas subseções, os temas abordados são: os atores relevantes na implementação e suas atuações; os elementos operacionais e de governança do desenho com o qual a política foi formulada e/ou implementada; as capacidades estatais relacionadas; as principais dificuldades e os limites encontrados; e as eventuais mudanças e adaptações que

puderam ser feitas. Dado o curto período de experiência do PMM (de 2013 a 2016), antes de uma mudança importante ter alterado bastante os objetivos do governo federal com relação à política e à agenda que lhe deu causa, a análise das adaptações realizadas ficou prejudicada. Mas tentamos fazer isso com os programas que antecederam a política em análise.

### 2.1 Uma política com alta prioridade

Primeiramente, destaca-se que o PMM foi uma política que nasceu com alta prioridade no governo federal. Isso se traduziu, por exemplo, na mobilização do orçamento necessário, na construção de instâncias de implementação, na coordenação e no monitoramento do programa que, coordenados pela Casa Civil, envolviam diversos ministérios e criação de uma estrutura de implementação – um departamento inteiro no MS e uma nova diretoria no MEC (Brasil, 2015). Ampliar a capacidade estatal foi um dos objetivos para superar dificuldades constatadas em experiências anteriores (Cingolani, 2013). Estas mostravam que as instituições existentes teriam dificuldades de implementar o PMM com o volume de ações previstas e efetividade esperada (Pinto, 2018).

As instâncias de coordenação, cujo papel era garantir a tomada de decisões e mobilização de recursos necessários à implementação da política, permitiram um melhor enfrentamento das resistências presentes na própria institucionalidade do governo federal (Pinto, 2018). As “idas e vindas” do processo de formulação da política, com as esperadas diferenças de ideias, culturas, expectativas e interesses entre as direções e o corpo técnico-burocrático das instâncias governamentais envolvidas, mostraram a necessidade de compor uma instância de direção, chefiada pela Casa Civil e com prestação de contas direto à Presidência, com capacidade de exercer comando sobre os participantes dos demais ministérios.

### 2.2 O desenho da política – eixo infraestrutura

Um segundo elemento a ser destacado se refere ao desenho operacional da política. Os eixos *provimento emergencial* e *infraestrutura* possuem características comuns que ajudam a entender porque tiveram uma implementação mais efetiva e melhor adesão dos atores implementadores. O eixo infraestrutura conta com uma operação menos complexa. O governo federal, em 2013, mais que quadruplicou o orçamento do Requalifica UBS, programa lançado em 2011, e passou a priorizar os municípios que receberiam os médicos para autorizar as obras de construção de novas UBS e de ampliação e reforma de unidades já existentes (Brasil, 2015).

A experiência anterior colaborou com a formulação desse eixo do PMM. Antes do lançamento do Requalifica UBS, o MS só financiava construção de novas UBS e seu papel era repassar os recursos conforme os relatórios de medição da execução das obras. O financiamento de reformas de UBS se dava somente pelo mais complexo

e demorado mecanismo de convênios. A criação do Requalifica permitiu inovar, pois foi digitalizado e com um algoritmo que relacionou as possibilidades de reforma, ampliação e construção de UBS com valores de obras, automatizando a aprovação, definição e concessão do incentivo federal. Até então era “de papel” e exigia diversas assinaturas em diferentes setores. Passou a ofertar projetos arquitetônicos assinados e com licença aberta, deixando que a obrigação de contratar localmente o projeto, uma ação que os municípios tinham dificuldade de fazer, se transformasse em uma opção. O aumento do volume de atribuições federais e da capacidade estatal necessários ao novo processo também foram resolvidos com a automatização e simplificação normativa.

Quando o Requalifica-UBS teve seu orçamento multiplicado por causa do PMM, o modo de adesão era o mais simples até então, era automatizado e conhecido pelos municípios há dois anos (Brasil, 2015). Com adesão voluntária, quem aderiria tinha real interesse em implementar a ação. As ações que ficaram a cargo do município eram a própria realização da obra. Isso exigia as capacidades de licitar e contratar empresa para executar, monitorar e realizar pagamentos. A possibilidade de o próprio governo federal realizar a obra não foi considerada por poder perder a singularidade local e diversidade necessárias às situações, decisões e alternativas de e para cada caso, por resultar em perda de eficiência e transferência dos custos de monitoramento da execução para a esfera federal.

### **2.3 O desenho da política – eixo provimento emergencial**

Este eixo é complexo, porém a parte que exigia a atuação do município era simples e conhecida. Tratava-se de desenvolver a Estratégia de Saúde da Família, programa conhecido desde 1996 e presente em 98% dos municípios do país à época, com o médico – profissional de mais difícil atração e fixação e de maior custo e instabilidade – agora garantido pelo governo federal. Também com adesão voluntária, os municípios tinham que fazer a demanda de médicos em um sistema informatizado, receber os médicos no município, garantir a atuação na UBS informada e os auxílios alimentação, moradia e transporte. Tinham ainda que fazer o monitoramento e a gestão cotidiana da atuação e formação desses médicos com a obrigação de informar tudo no referido sistema.

Desse modo, o PMM, mesmo oferecendo um recurso de grande interesse aos municípios, não criou uma série de exigências novas com relação direta ou indireta com o núcleo central da política. As mudanças requeridas no processo de trabalho foram as mesmas apontadas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB 2011) e estimuladas e avaliadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), ambos criados em 2011. E, assim como essas políticas, o PMM conferiu bastante discricionariedade ao gestor municipal. A título de ilustração, era decisão municipal desde o local de atuação dos médicos até o modo de organizar o processo de trabalho (organização da agenda, número

de pessoas atendidas, protocolos a serem seguidos, problemas de saúde prioritizados etc.). Os recursos extra oferecidos pelo MS em formato de incentivo financeiro, transferidos fundo a fundo, também respeitavam as normas e disposições da PNAB, com especificidades. E a remuneração dos médicos era feita diretamente pelo MS, por meio de bolsa.

A experiência anterior com o Provac, que havia sido fiel à perspectiva de descentralização tão cara ao SUS, mostrou que atribuir aos municípios a responsabilidade de remunerar os médicos resultou em uma miríade de formas de pagamento com problemas importantes em termos de regularidade e valores praticados que acabaram não garantindo a credibilidade e segurança requerida pelo médico para atuar no local demandado. Aprendendo com essa experiência, o PMM centralizou a remuneração dos profissionais e inclusive o que deveria ser pago ou viabilizado pelos municípios, como os auxílios alimentação, moradia e transporte. Tudo foi normatizado em portarias nacionais, que estipulavam os limites nos quais os municípios deveriam agir e previam sanções para a não realização. O MS disponibilizou minutas de leis e notas técnicas que poderiam ser utilizadas pelos municípios para implementar os auxílios. Essa responsabilidade do MS de realizar o pagamento mensal de milhares de médicos exigiu adaptações importantes dos setores responsáveis, além da criação de uma coordenação com essa finalidade no novo departamento do PMM (Carvalho e Sousa, 2013; Brasil, 2015). O Ministério da Saúde se responsabilizava ainda pela seleção e formação dos médicos, curso de especialização em educação à distância pela Universidade Aberta do SUS, e gestão central das atividades e suporte cotidiano, como o Telessaúde.

Ainda assim, a quantidade de médicos brasileiros que vinham respondendo ao Provac era insuficiente para os números demandados pelos municípios, por isso foi necessária a cooperação com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e o governo cubano, além da permissão de participação no programa de qualquer médico estrangeiro com registro médico em país com proporção de médicos por habitante maior que o Brasil. Essas mudanças foram decisivas para o desenho formulado pela política e seus resultados. Em grande parte, é uma política resultante de experiências anteriores, como o Provac e outros programas de provimento desenvolvidos pelo MS; da cooperação com a Opas e Cuba; da busca de desenvolver ações que abarcassem o conjunto de recomendações sobre o tema exaradas pela Organização Mundial da Saúde (OMS); e das estratégias de enfrentamento ao conflito com a corporação médica que produziram, por exemplo, muitas mudanças entre a lei e a MP (Pinto, 2018; Oliveira *et al.*, 2019; Pinto *et al.*, 2019a; Oliveira e Pinto, 2018).

Com efeito, grande parte das ações administrativas necessárias para implementar o programa eram conhecidas e operadas, ainda que em volume menor, há mais de um ano no Provac. Havia no entanto a especificidade de a maioria dos

médicos serem estrangeiros e sem registro profissional no Brasil. Isso demandava o adicional de uma operação trabalhosa, ainda que protocolável: emissão de visto e cadastro de pessoa física, criação de registro para atuação profissional, abertura de conta bancária e deslocamento do médico. Essa operação envolvia Banco do Brasil (BB), Itamaraty, Polícia Federal (PF), secretarias de saúde dos estados, Forças Armadas, Opas, além do MS. Todos esses órgãos passaram a operar em volume muito maior que o habitual, dado os números do PMM: 18.240 médicos. Ao contrário das ações tratadas até aqui, esta ainda não havia sido realizada nesse volume e com essa coordenação interinstitucional. Assim, o envolvimento das direções e a coordenação centralizada do programa, com poder de comando, foi central para mobilizar os recursos necessários para a garantia das ações. A execução desse processo nos anos posteriores foi se aperfeiçoando e gerando procedimentos padrões. Foram tornando-se mais previsíveis as soluções que, em um primeiro momento, tiveram mais complexidade e custos de decisão.

Outra dimensão era a realizada pelo MEC. Esta consistia em mobilizar as universidades e os diversos docentes para garantir a tutoria e supervisão desses médicos no dia a dia. Embora essa operação seguisse os moldes do Provac do MS, o fato é que o MEC nunca havia executado nada parecido. O setor responsável pela execução do PMM foi uma diretoria nova do MEC, criada com a finalidade de implementá-lo. Esta diretoria estabeleceu sólida cooperação com o MS. E ainda que significativa parte dos docentes médicos fossem contrários ao programa, a necessidade de tutores e supervisores foi suprida em todas as regiões do país com aqueles favoráveis.

Para a adesão dos docentes ao PMM, foram fatores importantes: dividir o território, fazendo com que cada um ficasse sob a responsabilidade de uma universidade; dar autonomia para o tutor de uma universidade poder selecionar e organizar o trabalho de diversos supervisores diretos dos médicos, que poderiam ser docentes de universidades que não aderiram ou educadores de serviços do SUS; conceder bolsas com remunerações atrativas, com valores maiores que as de pesquisa; e flexibilizar e adaptar a carga horária. Além disso, a tentativa de alguns conselhos de medicina de transformar essa atividade em comportamento contra o código de ética teve resposta e posicionamento jurídico imediato da Advocacia-Geral da União (AGU), além de ter sido normatizado que todo médico envolvido com o PMM teria direito à defesa da AGU para processos relacionados à sua atuação no programa.

A realização de atividades de educação permanente com tutores e supervisores e a automatização de seu processo de trabalho – na qual a agenda, as ações, a metodologia e os resultados eram compartilhados em um sistema – produziram um mínimo de uniformidade na ação e rotina de prestação de contas. Esses fatores somados à negociação por território criava um espaço próximo de solução de controvérsias, mantendo a capacidade adaptativa às singularidades locais e de cada caso.

## 2.4 O desenho da política – eixo formação

O eixo formação teve sua implementação menos efetiva (Pinto *et al.*, 2019a). As medidas que poderiam ser executadas diretamente pelo governo federal e estavam sob o comando direto de dirigentes do MS e do MEC tiveram mais facilidade de serem implementadas. É o caso, por exemplo, de toda a normatização e execução dos editais de abertura de novas escolas para garantir a expansão prevista no programa. A capacidade crítica mobilizada nessa ação foi a formulação de “direito novo” com a criação de instrumentos inovadores. Contudo, a inovação e uma série de outros fatores, discutidos à frente, fizeram com que os órgãos de controle recebessem de maneira conservadora essa ação e protelassem a implementação das etapas posteriores.

As etapas executadas pelo governo federal que dependiam de instâncias colegiadas e multi-institucionais e da ação de órgãos descentralizados tiveram implementação mais lenta ou até bloqueada em algumas dimensões. As novas diretrizes curriculares para os cursos de medicina e as residências em medicina de família e comunidade, dependentes respectivamente do Conselho Nacional de Educação (CNE) e da Comissão Nacional de Residência Médica, demoraram de um ano a um ano e meio para serem instituídas. Já as novas avaliações das escolas e dos estudantes de medicina, de responsabilidade do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep) e com grande influência de comissões de especialistas médicos, não foram implementadas ou foram parcialmente até 2016 – ano no qual a mudança na Presidência da República produziu uma inflexão que alterou as prioridades e os objetivos no eixo formação do PMM (Pinto *et al.*, 2019a). Os órgãos do Estado responsáveis tinham capacidade para implementar essas ações, contudo, isso foi protelado ou bloqueado porque estes foram espaços suscetíveis às pressões que se opunham ao projeto.

Por fim, as ações que dependiam dos dirigentes, dos colegiados e de um significativo número de professores dos cursos de medicina das instituições federais de educação superior foram as que tiveram implementação mais irregular e nas quais a adesão, as posições, os recursos, as capacidades e os contextos locais preponderaram sobre o comando e a diretriz nacional do MEC. Trataremos disso mais à frente.

## 2.5 Cooperação e coordenação

Um terceiro elemento se refere ao desenho e modo como se deram efetivamente os processos de cooperação no âmbito intergovernamental, entre os diferentes entes da Federação, a coordenação interna da política e os efeitos disso na sua implementação. Como dissemos antes, o desenho normativo da política utilizou instituições e processos já existentes em etapas anteriores, o que facilitou a implementação, além de não ter exigido novas rodadas de formulação, validação e aprovação nas instâncias interfederativas e de controle social do SUS.

O desenho da cooperação e coordenação buscou ao máximo fazer uso dessa institucionalidade já existente, como também apontaram Lotta, Galvão e Favareto (2016). Assim, questões, demandas, problemas, novas necessidades, correções de trajetória etc. mais gerais eram, por exemplo, pautadas pelos representantes dos gestores municipais e estaduais na comissão intergestores tripartite (CIT), no âmbito nacional, e, com pautas mais específicas, na Coordenação Nacional do Programa Mais Médicos, que tinha representantes do MS, do MEC, gestores municipais e estaduais. Também era dirigida para essa gestão as questões debatidas de maneira descentralizada nas comissões intergestores bipartite (CIB), no âmbito estadual, pelo fato destas não terem membro deliberativo do MS. Contudo, com o intuito de ter mais agilidade na tomada de decisões e realização das ações requeridas, a maior parte dos temas era arbitrada pela coordenação executiva do programa, que levava em conta as deliberações e diretrizes dos órgãos colegiados nacionais, e dialogava com as instâncias e os atores da gestão tripartite do SUS. Foi criado inclusive um corpo de técnicos chamado de *referências descentralizadas* para fazer a mediação com essas instâncias e atores. Ou seja, não foi construída uma gestão paralela àquela do SUS.

Ainda em termos de coordenação, a tecnoburocracia estatal do governo federal, responsável pela implementação do PMM, teve diferentes comportamentos, mas os resultados satisfatórios de adesão e realização da maioria das ações, especialmente nos eixos provimento emergencial e infraestrutura, parecem estar relacionados a dois fatores. Um corresponde à criação de instâncias de execução, com equipes e instituições novas, e a exigência da adesão dos dirigentes máximos das instituições às quais aquelas eram subordinadas. Outro refere-se à coordenação permanente e com poder de comando, seja da Casa Civil, seja da estruturada em cada ministério envolvido. Uma coordenação que, diante da não realização das atividades previstas ou discordância entre os participantes sobre alguma etapa, meta ou processo da implementação, acionava o secretário nacional da área ou o secretário executivo ou até o ministro do ministério correspondente.

Apesar disso, as maiores resistências em termos da tecnoburocracia do governo central aconteceram em alguns órgãos da administração indireta e em instâncias que contavam com a participação de representantes ou especialistas com vínculos com a corporação médica. Um exemplo que ilustra isso é o Exame de Revalidação de Cursos, o Revalida. Não foram bem-sucedidos os esforços de fazer uma avaliação com grau de exigência semelhante entre o que se cobra do médico estrangeiro e do egresso de um curso de medicina no Brasil. A avaliação melhorou, mas seguiu com uma exigência que, de antemão, se sabe que serão reprovados mais de dois terços dos candidatos. Este exame era construído pelo Inep, sua gestão feita por uma comissão com representações do governo e também das entidades médicas. A equipe de elaboração e de aplicação da prova (há uma prova prática que mensura

as habilidades e atitudes dos candidatos) é composta por diversos docentes que possuem vínculos com a corporação, são críticos ao PMM e resistentes à “abertura” do mercado brasileiro à atuação de médicos estrangeiros.

## 2.6 A adesão dos atores implementadores

Um último elemento a se aprofundar nesta seção, porque em parte já foi abordado, é a *adesão* dos atores implementadores.

No caso do eixo provimento emergencial, os atores descentralizados mais importantes para a implementação efetiva nos municípios eram os gestores municipais e os demais atores sociais que atuavam nos territórios e nas UBS em que a gestão municipal decidiu que deveria receber médicos do programa. A adesão, voluntária, dos gestores municipais foi maciça: mais de 3,5 mil municípios aderiram em um prazo menor que um ano, chegando a pouco mais que 4 mil em um ano e meio.

Essa alta adesão dos municípios se explica porque há muito tempo eles sofriam com a falta de médicos, alta rotatividade e o não cumprimento de carga horária, principalmente nas áreas com as populações mais carentes e vulneráveis. Cada vez mais recursos financeiros eram gastos na tentativa de atrair médicos para estas áreas. O PMM além de garantir o médico, o profissional mais difícil e caro para a operacionalização da Estratégia de Saúde da Família, assumia o custo da remuneração desse profissional. O profissional do PMM, em sua maioria, era especialista em saúde da família, mais resolutivo e preparado para atenção básica que a média dos médicos brasileiros, em um país no qual menos de 3% dos médicos são formados em medicina de família e comunidade (Pérez, López-Valcárcel e Vega, 2011). Além disso, também contribuiu o fato de o PMM não ter alterado os pactos vigentes do que era discricionário ou não à gestão municipal e o ganho político que os gestores puderam vivenciar. Diversos municípios expandiram muito a cobertura e o PMM passou a representar aproximadamente metade de toda a população coberta de cidades pequenas a capitais tão diferentes como Salvador e Porto Alegre.

A seguir consideraremos o nível de implementação mais próximo do local de realização da atenção à saúde, o dos burocratas de nível de rua do programa: as UBS e a comunidade atendida. Os membros das equipes de saúde da família e gerentes de serviço sofriam com a falta de médicos justamente por não conseguir atender à população com a resolubilidade esperada. Isso deslegitimava o serviço junto à população além de impactar negativamente a saúde da comunidade. Assim, tanto as equipes como as comunidades tinham interesse, apoiaram e receberam muito bem os profissionais, facilitando sua atuação.

Pesquisa realizada pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e pelo Instituto de Pesquisa Econômica e Social de Pernambuco (Ipesp), em 2015, mostra que o apoio e a avaliação positiva dos médicos ao programa fazem parte



do início da implementação. Uma das medidas para ampliar esse apoio, além das campanhas nacionais de utilidade pública, foi a agenda de eventos regionais que apresentavam um balanço da implementação e, via mídia regional, mais interessada em fatos concretos e notícias da região, conseguiu furar em parte o bloqueio da grande mídia às notícias favoráveis ao governo vigente de então (Segalin, 2013; Morais *et al.*, 2014; Luz, Cambraia e Gontijo, 2015; Paula *et al.*, 2017; Pinto, 2018).

A maioria das UBS que receberam médicos do programa não contava com médicos atuando (Brasil, 2015; Pinto *et al.*, 2014; 2017). Contudo, mesmo naquelas que tinham médicos que, a princípio, poderia se esperar que seriam críticos ao programa, a chegada dos médicos do PMM não produziu resistência relevante. Objetivamente, o médico do programa que chegou ajudou a atender às pessoas do território, reduzindo a sobrecarga dos médicos que atendiam sozinhos ou com mais um em unidades cujo território demandavam uma quantidade que deveria ser o dobro ou mais de médicos. Assim, até por uma questão pragmática, foram quase inexistentes os relatos de resistência. A mesma pesquisa da UFMG mostrou que quase 100% dos médicos do programa consideraram que foram bem recebidos pela equipe da unidade e pela comunidade.

Também foi importante a adesão dos gestores estaduais responsáveis por apoiar a logística de capacitação e distribuição dos médicos, junto ao MS, e solucionar problemas de gestão cotidiana do programa junto aos municípios, respeitando as diretrizes nacionais e os processos administrativos definidos pela coordenação nacional. O desenho de coordenação do programa previu a atuação das secretarias de estado e estimulou que os setores ficassem formalmente responsáveis por algumas tarefas. Estes poderiam ser novos ou já existentes. Em alguns lugares, foi a coordenação da atenção básica que designou equipe para essa função; em outros, foram criados grupos específicos ligados a uma subsecretaria ou diretamente ao gabinete do secretário.

A implementação do programa prescindia da adesão e atuação das secretarias de estado, mas essa adesão produzia algumas vantagens para os três entes: para os municípios, representava maior proximidade e possibilidade de dialogar com uma instância de coordenação do programa, além da possibilidade de alguns custos logísticos e de infraestrutura extras serem assumidos pelo governo estadual. Para a gestão estadual, a possibilidade de influenciar e também colher resultados políticos de um programa presente na maioria dos municípios do estado e que atendia diretamente um percentual relevante da população – com uma média de 31% da população atendida pelo PMM a casos como o do Acre onde essa cobertura chegava a 71%. Para o governo federal, incremento da adesão e da corresponsabilização e menos custos tanto em termos de logística quanto para a tomada de decisões – devido à proximidade dos atores com o caso, maior negociação regional, maior processamento dos problemas e possibilidades de solucionar controvérsias.

No eixo formação, a questão foi bem diferente. Iniciou-se com a pouca adesão das universidades em expandir o número de vagas de cursos de medicina, em especial nas escolas já existentes. Ainda que muitas vezes existisse a adesão da reitoria, nas unidades de medicina (faculdades e coordenações de curso), ou a direção era resistente e/ou não conseguia mobilizar os recursos necessários junto aos docentes. De um lado, a expansão de vagas se deu via criação de novas unidades e não a partir de um curso prévio, de outro, parte importante da meta de expansão teve de ser feita em instituições privadas de ensino (Brasil, 2015; Oliveira *et al.*, 2019; Pinto *et al.*, 2019a).

A implementação das mudanças previstas nas diretrizes curriculares exigia grande engajamento das direções das escolas, da maioria do corpo docente, dos estudantes e também de forte colaboração dos gestores do sistema de saúde local no qual deveria acontecer a integração entre ensino e serviço. O PMM contribuiu com o processo de mudança da educação médica no Brasil sendo, talvez, a política pública que mais tenha colaborado nesse sentido (Oliveira, 2018), mas não conseguiu, até o momento, produzir os efeitos esperados. De fato, essa é uma mudança complexa e que exige a mobilização e atuação dos diversos atores locais, de “burocratas de nível de rua”, ela exige mudanças culturais importantes. Os mecanismos mais *top down* que pretendiam fortalecer e induzir à mudança local – e que já refletia um aprendizado e incremento com relação às políticas de mudança da graduação anteriores – não chegaram a ter sua implementação concluída e, a partir de 2016, foram em sua maioria descontinuados ou mesmo desfeitos (Pinto *et al.*, 2019a).

Essa mesma análise, em grande parte, pode ser estendida à mudança no número de vagas, nos modos de seleção e currículos dos programas de residência médica, e à formação *lato sensu* em serviço responsável por formar médicos especialistas no Brasil. Houve uma importante expansão e qualificação da formação nas residências de medicina de família e comunidade. Isso foi possível pelo fato de a decisão ser mais dependente dos gestores do SUS que das universidades, mais sobre a gestão do MS que do MEC, mais relacionada a programas de residência novos e envolver médicos que são mais aderidos aos objetivos da política. Mas que, sem a implementação da obrigatoriedade dessa formação, conforme prevista na Lei do PMM, expandiu muito aquém da universalização justamente por não exigir a criação de vagas nas universidades públicas e privadas. Para comprometer definitivamente a meta, a partir de 2016, o governo federal decidiu impedir as universidades federais de expandirem as residências (Pinto *et al.*, 2019a).

Os grupos mais tradicionais não abriram mão do controle que tinham sobre a seleção de candidatos, o número de vagas e uma série de discricionariedades relevantes para a manutenção do *status quo* desses programas. Resistiram às mudanças previstas no PMM, em especial, por não quererem ampliar o número de especialistas no mercado de trabalho, não perder o poder de influenciar os ingressantes nos programas e

por discordarem da nova mudança dos currículos e itinerário de formação dos médicos que apontava para uma formação mais integral, mais generalista e mais voltada às necessidades do SUS. Vale destacar que a posição da corporação de querer manter a relação população-postos de trabalho médicos-número de médicos fez com que ela resistisse à expansão pública e privada de vagas na graduação, à expansão de vagas na pós-graduação (residências para formação de especialistas), às mudanças que buscavam fazer do Revalida uma avaliação mais equilibrada (e, portanto, com maior potencial de validar o diploma de médicos formados fora do país e aptos a trabalhar no mercado brasileiro) e ao cadastro nacional de especialistas, previsto na lei para ser um instrumento de identificação da necessidade de médicos e especialistas para cada localidade do país (Pinto *et al.*, 2019).

A dimensão da política que, segundo a tipologia de Lowi (1964), teria diversos elementos de uma política regulatória foi a que produziu reação dos atores sociais com maior poder acumulado dentre os que já mencionamos. O PMM mudou a regulação da abertura de escolas médicas privadas no Brasil e instituiu instrumentos de política que operacionalizam a nova regulação dando um salto inédito na atuação do Estado para a ordenação da formação na perspectiva das necessidades do SUS, um princípio constitucional (Pinto *et al.*, 2019). Nessa mudança, o programa substituiu uma lógica *market oriented* por uma *policy oriented*, conforme a análise de Rovere (2015). Assim, a iniciativa que era até então privada, passou a ser pública. Antes, o acordo entre um prefeito, alguns parlamentares e a mantenedora de uma faculdade poderia resultar em recursos técnicos, econômicos e políticos que pressionariam o MEC a abrir uma escola médica em um dado município e com amplo acordo da população. Isso aconteceria independentemente de o local ter ou não necessidade de médicos ou de vagas. Na maioria das vezes, o critério da mantenedora era ter potenciais alunos com capacidade de pagamento e o dos atores políticos, ter ganho político.

O PMM mudou essa prática, com ele, passou-se a ter critérios para que os municípios escolhidos fossem baseados na necessidade de médicos e vagas de graduação na região, bem como ter um planejamento global e regionalizado. Assim, em uma região, se definia o melhor lugar para ter uma escola além de se valorizar o critério da interiorização e prover escolas para populações com mais necessidade de médicos e vagas, respeitando, obviamente, os critérios de qualidade (Brasil, 2015). Essa mudança impediu que se abrissem escolas em qualquer local e fez com que o processo perdesse grande parte de sua discricionariedade, passando a ser regido por regras claras e editais. O acordo entre atores não garantia mais a criação da escola.

A nova regulação teve adesão imediata do segmento de escolas privadas com o interesse de criar novos cursos de medicina. Contudo, o processo limitou a quantidade de escolas que uma mantenedora poderia abrir, o que incomodou os grandes grupos de educação que hoje monopolizam o segmento no Brasil. Com o resultado do edital, dois grupos se interessaram em bloquear a criação das novas

escolas: as mantenedoras que não venceram e a corporação médica. Ambos se aliaram a parlamentares e produziram diversas ações de resistência. Uma conseguiu interromper o processo, suspendendo o edital do Tribunal de Contas da União (TCU), descontinuando assim o processo por dois anos para a maioria das escolas (Pinto, 2018). O MEC reagiu a essa ação de modo técnico e legal, mas não criou, por exemplo, um espaço de concertação que envolvesse o Legislativo federal, o TCU e representantes do mercado privado de educação para solucionar uma paralisação que era ruim para a maioria dos atores envolvidos.

Na sequência, o segmento de escolas privadas passou a pressionar uma mudança da legislação para flexibilizar a abertura de escolas. Essa legislação seria regulada somente por mecanismos de mercado. Já a corporação médica pressionava para que a expansão fosse interrompida. O ritmo da expansão foi prejudicado por esse embate entre os atores sociais citados, que buscavam alterar o comportamento das instituições e as próprias regras institucionais conforme seus próprios interesses e projetos.

Por fim, vale destacar que a formulação do PMM foi um processo mais interno e reservado. No governo federal, apenas os setores diretamente responsáveis debatiam e participavam desta etapa. A antecipação do lançamento do PMM impediu que outros atores pudessem ser chamados a participar da formulação. Mas a prioridade dada à política, o seu modo de coordenação, o alto interesse que diversos atores tinham na implementação de suas ações, bem como a oposição de outros aos resultados de suas ações, definiram mais a adesão e atuação dos atores sociais, a favor ou contra, que o fato de ter ou não participado da formulação inicial. Acreditamos que a maior participação dos atores teria mudado pouco a posição, em grande parte previsível, que os atores sociais tiveram frente à política (Pinto, 2018; Pinto *et al.*, 2019a; 2019b).

### 3 O QUE APRENDEMOS COM O PROGRAMA MAIS MÉDICOS?

Podemos sintetizar alguns fatores que atuaram para o sucesso ou ao menos contribuíram para o alcance dos resultados no PMM, bem como os que atuaram em contrário, dificultando a implementação da política. A seguir abordaremos com prioridade esses fatores na medida em que eles nos permitiram aprender com a experiência para apoiar a formulação, implementação e coordenação de outras políticas.

Primeiramente, destaca-se que o PMM é em grande parte uma política exitosa e bem-sucedida, especialmente quando consideramos os eixos provimento emergencial e infraestrutura. Aquele atendeu toda a demanda dos municípios, ultrapassou as metas previstas inicialmente, avançou em uma distribuição equitativa dos médicos – as áreas mais vulneráveis receberam proporcionalmente três vezes mais médicos que as mais ricas – e teve efeitos importantes (Pinto *et al.*, 2017).

Esses resultados seguem sendo estudados e apresentados, inclusive, em diversas pesquisas que analisam os efeitos nos indicadores de saúde da população atendida. O eixo infraestrutura, em que pese uma desaceleração a partir de 2016 com o forte contingenciamento de recursos de custeio e investimento sofrido pela área da saúde, das aproximadamente 26 mil obras previstas no Programa de Requalificação das UBS, 73% foram concluídas. Destas, 9.900 são construção de novas unidades que alcançaram um percentual de conclusão de 60%.

No eixo formação, também houve avanços significativos. Foram criadas as novas diretrizes curriculares nacionais; formulados os instrumentos de política para regular a expansão de escolas e monitorar a quantidade de médicos especialistas por território no país. O número de vagas nos cursos de medicina tornou-se maior nas cidades do interior que nas capitais. Assim, com a abertura de novas escolas em cidades com população a partir de 70 mil habitantes, houve um claro processo de interiorização, aumentando as regiões de saúde com escolas de medicina. O número destas regiões no Brasil passou de 143 para 204, de um total de 438. As metas de expansão de vagas de graduação, 11,5 mil até o fim de 2015, conseguiram ser executadas em 55% e chegaram a 74% ao fim de 2018. As regiões Norte e Nordeste praticamente equipararam a quantidade de vagas por habitante das regiões Sul e Sudeste. Foram criadas ainda mais de 10 mil vagas de residência médica, mas a universalização da residência em medicina de família e comunidade não foi atingida e não é mais prioridade (Oliveira *et al.*, 2019). Contudo, como já dito, o eixo formação teve várias iniciativas paralisadas ou mesmo desfeitas e há uma tendência em seguir esse processo de desconstrução nos próximos anos (Pinto *et al.*, 2019a).

Alguns dos elementos destacados que contribuíram para o êxito do eixo formação foram a prioridade e coordenação da política. Esta foi a agenda central da Presidência da República, uma coordenação que de fato fez com que os vários ministérios e setores se engajassem na implementação, na análise e solução de problemas. Muito se pôde aprender com esse modo de fazer a gestão coordenada entre os vários ministérios e as várias áreas em cada um deles. A importância dada à política aliada à sua coordenação conseguiu garantir, por exemplo, que recursos fossem mobilizados e que o PMM tivesse todo o orçamento necessário para sua implementação e expansão, que se deu até 2016.

Outro aprendizado foi quanto ao processo de formulação do PMM que, ao contrário de uma visão “etapista” do ciclo de políticas de Dye (2009), a formulação seguiu acontecendo durante todo o processo de implementação. O modo de coordenar e gerir uma política que precisa construir novos instrumentos legais e administrativos, criar parâmetros, modelos de análise e modelos lógicos de implementação, bem como desenvolver, instituir e aprimorar processos, criar instâncias e espaços de

gestão demandam uma conformação de organizações que aprendem e isso não é um desafio simples para as instituições privadas nem públicas (Morgan, 1996). É mais desafiador ainda naquelas instituições tradicionais, como é o caso do MS e do MEC.

Outro aprendizado importante foi quanto às decisões de quando criar novas instâncias, organizações e instituições para desenvolver uma tarefa ou implementar uma dimensão da política e quando fazer o máximo esforço para utilizar as instituições vigentes. De uma maneira geral, quanto aos espaços de coordenação da política, tanto no subsistema da saúde quanto no da educação, a decisão foi de usar prioritariamente a institucionalidade vigente. Isso mostrou-se acertado no subsistema da saúde, mas no da educação é evidente que deu poder de veto (Tsebelis, 2002) a alguns espaços que conseguiram protelar ou mesmo bloquear ações e decisões importantes para a implementação da política.

Essa mesma orientação geral foi observada quanto à institucionalidade relacionada à execução da política. O seu desenho operacional, como tratado anteriormente, apoiou-se no que já existia. A decisão predominante foi de incrementar as instâncias e organizações de execução já envolvidas com processos e políticas análogos. Contudo, foi criado um novo departamento no MS, e uma diretoria e outra coordenação no MEC para serem os responsáveis pela execução da política. Isso foi decisivo para a prioridade e capacidade apresentadas pelo governo federal na implementação do PMM. E, como dito antes, também foi criada uma grande equipe de referências descentralizadas, mais de duzentas se somadas as do MEC com as do MS, para apoiar localmente a implementação da política.

O PMM, aprendendo com a experiência anterior, centralizou alguns processos que no primeiro ano do Provac não eram, por exemplo, a contratação e remuneração dos médicos. Essa centralização foi decisiva para a rápida implementação e, principalmente, adesão dos médicos ao programa. Experiências internacionais mostram que uma política com esse desenho é necessária por muitos anos para áreas mais vulneráveis, com grande escassez de médicos e muita dificuldade em atraí-los e fixá-los, contando só com a capacidade do poder público local (Oliveira *et al.*, 2015).

Contudo, passado o primeiro momento de implementação e de atenção ao problema, seria necessário desenhar e transitar para um modelo mais descentralizado. A alternativa municipal parece não ser a mais viável, tendo em vista a imensa dificuldade dos municípios em resolver esse problema (Santos e Pinto, 2009; Girardi *et al.*, 2011). No entanto, seria necessário pensar em estratégias regionais e interfederativas. O MS chegou a elaborar editais para prospecção, apoio e estudo de experiências assim, com a da Fundação Estatal de Saúde da Família da Bahia, mas isso não resultou em formulação de uma proposta nem em medida concreta de implementação de alguma alternativa por parte do governo federal.

Importante salientar que os interesses e as ideias dos atores implicados parecem ter sido os fatores mais importantes para prever e compreender a posição a respeito do PMM, do grau de adesão ao engajamento na oposição ao programa (Côrtes e Lima, 2012). A enorme adesão ao programa por parte dos atores locais dos municípios está bastante relacionada ao grande potencial da política em resolver um importante problema local. Potencial rapidamente demonstrado logo na implementação inicial do programa. Vale destacar que a decisão de iniciar a implementação imediatamente à publicação da MP foi essencial para receber uma adesão tão forte entre os atores locais e um aumento progressivo de apoio da *opinião pública*. Isso resultou numa convergência de posição dos parlamentares que votaram a ratificação da MP em lei (Brasil, 2013a; 2013b).

Pouco provável que o envolvimento dos atores implicados para além do que foi feito mudaria suas posições. Mas se isso em grande parte parece ser real para as organizações mais conservadoras da categoria médica (Gomes e Merhy, 2017), parece que, como já abordado, o governo federal deveria ter investido em espaços de concertação para a solução de controvérsias entre atores do setor privado de educação, parlamentares e Tribunal de Contas, por exemplo.

O eixo formação necessita de uma implementação mais longa, seus resultados são sentidos somente no médio prazo e sua compreensão é menos imediata. Com isso, seus efeitos são percebidos tardiamente pela população, pelos parlamentares e demais atores políticos que não são especialistas ou envolvidos com a área de educação médica. Um aprendizado ainda fundamental se dá na questão: como comunicar, engajar e desenvolver compreensões mais complexas por parte da população em geral e dos atores relevantes para a implementação de políticas desse tipo? O paradoxo dessa questão consiste no fato deste eixo ser considerado o mais estruturante e com mais efeitos de médio prazo da política e ainda assim ter sido o menos implementado e o que teve mais reação a fim de protelá-lo, bloqueá-lo, em grande parte, e até mesmo desfazer algumas de suas iniciativas. Tudo isso ocorreu praticamente de modo despercebido pela população, pelos meios de comunicação e pela maioria dos parlamentares (Pinto *et al.*, 2019a; 2019b).

Por fim, algumas questões importantes sobre o PMM ainda precisam ser compreendidas.

- 1) A alternativa de expandir as vagas via instituições de educação superior privadas, ante a dificuldade que se teve de cumprir a meta nas públicas, resulta nos mesmos objetivos em termos de ampliação e democratização do acesso à formação médica, formação de boa qualidade e voltada para o SUS e formação de um cidadão e médico socialmente comprometido e eticamente alicerçado?

- 2) A expansão de vagas somada às medidas de interiorização da formação de fato resultarão em uma distribuição dos médicos menos concentrada nos grandes centros?
- 3) O novo papel assumido pelo governo federal no provimento de profissionais, e consequente maior probabilidade de produção de dependência deste papel por parte do município, em especial, os com maior dificuldade de atração e fixação de profissionais e com piores condições fiscais, pode ou poderia ser base para uma alternativa mais estruturante e de médio prazo para o provimento e fixação de profissionais, ainda que não necessariamente municipal ou realizada diretamente pela União?
- 4) Essas são análises relevantes para compreender se, nesses casos, alternativas com caminho de implementação mais rápido conseguem de fato se articular com outras mais estruturantes e que sejam efetivas a curto ou longo prazo. Contudo, essas são reflexões que excedem as pretensões deste texto.

## REFERÊNCIAS

- AARON, Y. *et al.* Census of actively licensed physicians in the United States. **J MedRegulation**, v. 99, n. 2, p. 11-24, 2012.
- ALMEIDA RODRIGUES, P. H. *et al.* Regulação do trabalho médico no Brasil: impactos na Estratégia Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 4, 2013.
- AMÂNCIO FILHO, A. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 8, n. 15, 2004.
- ALÉSSIO, M. M.; SOUSA, M. F. Regulação da formação de especialistas: inter-relações com o Programa Mais Médicos. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, p. 633-667, 2016.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
- \_\_\_\_\_. Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. **Diário Oficial**, Brasília, 23 out. 2013a. Disponível em: <encurtador.com.br/jkosI>. Acesso em: 21 jan. 2019.
- \_\_\_\_\_. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial**, Brasília, 23 out. 2013b. Disponível em: <http://abre.ai/ak6J>. Acesso em: 21 jan. 2019.



\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros**. Brasília: MS, 2015.

BUYKX, P. *et al.* Systematic review of effective retention incentives for health workers in rural and remote areas: towards evidence-based policy. **Australian Journal of Rural Health**, v. 18, n. 3, p. 102-109, 2010.

CARVALHO, M. S.; SOUSA, M. F. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, p. 913-926, 2013.

CHOPRA, M. *et al.* Effects of policy options for human resources for health: an analysis of system aticre views. **The Lancet**, v. 371, n. 9613, p. 668-674, 2008.

CINGOLANI, L. **The State of State Capacity**: a review of concepts, evidence and measures. Japan: United Nations University – Maastricht Economic and Social Research Institute on Innovation and Technology (UNU – MERIT). 2013. (Working Papers, n. 53).

CIUFFO, R. S.; RIBEIRO, V. M. B. Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos: um diálogo possível? **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 12, p. 125-140, 2008.

CNS – CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social. *In*: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11., Brasília, Distrito Federal. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde; 2000. (Relatório final).

CÔRTEZ, S. V.; LIMA, L. L. A contribuição da sociologia para a análise de políticas públicas. **Lua Nova**, v. 87, p. 33-62, 2012.

DOLEA, C.; STORMONT, L.; BRAICHET, J-M. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 88, n. 5, p. 379-385, 2010.

DYE, T. R. Mapeamento dos modelos de análise de políticas públicas. *In*: **Políticas públicas e desenvolvimento**: bases epistemológicas e modelos de análise. Brasília: Editora UnB, cap. 3, v. 2, p. 99-128, 2009.

FEUERWERKER, L. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. **Interface-Comunicação, saúde, educação**, v. 2, p. 51-71, 1998.

GMC – GENERAL MEDICAL COUNCIL. **The state of medical education and practice in the UK**. United Kingdom: GMC, 2012. Disponível em: <<http://twixar.me/nMx1>>. Acesso em: 21 jan. 2019.

GIRARDI, S. N. *et al.* Índice de escassez de médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária. *In*: PIERANTONI, C. R.; DAL POZ, M. R.; FRANÇA, T. (Orgs.). **O trabalho em saúde**: abordagens quantitativas e qualitativas. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/UERJ, ObservaRH, 2011. p. 171-186.

GOMES, L. B.; MERHY, E. E. Uma análise da luta das entidades médicas brasileiras diante do Programa Mais Médicos. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, p. 1103-1114, 2017.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS)**: Saúde. Brasília: Ipea, 2011. Disponível em: <<http://twixar.me/rNx1>>. Acesso em: 21 jan. 2019.

KINGDON, J. Agendas, alternatives and public policies. Longman Classics. *In*: POLITICAL SCIENCE. 2. ed. Washington, 2011.

LOTTA, G. S.; GALVÃO, M. C. C. P.; FAVARETO, A. S. Análise do Programa Mais Médicos à luz dos arranjos institucionais: intersectorialidade, relações federativas, participação social e territorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, 2016.

LUZ, C. A.; CAMBRAIA, C. N.; GONTIJO, E. D. Monitoramento de terminologia na mídia: o Programa Mais Médicos. **Tradterm**, v. 25, n. 1, p. 199-233, 2015.

MACIEL FILHO, R. **Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde**: o caso brasileiro. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007.

MARTINS, M. A.; SILVEIRA, P. S. P.; SILVESTRE, D. **Estudantes de medicina e médicos no Brasil**: números atuais e projeções. *In*: PROJETO AVALIAÇÃO DAS ESCOLAS MÉDICAS BRASILEIRAS. São Paulo, 2013. (Relatório I).

MORAIS, I. *et al.* Jornais Folha de São Paulo e Correio Braziliense: o que dizem sobre o programa Mais Médicos? **RevEscEnferm USP**, v. 48, n. 1, p. 107-115, 2014.

MORGAN, G. **Imagens da organização**. São Paulo: Atlas, 1996.

OECD – ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. **Health at a glance 2011**: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing, 2011. Disponível em <<http://twixar.me/1cx1>>. Acesso em: 21 jan. 2019.

OLIVEIRA, F. P. **As mudanças na formação médica introduzidas pelo Programa Mais Médicos**. 2018. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, p. 238, 2018.

OLIVEIRA, F. P.; PINTO, H. A. A formulação e implementação do Programa Mais Médicos e a cooperação com a Organização Pan-Americana da Saúde e Cuba. **Revista Saúde em Redes**, n. 4, 2018.

OLIVEIRA, F. P. *et al.* Mais Médicos: a Brazilian program in an international perspective. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 54, p. 623-634, 2015.

\_\_\_\_\_. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Formação de 2013 a 2015. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 1, p. 1087-111, 2019.

PAIM, J. *et al.* The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

PAULA, D. M. P. *et al.* O Programa “Mais Médicos” na mídia brasileira: estado da arte. **Observatório**, v. 11, n. 1, p. 1-13, 2017.

PÉREZ, P. B.; LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. G.; VEGA, R. S. **Oferta, demanda y necesidad de médicos especialistas en Brasil: proyecciones a 2020**. Las Palmas: Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, 2011.

PINTO, H. A. **O que tornou o Programa Mais Médicos possível: análise da formação da agenda e do processo de formulação do Programa Mais Médicos (Projeto de Pesquisa)**. Porto Alegre, 2018. Mimeo.

PINTO, H. A. *et al.* O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da atenção básica. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, n. 51, p. 105-120, 2014.

PINTO, H. A. *et al.* Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provisório de 2013 a 2015. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, 2017.

\_\_\_\_\_. O Programa Mais Médicos e a mudança do papel do Estado na regulação e ordenação da formação médica. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, 2019a.

\_\_\_\_\_. Sustainability of the More Doctors Program as a public policy. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, n. 1, 2019b.

POZ, M. R. D.; PERANTONI, C. R.; GIRARDI, S. Formação, mercado de trabalho e regulação da força de trabalho em saúde no Brasil. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. v. 3. p. 187-233.

RODRIGUES, P. H. A; *et al.* Regulação do trabalho médico no Brasil: impactos na Estratégia Saúde da Família. **Physis** [online], v.23, n. 4, p. 1147-1166, 2013.

ROVERE, M. R. El Programa Más Médicos: um análisis complementario desde la perspectiva de la salud internacional. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 54, p. 635-636, 2015.

SABATIER, P. A.; WEIBLE, C. M. The advocacy coalition framework: in novation and clarifications. *In*: SABATIER P. A. (Ed.). **Theories of the policy process**. Cambridge, M.A.: West view Press, p. 189-220, 2007.

SANTOS, L.; PINTO, H. A. A saúde da família de cara nova. *In*: SANTOS, L. (Org.). **Fundações estatais estudos e parecer**. Campinas: Saberes Editora, v. 1, p. 371-387, 2009.

SCHEFFER, M.; BIANCARELLI, A.; CASSENOTE, A. **Demografia médica no Brasil**: cenários e indicadores de distribuição. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, v. 2, 2013.

SECCHI, L. **Políticas públicas**: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. São Paulo: Cengage Learning, p. 133, 2010.

SEGALIN, M. **O Programa MM**: um estudo de imagem a partir da revista veja. 2013. (Monografia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre (Rio Grande do Sul), 2013.

SILVA, E. S. **Programa Mais Médicos**: a formação de uma política pública. 2017. 111 p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, 2017. Disponível em: <<http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/331561>>. Acesso em: 3 set. 2018.

TSEBELIS, G. **Veto players**: how political institutions work. Princeton: Princeton University Press, 2002.

UFMG – UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Avaliação nacional da demanda de médicos especialistas percebida pelos gestores de saúde**. Belo Horizonte: UFMG, 2009. Disponível em: <<http://twixar.me/qcx1>>. Acesso em: 21 jan. 2019. (Relatório Técnico de Projeto).

UFMG – UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS; IPESPE – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA E SOCIAL DE PERNAMBUCO. **Pesquisa avaliação de política pública para saúde no Brasil**: Programa Mais Médicos. Minas Gerais: UFMG; Brasília: Ipespe, 2015. Mimeo.

## SUPERANDO DESAFIOS, PRODUZINDO RESULTADOS

Carla Rabelo<sup>1</sup>

### 1 INTRODUÇÃO

Eu sou Carla, tenho 46 anos, nasci em Teresópolis, cidade serrana do estado do Rio de Janeiro na qual vivo e atuo desde 1991, quando fui aprovada em concurso público para atuar como professora nos anos iniciais, dando início ao meu trabalho como regente da rede municipal de ensino. Fui aluna da escola pública estadual durante toda a minha vida escolar. Em dezembro de 1990, concluí o curso normal. Quando comecei a trabalhar na rede municipal, atuava também como professora substituta nas séries iniciais em uma escola particular da cidade. Ao assumir a matrícula, recebi uma classe de alfabetização, e considero que esse tenha sido um desafio ousado, mas muito promissor. Duas redes tão distintas, com públicos tão diferenciados, representaram aprendizagem muito significativa para minha formação.

Nessa ocasião, já frequentava a Faculdade de Pedagogia Professora Nair Fortes Abu-Merhy, em Além Paraíba, Minas Gerais, na qual concluí minha graduação, em 1994.

Desde 1989, o município de Teresópolis passava pelo processo de municipalização. O número de escolas de nossa rede cresceu sensivelmente. Agregar escolas estaduais à rede municipal demandava novo ordenamento administrativo-pedagógico. Era importante alinhar esses profissionais à organização municipal. A Secretaria Municipal de Educação de Teresópolis (SME), então, buscou, nas unidades próprias, professores com formação acadêmica em pedagogia, com o objetivo de implementar um sistema de visitação itinerante nessas novas unidades. Dessa forma, recebi o convite para atuar na coordenação pedagógica. Em 1994, fui aprovada em novo concurso público. Deixei a rede particular e passei a atuar com dois vínculos: um como regente nas séries iniciais, com o vínculo novo, e outro como coordenadora pedagógica itinerante, com o antigo.

Com o pessoal reduzido, pois a rede não dispunha de profissionais habilitados para atuarem como coordenadores pedagógicos, a gestão organizava rotas de visitas às escolas, para que pudéssemos acompanhar o desenvolvimento pedagógico das

---

1. Pedagoga, professora de ensino religioso no Centro Educacional Beatriz Silva e no Centro Educacional Helena Paula Tavares e auxiliar de direção no Centro Educacional Beatriz Silva. *E-mail*: <carlarabeloped@gmail.com>.

unidades. Nessa ocasião, fui responsável por treze unidades escolares que atendiam à educação infantil e aos anos iniciais do ensino fundamental; cinco localizadas nas zonas rurais e oito, na zona urbana da cidade.

Semanalmente, nos reuníamos com a equipe técnica da Secretaria Municipal de Educação de Teresópolis para elencar os objetivos prioritários de cada visita. Recebíamos um roteiro com a escala de horários e transportes e seguíamos em visita para levar às unidades as orientações, os informes e os projetos de trabalho, além de auxiliar nas demandas mais emergenciais que encontrássemos em cada comunidade. Assim, conversávamos com os diretores e os professores sobre o planejamento das aulas, conferíamos o registro nos diários de classe, atendíamos os estudantes com dificuldades para ajudar na elaboração de atividades específicas para seu pleno desenvolvimento, auxiliávamos os responsáveis dos estudantes que precisavam de algum tipo de encaminhamento para apoio nas secretarias de saúde e desenvolvimento social, presidíamos os conselhos de classe e reuniões pedagógicas, produzíamos relatórios de visita e sugeríamos atividades para as turmas. Enfim, na limitação de horário<sup>2</sup> e do quantitativo de trabalho, a coordenação pedagógica itinerante funcionava como um canal de interlocução entre as unidades e a SME, especialmente para aquelas que se localizavam na zona rural. Além disso, também éramos um suporte no alinhamento das propostas pedagógicas estaduais e municipais.

Em 1995, assumi, por indicação da SME, a direção da escola na qual atuava até então como regente. Dividia meus horários entre as tarefas pedagógicas e as administrativas. Em 2000, ainda como diretora, fui convidada a fazer parte da coordenação pedagógica de outra unidade que atendia aos anos finais do ensino fundamental. Ser um “diretor pedagógico” e uma coordenadora com “visão administrativa” diminuiu muitos problemas enfrentados por mim nesse período. Em especial, a necessidade de organização de rotina semanal que desse conta de atender às duas unidades de maneira satisfatória. Esse acúmulo de funções somente foi permitido em função dos dois vínculos que tinha com a rede municipal, em que para cada um era necessário cumprir quatro horas de trabalho. Apesar de funções diferentes, esse trabalho era norteado pela certeza de que todas as ações administrativas em uma unidade devem ter apenas um objetivo: a aprendizagem. E, segundo esse pensamento, uma função corroborava para que a outra fosse aprimorada. Essa foi mais uma experiência enriquecedora e desafiadora, pois era a primeira vez que eu atuava nesse segmento. Enquanto diretora de uma unidade que atendia aos anos iniciais, observava de longe a mudança significativa nos alunos que iam estudar nas séries finais. Muitos abandonavam a nova etapa antes mesmo

---

2. A escala de visitação dependia das condições de tráfego nas estradas vicinais e das condições de manutenção dos carros responsáveis pelo nosso transporte. Algumas vezes, conseguíamos visitar a mesma unidade semanalmente. Outras, mensalmente. Essas visitas tinham a duração de três horas, aproximadamente.

de julho. Outros pareciam desmotivados e/ou com comportamento inadequado. Por vezes, recebíamos pedidos de informações sobre diferentes alunos em relação ao comportamento e ao desempenho. Assim, ouvíamos os pais que – acostumados com a escola na comunidade – mantinham um diálogo sempre muito próximo conosco, queixando-se de como seus filhos eram tratados de forma diferenciada nessas unidades e como o rendimento havia ficado comprometido. Compreender o comportamento contraditório desses jovens impulsionou-me a abraçar mais esse desafio. Por isso, a ida para essa escola exigiu mudança significativa em minha atuação. Observei o enorme “gargalo” entre os segmentos, especialmente quando se tratava de alunos vindos das unidades municipalizadas. Também percebi o quanto era necessário que os segmentos se alinhassem e conversassem entre si, a fim de diminuir a distância entre os objetivos traçados para cada um. Para tentar entender um pouco mais sobre adolescentes, seus conflitos e suas aprendizagens, busquei a pós-graduação em psicopedagogia na Universidade Cândido Mendes. Nesse ano, em setembro, assumi a coordenação pedagógica da maior unidade de ensino de nossa rede.

Essa escola vivenciava uma grave crise de gestão que impôs o afastamento do diretor anterior e de toda a sua equipe. Eram denúncias de má gestão dos recursos financeiros e dificuldade para conter a indisciplina – o que gerava brigas internas e externas entre os estudantes; isso gerou índices altíssimos de evasão e repetência. A SME promoveu um processo de intervenção, convidando uma equipe montada com profissionais de diferentes unidades para compor uma nova gestão da escola. Assumi a coordenação pedagógica do terceiro turno, que nessa época ainda funcionava como regular. A missão da nova equipe de trabalho era refletir sobre o papel social da escola em sua comunidade e reconquistar sua importância para a transformação tão necessária para a comunidade em que estava inserida, uma vez que se tratava de um bairro pobre, com muita violência, drogas e baixa escolarização.

No ano seguinte, assumi a coordenação pedagógica geral dessa unidade juntamente com a coordenação da educação de jovens e adultos (EJA).<sup>3</sup> Formamos uma equipe muito afinada: tínhamos laços de amizade e muita afinidade técnica e político pedagógica. Em pouco tempo, a violência interna, a evasão e o vandalismo no prédio foram praticamente superados. Enfim, cumprimos nossa missão! Deixei essa unidade em dezembro de 2008.

Minha trajetória na rede municipal oportunizou-me o convívio com diferentes profissionais em diferentes momentos políticos e funções. Em 2006, assumi a presidência do Conselho de Acompanhamento e Controle Social do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização

---

3. O trabalho iniciado nessa época conquistou em 2016 a Medalha Paulo Freire pelo reconhecimento na implementação de política pública para redução do analfabetismo.

dos Profissionais da Educação (Fundeb). Fazer parte do conselho ampliou ainda mais meu olhar sobre a gestão a partir da análise dos relatórios, bem como da necessidade de elencar prioridades e conhecer o orçamento. Dessa maneira, completei a rica experiência adquirida com a “itinerância” da coordenação pedagógica, a gestão de unidade, a observação e atuação nas zonas rurais e urbanas, além do convívio e da troca nos transportes. Todas essas experiências me permitiam construir um diagnóstico – mesmo que informal – de como essa rede funcionava, o que me possibilitava até propor estratégias para resolução de alguns problemas.

Em 2008, fui convidada a construir a proposta de governo para a educação municipal de um candidato a prefeito.

Escrever um programa de governo significa colocar em prática ideias, sistematizar projetos e sonhar! Ah, sim! Os sonhos foram os maiores motivadores de todas as conquistas alcançadas. Mas não sonhos vazios ou utópicos. Sonhos e projetos baseados em conhecimento prático, construído por dezessete anos de experiência em diferentes funções. Observando os detalhes e ouvindo os alunos e meus pares.

A campanha marcou o tempo histórico de Teresópolis. Nosso candidato sagrou-se prefeito, e, em 2009, cheguei à SME para assumir a chefia do Departamento de Educação de Teresópolis.

Foram imensos desafios em meio a uma crise política instalada<sup>4</sup> desde os primeiros dias do governo, em função da quebra da hegemonia de poder instalada na cidade por pelo menos vinte anos.

Nosso plano foi elaborado a partir das experiências aprendidas nesse percurso profissional na rede, e seu objetivo era minimizar os problemas observados por nós especialmente no que dizia respeito ao trabalho docente. Estávamos no “chão” da escola e de lá observávamos as decisões de gabinete muitas vezes desconectadas da realidade das unidades escolares. É importante registrar que o resultado da primeira Prova Brasil aplicada em nossa rede trouxe indicadores bastante negativos e que, do nosso ponto de vista, não traduziam de forma verdadeira o trabalho desenvolvido em nossas escolas.

De posse do meu “diagnóstico” informal e dos resultados da Prova Brasil sinalizados pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), iniciamos um trabalho baseado na formação continuada dos docentes e uma nova organização político-pedagógica da SME. Foram quase oito anos de trabalho árduo, muito estudo e tomada de decisões que modificaram a forma de gerenciar a rede de ensino. O projeto desenvolvido nesse período elevou os índices

---

4. Teresópolis teve, em nove anos, oito prefeitos. Instabilidade política e troca nas equipes técnicas que nos afastaram da SME duas vezes antes da conclusão de inúmeros projetos.



apurados no Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (Ideb), alavancando Teresópolis para o terceiro lugar no estado do Rio de Janeiro e mantendo esse destaque em três edições da Prova Brasil (2009, 2011 e 2013).

Na sequência deste relato, tratarei com mais detalhes dessa experiência de gestão da SME de Teresópolis. Entretanto, já assumo de antemão que este relato dificilmente será capaz de traduzir a grandeza deste trabalho feito a tantas mãos e testado com tantos desafios.

## 2 PRINCIPAIS ESTRATÉGIAS

A rede municipal de ensino de Teresópolis sempre foi bem avaliada por nossa comunidade. Em pesquisa realizada na cidade em 2007, a pedido do governo municipal da época, o serviço realizado pela SME foi apontado como o melhor serviço público prestado pela prefeitura. O trabalho pedagógico desenvolvido em diferentes gestões municipais tinha como meta o sucesso dos estudantes, mas a rede nunca tinha sido avaliada de forma sistemática e tampouco possuía instrumentos próprios padronizados para medir sua eficiência e a proficiência dos alunos. Entretanto, após a divulgação dos índices do Ideb em 2005, ainda sem compreendermos enquanto rede como haviam sido calculadas essas notas – pois a rede não foi preparada para a realização da Prova Brasil –, essa confiança no trabalho foi colocada em xeque. Recebemos como indicador nos anos iniciais 4,2 e nos anos finais 3,6. Ficamos atrás dos municípios vizinhos, e uma de nossas escolas ficou no grupo das cinco piores do estado.

Esse resultado incomodou muito a rede, que ainda não tinha compreendido como o Inep tinha chegado a este. Em 2009, quando assumimos o serviço pedagógico da SME, elegemos como prioridade iniciar uma relação mais próxima com o Ministério da Educação (MEC). Fomos à Brasília e percorremos os diferentes setores, com o objetivo de compreender por que existiam tantos programas federais em execução no país e o município não participava de nenhum destes.

Voltamos com várias propostas, contatos e muito trabalho, uma vez que precisávamos ampliar as funções na secretaria, para que pudéssemos ter gestores pedagógicos para todas as propostas encontradas – e a que poderíamos aderir – e que gostaríamos de colocar em prática.

Por conta do resultado ruim no Ideb, cinco unidades foram inscritas compulsoriamente no Programa Mais Educação. Foi um enorme desafio acomodar espaço físico, monitoria, proposta pedagógica e gestão financeira. E especialmente prestar contas para o MEC, alcançando um resultado satisfatório na próxima edição da Prova Brasil, que aconteceria em 2009.

Em 2008, o MEC lançou o Plano de Ações Articuladas (PAR), elaborado no primeiro momento com um pequeno grupo da gestão anterior. Recebemos uma cópia desse documento na transição para o novo governo. Muitas metas e diagnósticos apresentados não estavam de acordo com nosso olhar sobre a rede, mas estratégias haviam sido elencadas, e nós teríamos de dar continuidade, pois afinal o objetivo do PAR era justamente garantir a continuidade das metas estabelecidas em face de um diagnóstico, induzindo assim a construção de políticas públicas, e não de programas de governo. Com a visita ao MEC e a adesão a novos programas, e com base em nosso plano de governo, sentimos a necessidade de modificar o organograma do Departamento de Educação de Teresópolis. Inicialmente, duas novas funções foram implementadas na gestão da secretaria: a coordenação do Programa Mais Educação e a Coordenação de Articulação Pedagógica dos Programas Federais, com ênfase no PAR e, posteriormente, para todos os desdobramentos do Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE).

Com isso, o Departamento de Educação de Teresópolis foi se familiarizando com o funcionamento desses programas. A prática aliada aos novos olhares, pois toda a equipe pedagógica participava dos diferentes seminários e treinamentos oferecidos pelo ministério, nos fortalecia enquanto grupo e governo. Isso tirou Teresópolis do isolamento territorial em que vivíamos. Não existia na prática essa relação intergovernamental. O município não conhecia seus vizinhos, os secretários tampouco as práticas de gestão de seu entorno. Não se mantinha uma relação de trabalho e cooperação com a Secretaria de Estado da Educação do Rio de Janeiro (Seeduc), assim como também não se participava de programas oferecidos gratuitamente pelo MEC.

A cada curso, o contato com diferentes práticas e as experiências dos outros municípios do país iam nos ajudando a traçar estratégias mais próximas de nossa realidade. Destaco aqui um olhar diferenciado para o número elevado de evasão registrado pela rede.

Faltas recorrentes impactam diretamente o processo de aprendizagem, e quase sempre os alunos faltosos acabam abandonando a escola. Com o objetivo de combater a infrequência escolar, o serviço de estatística e matrícula, juntamente com o jurídico da SME, elaborou o Formulário Individual de Acompanhamento ao Aluno Infrequente (Ficai). Por meio desse documento, as escolas passaram a detectar com mais rapidez os alunos faltosos. Tão logo esse aluno fosse identificado, os responsáveis eram automaticamente notificados, e, caso as faltas continuassem, o caso era devidamente informado às autoridades parceiras. A criação do Ficai proporcionou-nos maior articulação com o Conselho Tutelar e a Vara da Infância e da Juventude. Os conselheiros, em especial, tornaram-se mais próximos às escolas, auxiliando os diretores e os coordenadores pedagógicos no processo de

resgate individual de cada aluno encaminhado. Como desdobramento dessa ação administrativa, o Departamento de Educação de Teresópolis criou o projeto *Você falta? Faz falta!*, logo implementado pelas unidades escolares. O projeto tinha por objetivos criar um ambiente amistoso de *reintegração* para esse estudante infrequente em seu retorno, bem como promover o sentimento de pertença a todos os estudantes, incentivando seu protagonismo em ações que estimulassem a criação de vínculos afetivos mais fortes com as escolas. Considero que essa foi uma iniciativa muito importante no combate à desigualdade de oportunidades.

O Departamento de Educação de Teresópolis então buscou, por intermédio dos contatos com a Secretaria de Educação Básica e a aproximação com a Seeduc e secretarias de educação dos municípios vizinhos, compreender os descritores e todos os índices que eram utilizados para concretizar a média na Prova Brasil. Essa descoberta nos fez determinar para toda a rede um diagnóstico mais real do trabalho desenvolvido por nós.

A equipe técnico-pedagógica da secretaria elencou todos os dados, e confesso que nós passamos a ter um olhar mais crítico sobre os números e os resultados. Foi um momento muito complicado, assim como para nós inicialmente, os diagnósticos informais anteriores à Prova Brasil e a confiança que boa parte dos gestores escolares da rede tinham de que realizavam um trabalho de excelência muitas vezes os impediavam de encontrar suas forças e fraquezas.

Apresentamos então para cada equipe gestora um “raio x” dos seus resultados. Todos os anos gastávamos tempo preparando estatísticas na escola; entretanto, nem sempre o que era apurado era visto ou interpretado. Os relatórios eram feitos e entregues à SME, que aparentemente tabulava os dados e apresentava no ano seguinte, sinalizando a preocupação com a reprovação ou evasão, por exemplo. Mas, apesar dos dados nem sempre se mostrarem favoráveis, não havia comprometimento ou estabelecimento de metas para superar o que não havia sido satisfatório, nem por parte da escola, nem, tampouco, das ações da SME. Os números eram apresentados, mas nenhuma estratégia efetiva de trabalho era elaborada para que metas fossem traçadas, a fim de modificar os indicadores desfavoráveis e ampliar os favoráveis.

Ao passo que começamos a observar as estatísticas e a compreender de forma mais ampla o funcionamento da rede e, particularmente, o funcionamento de cada unidade, nossa gestão entendeu que precisávamos coordenar uma grande ação administrativa-pedagógica. Essa ação era necessária, em vista de alcançar-se o objetivo de que todas as escolas pudessem compreender que pertenciam a apenas uma rede e que, por isso, precisavam apresentar as características dessa rede, ao mesmo tempo que precisavam ter sua individualidade e identidade própria, para que assim atendessem à realidade de suas comunidades.

Em sua maioria, as escolas já contavam com um projeto político-pedagógico (PPP), documento elaborado, em geral, pela equipe gestora sem a participação da comunidade escolar, e que – após a apresentação à SME – era guardado em uma gaveta. Por sua vez, a secretaria também não tinha uma rotina de acompanhamento desses projetos. Então, eram apenas dados e frases de efeito, sem uma rotina estratégica de ação.

Avaliar e agir sobre os dados nos apontaram inúmeras demandas. Para não termos um “plano de gaveta”, implementamos no calendário escolar dois dias (um no início do ano letivo e outro em agosto) destinados ao acompanhamento do projeto político-pedagógico. Nesses dias, todas as unidades deveriam apurar os resultados do ano anterior e projetar metas para que os dados observados como desfavoráveis pudessem ser superados no decorrer do ano letivo. A SME pré-organizava a rotina do trabalho, inclusive divulgando na imprensa local o “dia PPP”, incentivando assim a participação em cada escola.

Com o diagnóstico informal que construímos mais a experiência já adquirida nos poucos meses de trabalho, ampliamos o alcance do nosso plano de governo no que diz respeito aos objetivos escritos no período da campanha. A leitura dos números levantados nos relatórios que encontramos na SME, a convivência com os diretores escolares e o entendimento de como funcionava a máquina pública, em pouco tempo, nos mostraram que o que desejávamos em sala de aula enquanto docentes era, em alguns pontos, inadequado para a rede, pois não havia recursos humanos e/ou financeiros que pudessem custear determinadas ações, e que era preciso reprogramar os planos sem perder os sonhos que nos motivaram a chegar até ali.

Quando reunimos tantas informações e elencamos diferentes demandas, geramos um certo conflito nas unidades. Era necessário também rever o quadro administrativo (organograma) de cada unidade, uma vez que, para dar conta dessa “nova escola”, era preciso ampliar recursos humanos e financeiros.

Disponibilização de coordenadores do Programa Mais Educação, implantação da coordenação do Programa Mais Cultura, ampliação do número de refeições servidas, aumento das rotas do transporte escolar e ampliação dos prédios foram ações implementadas pela SME, com a meta de dar suporte às escolas para que assim cada unidade pudesse desenvolver seus projetos de trabalho com tranquilidade e qualidade. Por isso, resalto que não há desenvolvimento sem investimento. Por menor que seja o crescimento esperado, há demanda para que se invista em novas funções, espaços alternativos e medidas administrativas que possibilitem o pleno desenvolvimento dos projetos pedagógicos que objetivam a melhoria da aprendizagem.

Quando a gestão entende que é necessário ampliar recursos humanos e financeiros, o sucesso chega e a sociedade ganha com a ampliação de oportunidades para todos.

Termos nos debruçado sobre as fraquezas das escolas e projetarmos metas e resultados gerou na rede certo desconforto. Diretores e orientadores pedagógicos precisavam se apropriar desses resultados e compreender que era preciso agir sobre estes. Mais que isso, precisavam dividir os sucessos e os fracassos com o corpo docente das unidades. Nesse sentido, a tensão aumentava na medida em que o docente se sentia pressionado ou “vigiado” em seu trabalho. A SME nunca teve por objeto um olhar meritocrático ou punitivo, ainda que, por vezes, os docentes assim interpretassem. O objetivo era apenas apoiar as unidades para que estas conseguissem observar seu funcionamento de maneira mais orgânica e ampla.

Foi então que decidimos promover o processo de eleição direta para equipes gestoras na rede que havia sido extinto desde 2000. O decreto foi editado pelo Departamento Administrativo da Secretaria Municipal de Educação de Teresópolis, e, para candidatar-se, além dos pré-requisitos básicos – por exemplo, formação –, fixamos a aprovação em um curso de gestão oferecido para todos os candidatos e promovido pela SME, bem como a elaboração de um plano de gestão de cada unidade.

A implementação do processo seletivo, juntamente com a formação e a elaboração do plano de gestão, fez com que a rede e seus potenciais gestores avaliassem seu desempenho não somente a partir da própria experiência empírica, mas também levando em consideração os indicadores do Ideb, as estatísticas anuais solicitadas pelo Educacenso do Inep e pelos diferentes serviços da SME.

A seguir, apresentarei um breve resumo dos projetos desenvolvidos por nossa gestão. Com a implementação de cada um, foi possível diminuir a distância entre as diferenças que encontramos na educação municipal antes de nossa chegada à SME, especialmente no atendimento às escolas de zona urbana e rural, que passaram a ser vistas com o mesmo potencial de trabalho.

## **2.1 Programa Educação Integrada**

Teresópolis tem uma grande área rural. Algumas regiões dessa área, embora bem próximas ao centro urbano, conservam características do campo. Das 97 unidades da rede, 47 localizam-se na zona rural.

Essas unidades representam um número significativo no quantitativo de alunos matriculados na rede. Os resultados dessas unidades eram bastante diferentes da zona urbana. Na tentativa de diminuir a distância entre as unidades em uma mesma rede, o Departamento de Educação de Teresópolis apresentou às escolas a Coordenação de Educação no Campo, setor responsável por organizar projetos de

trabalho com as unidades localizadas nos dois distritos da zona rural do município. O Programa Educação Integrada estudou a realidade e as particularidades dessas escolas. Foi elaborado um programa de formação continuada voltado para que os objetivos ainda não atingidos por essas unidades enquanto rede pudessem ser superados, bem como garantir a construção da identidade escolar a partir da realidade local. Promovíamos encontros periódicos, nos quais os profissionais lotados nessas unidades eram os organizadores das oficinas e dos projetos de trabalho, que visavam dar aos professores e aos funcionários ferramentas para o desenvolvimento de aprendizagem significativa. Os temas de cada encontro eram definidos a partir das demandas apresentadas pelas equipes lotadas nessas escolas. Dessa forma, conseguimos aproximar unidades localizadas em comunidades vizinhas, assim como minimizar as desigualdades nos espaços físicos, do número de alunos, de falta de professores, de transporte etc. Como ponto relevante, também conseguimos extinguir as classes “bi” ou “tri” seriadas. Em 2011 e 2013, na avaliação da Prova Brasil, as unidades localizadas na zona rural destacaram-se positivamente, superando inclusive as médias de algumas unidades da zona urbana.

## 2.2 Programa da Saúde do Profissional da Educação

Enquanto elaborávamos o plano de governo, antes mesmo de vencermos as eleições, percebíamos o quanto colegas professores e funcionários estavam cansados, desmotivados e adoecendo. O número de afastamentos por problemas psicológicos e até mesmo psiquiátricos era assustador, e era possível observar esse número alarmante baseando-se apenas na realidade de nossa unidade. Partindo-se dessa observação, era possível supor que o número na rede deveria ser realmente preocupante.

Ausência de professores e funcionários prejudica a aprendizagem e aumenta a indisciplina. Então, era preciso projetar algo que nos auxiliasse a combater esse problema.

Quando chegamos à SME, os números eram alarmantes e aumentavam a cada dia. Os conflitos entre professores e gestores, alunos e professores, e gestores e a comunidade sinalizavam que as relações estavam adoecidas. Foi então que, como alternativa de combate a todo esse clima antipedagógico, apresentamos às unidades o Programa da Saúde do Profissional da Educação (PSPE).

Composto por três psicólogas e uma fonoaudióloga, esse grupo percorria as unidades com *workshops* sobre inteligência emocional e relacional. Trabalhavam o gerenciamento de conflitos, a valorização da autoestima dos profissionais da educação, bem como o uso correto da voz. Essas oficinas aconteciam regularmente nas unidades por meio de agendamento prévio, e havia também encontros maiores organizados de forma sistemática no auditório da secretaria.

Quando um profissional necessitasse de apoio extra, a SME oferecia três encontros fora do horário com o profissional do PSPE.

Com a implementação desse programa, minimizamos o número de conflitos no ambiente escolar e também o número de afastamento por problemas decorrentes do mau uso da voz.

### 2.3 EJA diurna

Outra demanda levantada por nossa equipe era a necessidade de atendimento diferenciado para os estudantes que tinham histórico de repetência e, por essa razão, encontravam-se fora da faixa etária correta. Muitas vezes, esses alunos eram marginalizados nas escolas, pois o formato das aulas não fazia mais sentido para eles. Isso gerava uma indisciplina gigantesca, que geralmente culminava no abandono da escola.

Muitos desses meninos e meninas não tinham condições de frequentar a escola à noite, e talvez essa nem fosse a melhor opção, dependendo da comunidade em que esse jovem residia.

Foi então que iniciamos a EJA diurna, um projeto elaborado pelo Departamento de Educação de Teresópolis e capitaneado pela Coordenação da EJA na SME.

A EJA diurna atendia cerca de 150 jovens na faixa etária que variava entre 14 e 17 anos; tais jovens era integrantes do 6º ao 9º ano do ensino fundamental. Em parceria com a Seeduc, ocupamos as salas de uma escola estadual no segundo turno, que passou a atender nossos jovens em estrutura toda financiada pelo município de Teresópolis.

A matriz de referência previa aulas das disciplinas do núcleo comum, todas elaboradas para a realidade destes jovens, de segunda a quinta-feira; na sexta-feira, havia oficinas pedagógicas.

A SME firmou parceria com vários segmentos da cidade, para oferecimento de oficinas que pudessem dar aos estudantes diferentes ferramentas para o resgate do conhecimento, mas que especialmente pudessem criar em cada um o sentimento de pertencimento à realidade da escola. Ou seja, nosso objetivo era que cada estudante pudesse ver na EJA uma oportunidade de resgatar o tempo perdido e concluir o ensino fundamental com qualidade, aumentando assim sua autoestima e ampliando as oportunidades de um futuro melhor.

A equipe de profissionais concursados e escolhidos pelo Departamento de Educação de Teresópolis, auxiliados por todas as chefias do departamento e também pelas psicólogas do PSPE, elaborou material didático específico para essa modalidade de ensino. Além disso, projetou todas as oficinas pedagógicas: circo; teatro; dança; música; criação literária; esportes; e educação sexual.

### 2.3.1 Meio ambiente

No PAR, encontramos objetivos previstos para o trabalho pedagógico voltado para elaboração de políticas públicas que cuidassem melhor do nosso *habitat*. Após a tragédia climática em 2011, esse tema se tornou essencial em nossa rotina. Era preciso agir com firmeza para que pudéssemos reconstruir a cidade, nossas escolas e famílias. Então, o Departamento de Educação de Teresópolis criou uma nova função, designando um professor atuante nesse segmento para que – com a Secretaria de Meio Ambiente e Defesa Civil de Teresópolis e as escolas – pudéssemos agir, especialmente nas localidades mais atingidas, na construção de ações que impactassem na rotina dos moradores da região. Essas ações se baseavam em atividades vivenciais nas escolas, acompanhamento da Agenda 21, reflorestamento, plano de segurança em caso de chuvas fortes, manuseio de sirenes, instalação de pontos de apoio nas comunidades etc.

### 2.3.2 Semana da Diversidade

A Semana da Diversidade tinha por objetivo promover a discussão das questões de diversidade que perpassam o ambiente escolar, como as dificuldades de aprendizagem, as necessidades especiais, as identidades, as relações intrapessoais, entre outras. As ações aconteciam nas escolas municipais e em espaços coletivos.

Quando elaboramos a Semana da Diversidade, propúnhamos pensar em uma educação na qual todos que atravessam o chão de cada escola pudessem ter suas necessidades educativas atendidas.

A SME organizava palestras e oficinas programadas durante a semana, em que nomes de destaque no cenário nacional falavam ao lado de valores locais, com o objetivo de abordar a diversidade em seus mais variados graus e esferas, para públicos também diversos.

## 3 CONSTRUÇÃO DA MATRIZ DE REFERÊNCIA

Seguindo nosso plano de governo, instituímos outra frente de trabalho liderada por nosso departamento: a construção de matriz de referência, organizada a partir dos descritores elencados pelo MEC como prioritários para a elaboração da Prova Brasil. Na trajetória do departamento, nossa proposta curricular estava pautada na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), nas Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Básica (DCN) e nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs). Entretanto, com a chegada do Sistema de Avaliação da Educação Básica (Saeb), o país conheceu uma matriz de avaliação. Nesse sentido, a linguagem utilizada em nossa proposta pedagógica ou “grade” curricular nos parecia defasada. Considerando essa reflexão, propusemos a revisão e a construção de nossa matriz. Esse trabalho foi longo, mas muito enriquecedor. Toda a rede foi convidada a



revisitar os objetivos instituídos para cada ano de escolaridade e apresentar propostas para a construção de uma matriz eficiente, que conversasse com os demais anos e também com o outro segmento. Estudamos muito e ouvimos as diferentes realidades: escolas do campo; cidade; anos iniciais e finais; e educação infantil.

Construímos descritores para todas as áreas de conhecimento e fomos além. Como já tínhamos compreendido o funcionamento da avaliação externa, instituímos a Avaliação Anual do Conhecimento dos Estudantes (Avance). Para essa prova, foi criada uma matriz de avaliação, ouvindo sempre os professores que atuavam no 4º e no 8º anos. Foi uma forma de monitorar os resultados dos estudantes que seriam avaliados no ano seguinte pela Prova Brasil. Por meio da Avance, era possível identificar quais descritores deveriam ser melhor trabalhados pelos professores em suas unidades com cada grupo. O mais importante nessa ação não foi a avaliação por si só, mas o entendimento sobre quais eram os objetivos de aprendizagem de cada ano de escolaridade – uma vez identificada a fraqueza, era possível agir sobre esta –, antes que o estudante completasse a etapa de escolaridade em que se encontrava.

Com a criação da Avance, fechamos um grande ciclo de monitoramento de indicadores. Tínhamos a Provinha Brasil, aplicada no 2º ano de escolaridade, a Avaliação Nacional de Alfabetização (ANA), no 3º ano, a Avance, no 4º e 8º ano, o Sistema de Avaliação do Estado do Rio de Janeiro (Saerj)<sup>5</sup> e a Prova Brasil, no 5º e 9º ano.

Por intermédio de todos esses instrumentos de avaliação, internos e externos, a SME desenhava sua proposta de formação continuada. Dessa forma, sinalizava às escolas que caminhos deveriam ser percorridos para que as metas traçadas para cada ano de escolaridade fossem atingidas.

Entendemos que nossa rede pode ser considerada “pequena” ou “mediana” diante do número de estudantes, profissionais e unidades, quando comparada a outros municípios de nosso país. Entretanto, o número de metas estabelecidas para que pudéssemos atingir os objetivos propostos era grande, e organizar todas essas linhas de trabalho simultaneamente foi um desafio sem igual. Cuidar da linguagem de um grupo tão grande na SME por vezes me pareceu tarefa impossível.

A secretaria então investiu no capital humano além, é claro, nos recursos financeiros necessários para acompanhar o desenvolvimento crescente que traçamos como meta em nosso plano de governo.

---

5. Implementado pela Seeduc, em parceria com o Centro de Políticas Públicas e Avaliação da Educação (CAEd), o Saerj tinha por objetivo coletar informações sobre o desempenho escolar dos estudantes, a fim de garantir o direito de aprendizagem.

No Departamento de Educação de Teresópolis, foram criadas equipes para liderar os diferentes projetos que aconteciam simultaneamente em todas as nossas unidades. Todos os grupos de trabalho interno tinham ciência dos resultados das unidades, mas especialmente conheciam o que chamamos de “linha de chegada”, onde gostaríamos de estar ao término do nosso mandado de quatro anos.

Construir em uníssono um projeto com tantos braços e inseri-los no cotidiano da escola foi muito desafiador. Mas os resultados comprovaram que nenhum investimento foi desperdiçado, pois Teresópolis apresentou crescimento nos índices do Ideb nas edições seguintes da Prova Brasil, em 2009, 2011 e 2013.

Nosso maior desafio ao assumir a gestão da secretaria foi fazer o Departamento de Administração da SME compreender que este apenas existe para que os estudantes atinjam o sucesso escolar.

Todas as ações administrativas – como merenda, horas extras, lotação de pessoal, material didático, compras e rotas de transporte – apenas existem para facilitar o processo de aprendizagem.

#### **4 DESCONTINUIDADE POLÍTICO-ADMINISTRATIVA E DESIGUALDADES EDUCACIONAIS E SOCIAIS**

O formato de gestão instituída em nosso município impede a construção de continuidade de ações administrativas. Ações estas que colaborem para a consolidação de políticas públicas que possam contribuir para a diminuição de desigualdades sociais.

Com as constantes trocas das equipes de governo, novas propostas e formas de gerenciar a rede são esperadas. Entretanto, o departamento de administração precisa manter a engrenagem funcionando, ao passo que agrega as novas metas dos novos grupos. Considero isso o ponto mais difícil de toda a articulação para gerenciamento de uma rede: garantir que, independentemente do plano de governo, as políticas públicas instituídas para aprimoramento dos índices e melhor gestão nunca sejam substituídas. No entanto, a dificuldade é fazer com que os novos grupos que assumem a secretaria compreendam esse funcionamento necessário da rede, quando em alguns momentos são inexperientes e sem preparo para assumir a gestão pública, muitas vezes indicados tão somente por questões políticas.

Ao ler este relato até aqui, talvez você esteja pensando o quão nossa gestão foi eficiente em produzir bons resultados e como tudo pareceu tão óbvio e fácil. Em nossa opinião, antes de chegar à gestão da SME, também tínhamos a impressão de que ações não eram executadas por puro capricho ou má vontade. Para nós, nas escolas, tudo era somente uma questão de “querer”. Entretanto, fomos forçados a aprender que, até mesmo sabendo qual a melhor atitude a tomar, nem sempre a gestão tem autonomia ou capital político para fazer com que os demais pares compreendam as reais necessidades de sua pasta.

Muitas decisões no gabinete precisam ser tomadas em nome da governabilidade. Por isso, aprendemos que o trabalho mais difícil da gestão da SME era aliar os interesses políticos do governo às suas necessidades, fazendo isso de forma transparente e de um jeito que não se perdesse de vista nossos reais objetivos. Afinal, embora todos que atuam na gestão em um governo sejam agentes políticos, nós, em especial, não tínhamos partido político, e lidar com essa parte sempre foi muito desgastante.

Quando um novo grupo se forma e pretende gerenciar a secretaria, carrega consigo novos olhares e novas metas, bem como deseja trabalhar em prol de resultados que tenham significado para suas expectativas, as quais muitas vezes não são construídas aleatoriamente, mas são pautadas na experiência das escolas e da prática político-pedagógica do grupo. Além, é claro, de objetivos e metas estabelecidos no plano de governo.

Quando se chega à SME, o novo grupo tem pressa, mas geralmente se depara com profissionais até certo ponto acomodados ou que fazem aquela mesma burocracia sem sentido há muitos e muitos governos. Mudar esse *status* de produção é desafio tão grande quanto vencer a eleição. Como exemplo, podemos citar a difícil tarefa de fazer o responsável pelas rotas que transportam os estudantes na zona rural do município compreender que era necessário maior controle sobre os horários de saída e chegada dos estudantes de suas unidades. Ou conscientizar o serviço de manutenção da Prefeitura Municipal de Teresópolis de que a manutenção dos transportes de professores, funcionários e estudantes deveria ser eficiente, caso contrário, com a constância de carros quebrados que não chegavam até as unidades, as faltas e os atrasos, torna-se praticamente impossível garantir a aprendizagem. Sem presença e sem o cumprimento do quantitativo de horas na escola, era quase impossível melhorar o desempenho escolar de nossos estudantes. Assim, para garantir um trabalho exitoso na SME, sonhos e metas pedagógicas sozinhas não bastam. É necessário administrar bem toda a retaguarda que garante que a ação pedagógica aconteça.

Juntamente com essa dificuldade interna, também experimentamos a inexperience do próprio governo em gerenciar as demais secretarias. Era muito custoso o entendimento de que saúde, educação e desenvolvimento social são pastas muito complexas, com necessidades muito particulares e recursos próprios, que precisam estar articuladas, mas que devem ser autônomas entre si.

Teresópolis viveu momentos de instabilidade política desde que assumimos a SME, em 2009. O governo lutava por apoio e sofria graves críticas por conta da política partidária que não agregava ações em função do coletivo. Em 2010, enfrentamos uma epidemia de gripe suína, e, por determinação da Secretaria de Saúde de Teresópolis, as aulas foram suspensas por aproximadamente trinta dias.

Trabalhamos sob enorme pressão, pois o calendário letivo foi prejudicado e a reposição das aulas foi extremamente desgastante para professores, estudantes, gestores e a equipe da SME.

Em janeiro de 2011, o município viveu a maior tragédia climática do país.<sup>6</sup> Unidades escolares foram destruídas, bem como perdemos professores, funcionários e alunos. A SME transformou-se em um QG de distribuição de alimentos, roupas e documentos. Sim, documentos! A lama invadiu as casas, e muitas famílias perderam todos os seus pertences. Nas comunidades atingidas nas quais a escola tinha sido preservada, esta passou a ser abrigo e dormitório, além de providenciar cópia dos documentos dos responsáveis e das crianças para que estes pudessem dar entrada em programas de assistência.

Trabalhamos incansavelmente para que o calendário letivo não sofresse atraso. Em 7 de fevereiro, iniciamos às aulas, e a cidade respirou um pouco de normalidade.

A SME, nessa perspectiva, tornou-se um grande órgão de apoio aos municípios. E novamente nossa equipe precisou articular-se para dar conta de programas de enfrentamento do luto, meio ambiente e reconstrução.

Faço esse breve comentário sobre essas dificuldades, pois, em 2011, apesar de tudo, o município viveu momentos muito gratificantes com os resultados da Prova Brasil. Dessa forma, demonstrou-se o quanto um trabalho sério, alinhado com a realidade e construído por uma equipe que não está somente lotada no prédio da secretaria, mas também em todas as unidades, é capaz de ser eficiente, até mesmo com tantas adversidades.

Finalizando este relato, compreendo o quanto é importante uma visão mais ampliada da realidade em que vivemos e trabalhamos. Algumas metas apenas puderam ser estabelecidas pelo grupo por conta do pleno conhecimento dessa realidade das unidades de nossa rede.

Percebi também que, mais do que sonhos e projetos, há de se ter equipe. Sozinho, nenhum prefeito ou secretário é capaz de construir um trabalho que possa reverberar em toda a sua rede. A formação de uma equipe plural e o investimento no capital humano de cada um foram importantes para o sucesso de todo esse trabalho. Registro aqui minha gratidão a todo grupo de trabalho que, junto comigo, superou o improvável para que Teresópolis ocupasse lugar de destaque no cenário educacional deste país.

Avaliando-se as gestões anteriores à nossa, nenhuma outra “experienciou” tanto desgaste. Além de toda a instabilidade política que paralisa as ações de uma gestão, forçando-a a negociar interesses distintos daqueles que são prioritários para

---

6. Uma chuva atípica atingiu a região serrana do Rio de Janeiro, em janeiro de 2011. Deslizamentos e enchentes afetaram diferentes municípios da região provocando morte e destruição. Foi considerado o maior desastre climático do país, com mais de quinhentos mortos oficiais.

a população, também experimentamos o crescimento e a força das mídias sociais, que, com inúmeras *fake news*, ajudavam a causar mais instabilidade e conflitos.

Apesar de tudo isso, conseguimos nesse período de sete anos dar um salto na qualidade do serviço ofertado aos nossos professores e estudantes. Para os alunos, comprovamos isso com o bom desempenho de nossa rede nas avaliações externas e na credibilidade de nossas escolas junto à sua comunidade. Para nós professores, a construção do plano de cargos e salários e a incorporação do Fundeb aos salários foram marcas registradas de nossa gestão, que até hoje influenciam os ganhos reais de nossa categoria.

Hoje, de volta às salas de aula da rede, penso no crescimento pessoal e profissional que vivi em função de toda essa experiência. Penso que me transformei em uma profissional completa: madura e responsável. Embora eu tenha posicionamentos distintos diante de algumas ações das gestões posteriores, consigo perceber o quanto todas estas deixam o melhor que podem fazer com a realidade que se apresenta. Antes, as críticas eram apenas críticas.

Neste momento, estar atuando em uma unidade como regente para mim representa a melhor parte de todo esse processo. A partir dessa minha nova realidade, consigo também compreender o quão necessário é a troca de papéis para o crescimento de uma boa gestão. Equivoca-se quem deseja estar na SME durante toda a sua carreira. Quando essa passagem dura muito tempo, o profissional perde um pouco do “calor” da realidade cotidiana da escola, afoga-se na resolução de problemas administrativos na SME e ilude-se com a ideia de que tudo anda mal ou de que seu trabalho é o melhor e insubstituível. Engano!

É na escola que podemos perceber o quanto o trabalho na gestão foi eficiente ou não. Por isso, a equipe precisa sempre estar vinculada à realidade das escolas e não apenas produzindo ideias e projetos para estas. As escolas são a base e a única razão de um profissional desejar atuar na SME.

Poder avaliar isso é um privilégio que vivo agora. Da mesma forma que me faço críticas quando vejo a irrelevância de algumas ações do Departamento de Educação de Teresópolis quando estava sob minha gerência. Mas isso não me causa arrependimento, e sim aprimoramento enquanto professora que sou.

Finalizando minhas reflexões, gostaria de citar o professor Paulo Freire: “Eu sou um intelectual que não tem medo de ser amoroso. Amo as gentes e amo o mundo. E é porque amo as pessoas e amo o mundo que eu brigo para que a justiça social se implante antes da caridade.”<sup>7</sup>

---

7. Depoimento de Paulo Freire retirado do documentário *Educador da liberdade*, exibido pela TV Bexiga e Vereda: Centro de Estudos em Educação.

Esse é o desejo que moveu nosso grupo de trabalho durante a gestão da SME no município de Teresópolis. Sempre acreditamos em uma gestão humanizada, com atendimentos próximos e pessoais. Baseamos nosso trabalho especialmente na criação de vínculos entre todos os atores do processo de gestão. Muitas vezes, essa forma de trabalho sofre críticas, pois para alguns não é séria. O autoritarismo tende a ser mais respeitado por alguns, ou entendido como melhor forma de gerenciar uma secretaria.

Gestão plena, compartilhada e humanizada. Incentivo ao protagonismo das escolas e autonomia aos seus gestores. Isso é partilhar decisões e construir uma rede forte, independente, que sabe onde quer chegar.

Deixamos nossa contribuição na gestão da SME e continuamos em cada escola trabalhando para que as sementes plantadas possam frutificar.

Compreendi que a construção de um projeto não pode ser para um governo, mas sim para uma cidade, e que, se fizermos justiça social, o futuro certamente será mais promissor.

## FIRMANDO OS ALICERCES DA IGUALDADE DE OPORTUNIDADES EDUCACIONAIS: O PROGRAMA ALFABETIZAÇÃO NA IDADE CERTA DO CEARÁ

Maurício Holanda Maia<sup>1</sup>

### 1 INTRODUÇÃO

O Programa de Alfabetização na Idade Certa (Paic), da Seduc-CE, surpreende por sua longevidade e impressiona por seus resultados. Iniciado em 2007, o programa já atravessou três ciclos de gestão do governo estadual, chegando agora ao seu 12º ano de funcionamento com condições propícias a sua continuidade e aperfeiçoamento.

O governo estadual mantém seu compromisso e interesse em continuá-lo, assim como se mantém igualmente positiva a disposição à colaboração dos gestores municipais – prefeitos e equipes das secretarias municipais de educação (SMEs) – em operacionalizá-lo nas escolas sob sua responsabilidade, o que denota que o programa continua tendo boa aceitação entre diretores e professores.

Quanto aos seus resultados, o Paic produziu avanços impressionantes na garantia da alfabetização das crianças ao final do 2º ano do ensino fundamental (EF) – aos 7 anos de idade. As melhorias na aprendizagem se estenderam até o 5º ano com fortes traços de maior equidade.

### 2 RESULTADOS DE 2º ANO

Em 2007, quando se iniciou o Paic, a proficiência média dos alunos do 2º ano na Escala de Alfabetização da Prova Spaece-Alfa<sup>2</sup> foi de 119 pontos, em uma escala em que 200 é o menor ponto desejado. Dez anos depois, esta média havia evoluído para 196 pontos. Mais importante ainda, enquanto, em 2007, 47,4% dos alunos se distribuíam nos níveis *não alfabetizado* e *alfabetização incompleta*,

---

1. Gestor na Secretaria de Educação do Estado do Ceará (Seduc-CE) entre os anos 2007 e 2015. Atualmente consultor legislativo na Câmara dos Deputados para a área de educação, cultura e esporte.

2. Sistema Permanente de Avaliação da Educação do Estado do Ceará (Spaece), criado em 1992, é tão antigo quanto o Sistema de Avaliação da Educação Básica (Saeb), aplicado pelo Instituto Nacional de Estudos Educacionais Anísio Teixeira (Inep), vinculado ao Ministério da Educação (MEC). Antes de 2007 e da instituição do Paic como política do Estado, o Spaece avaliava, a cada dois anos, somente os alunos do 5º e 9º anos da rede estadual de ensino fundamental e do 3º ano do ensino médio (EM). Além de passar a avaliar os alunos do 2º ano, o Spaece, agora anual, passou a avaliar também os alunos municipais do 5º e 9º anos. Todas estas avaliações utilizam a teoria da resposta ao item (TRI) e guardam plena comparabilidade com as avaliações nacionais do Saeb.

este percentual foi reduzido a 4,0%, em 2017. Em paralelo, o percentual de alunos situados nos estágios *suficiente* e *desejado* cresceu neste período de 40% para 89,2%. Estes dados da avaliação estadual foram, em boa medida, confirmados pela Avaliação Nacional de Alfabetização (ANA) 2016, realizada com alunos de 8 anos de idade, ao final do 3º ano do EF. O Ceará apresenta os seguintes percentuais de alunos situados em níveis suficientes: 54,8% em leitura; 70,7% em escrita e 51,7% em matemática. As médias brasileiras são, respectivamente, 45,3%, 63,1% e 45,5% e, na região Nordeste, foram: 30,8%, 49,7% e 30,5%.<sup>3</sup>

### 3 RESULTADOS DE 5º ANO

Os bons resultados não se limitaram à alfabetização. Há motivos para acreditarmos que o Paic foi o fator isolado que mais contribuiu para o expressivo avanço dos resultados do estado nas avaliações da aprendizagem de língua portuguesa (LP) e matemática (MAT) do 5º ano, resultados estes que, enfim, chamaram a atenção de especialistas em educação do resto do país e que deram ao Paic a merecida notoriedade.<sup>4</sup> Embora os resultados da avaliação externa cearense para o 5º ano (Spaace), realizada a cada ano e com todos os alunos das escolas públicas, já viessem mostrando a importante evolução positiva, foi a confirmação desta tendência nas avaliações nacionais da Prova Brasil e sua expressão no Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (Ideb) que chamou a atenção para o Ceará e, por conseguinte, para o Paic.<sup>5</sup> No intervalo de 2007 a 2017, o Ideb de 5º ano da rede pública cearense cresceu em um ritmo bem mais acelerado que o do restante do país, passando de 3,5 para 6,1 (+2,6), um incremento de 74,2%, enquanto o crescimento da rede pública brasileira foi de 4,0 para 5,5 (+1,5), ou seja, 37,5%. Neste período, o Ceará deslocou-se da 16ª para a 5ª posição no *ranking* dos estados.

Agora chegou o momento de o Paic olhar para o horizonte do 9º ano, com o objetivo de impactar positivamente todo o ciclo do EF. O programa mantém a sigla, que se constituiu em uma marca querida dos professores e gestores educacionais cearenses, mas, como era de se esperar, seu foco deixou de estar restrito à *alfabetização*.

3. É interessante observar que o Ceará ainda tinha 14,73% de alunos do fim do 3º ano do EF situados no nível mais baixo da escala da ANA 2016. Este percentual é muito próximo daquele dos alunos de 2º ano do EF que, em 2015, se situaram nos estágios não alfabetizado, alfabetização incompleta e intermediário da Prova Spaace-Alfa, que foi de 15%. Isso faz pensar que, mesmo no bem desenhado programa cearense, os alunos que passam para o 3º ano do EF sem haver consolidado as aprendizagens da alfabetização no ano anterior tendem, na continuação de sua escolarização, a ficar estagnados em níveis precários de aprendizagem caso não lhes seja destinado acompanhamento e apoio específico. Este é um primeiro desafio interessante para os atuais gestores levarem em conta. Ainda sobre resultados do 2º ano do EF, ver Costa e Carnoy (2015).

4. Sobre os resultados cearenses, temos que mencionar também o interessante estudo de Resende (2013).

5. O Ideb expressa, de maneira simples (nota de 0 a 10) e sintética (fluxo e aprendizagem), o quanto as escolas públicas brasileiras estão sendo bem-sucedidas (ou não) em fazer com que seus alunos não as abandonem, não sejam reprovados e efetivamente aprendam o que lhes é ensinado. O Ideb é divulgado a cada dois anos com medidas de todas as escolas públicas e com uma amostra das escolas que compõem as redes particulares. Este índice traz metas projetadas de evolução para cada uma das escolas e redes avaliadas, de modo a acompanhar cada escola, município, estado etc. e verificar se estes vêm conseguindo chegar na meta projetada para determinado ano. Isto dá ao Ideb ampla visibilidade e relevância.



#### 4 GANHOS DE EQUIDADE

Outro aspecto que merece especial destaque nos resultados do Paic é que estes foram acompanhados de forte melhora na *equidade*. As análises apontam que todos os alunos aprendem mais, e que os mais pobres e mais vulneráveis às ameaças intra e extraescolares, que dificultam a aprendizagem, vêm melhorando em ritmo mais acelerado que a média.

A melhoria da equidade na evolução dos indicadores cearenses de aprendizagem do 2º e 5º anos do EF já se fazia sentir no perfil de distribuição dos alunos pelos estágios de aprendizagem, medidos pelas avaliações externas estaduais do Spaece (Alfa e 5º ano). Este aspecto, contudo, ficou mais evidente com as análises do artigo de Kasmirski, Gusmão e Ribeiro (2017). O estudo considerou os dados do Ideb de 2007 e 2011 e encontrou evidência estatística de que todos os segmentos vulneráveis (estratificados por renda, sexo, cor/raça e trajetória escolar – frequência à educação infantil, ocorrência de atraso escolar) avançaram mais que a média. Há razões para crer que a equidade se consolida e se aprofunda nas edições posteriores do Ideb (2013, 2015 e 2017). Uma indicação disso são os gráficos intitulados *Desigualdades educacionais considerando o nível socioeconômico das escolas 5º ano do Ensino Fundamental* (um para língua portuguesa e outro para matemática), elaborados pelo Inep/MEC e constantes na apresentação disponibilizada para divulgação dos Resultados do Saeb 2017.<sup>6</sup> Os gráficos apresentam as diferenças, em cada estado brasileiro, das médias de proficiência dos alunos das escolas situadas no quintil mais baixo e no quintil mais alto de renda, conforme o Indicador de Nível Sócio Econômico (Inse), calculado pelo Inep. O Ceará se destaca pelas menores diferenças entre a média das escolas *mais pobres* e *mais ricas*. Enquanto no estado do Ceará a diferença é de 216 a 227 (11 pontos) em língua portuguesa e de 229 a 233 (4 pontos) em matemática, no Brasil são, respectivamente, de 183 a 238 (51 pontos) e de 194 a 249 (55 pontos). Vale registrar que as médias de proficiência das escolas de menor nível socioeconômico do Ceará (216 em língua portuguesa e 229 em matemática) são muito próximas das médias brasileiras, de 215 em língua portuguesa e 224 em matemática.

Esses resultados, porém, estão longe de representar a solução de todos os problemas da escola pública cearense e sequer se constituem em uma solução definitiva para o problema específico que o Paic veio enfrentar. Há muito para se conquistar ainda e, mesmo o que já foi conquistado, requer esforço cotidiano e persistente para ser mantido. Construir um sistema de educação que garanta oportunidades boas e iguais para todos, supõe muitas equipes dedicadas e capazes, trabalhando o dia todo, todos os dias, para o resto de nossos dias e além.

6. Ver resultados do Saeb 2017. Disponível em: <<http://twixar.me/8m61>>.

Este capítulo consiste no exercício de descrever essa experiência do ponto de vista de quem participou direta e ativamente de sua concepção, bem como de um considerável período de sua implantação (entre os anos 2007 e 2015) e que, desde então, segue acompanhando e divulgando suas estratégias e seus resultados.

Aqui se faz um exercício de aprofundamento e reflexão nos limites de tempo e escopo que este trabalho permite. Reflexão de quem se sabe ainda afetivamente envolvido e próximo o suficiente para alegrar-se pela continuidade do programa e que vibra com cada nova conquista (e parece razoável esperar por novas conquistas nos próximos anos) e, também, de quem acredita continuar contribuindo desse outro lugar e de outro ponto de vista.

## 5 DESCREVENDO O PAIC: ASPECTOS FORMAIS, LEGAIS, MATERIAIS E OPERACIONAIS

Uma descrição detalhada do Paic pode ser vista em publicação da Seduc Ceará (2012) e uma boa e resumida análise do programa foi elaborada por Gusmão e Ribeiro (2011), que realizaram um metódico e meticuloso trabalho de registro e sistematização do programa, enumerando seus passos e tematizando alguns de seus aspectos e de suas características mais relevantes, de modo a lançar luzes sobre seu bom êxito, mas também colocar alguns dos desafios e riscos com que o programa poderia ou poderá se deparar em sua trajetória. O Paic é, no seu traço mais essencial, um programa de *intervenção didático-pedagógica*, com o fito de garantir que em cada sala de aula de 2º ano do EF das escolas públicas cearenses o professor disponha das condições materiais, das competências e da motivação para fazer com que todos os seus alunos *aprendam a ler e escrever*.

Isso porque, se, de um lado, é óbvio e natural pensar que é preciso saber ler e escrever bem para se ter condições de ser bem-sucedido nas aprendizagens escolares dos conteúdos mais complexos que se sucederão a essa fase inicial e básica. De outro lado, não é lógico, mas se tornou *natural* na escola pública brasileira, que grandes proporções dos alunos – mais da metade dos alunos do país e mais de dois terços em doze Unidades da Federação (UFs) – passem por essa etapa escolar sem ter aprendido a ler e escrever.<sup>7</sup> Tal *naturalização* prossegue pelas séries mais avançadas, até o final do EM. As avaliações nacionais de aprendizagem de língua portuguesa e matemática, realizadas em 2017, reportam que menos de 5% dos alunos do 3º ano EM obtêm os resultados considerados adequados para aquele ano

---

7. Os resultados da ANA 2016, mencionados anteriormente, dispõem de dados para todas as escolas, municípios e estados do país. Ver apresentação de resultados, disponível em: <<http://twixar.me/DG61>>. O Plano Nacional de Educação (PNE) 2014-2024, instituído pela Lei nº 13.005/2014, estabeleceu na sua Meta 5 “Alfabetizar todas as crianças, no máximo, até o final do 3º (terceiro) ano do ensino fundamental”, no entanto, não mais foram feitas avaliações depois de 2016. Espera-se que o Inep/MEC mantenha o planejamento de realizar a ANA 2019, dando continuidade à série histórica, mas, sobretudo, provendo um novo retrato da situação.

de ensino. A proporção de alunos que ficam em níveis insuficientes de domínio das competências esperadas é superior a 70,9 % em língua portuguesa e 71,7% em matemática.

Dessa forma, reencontramos mais tarde parte daquelas crianças não alfabetizadas no 3º do EF portando um certificado de conclusão escolar, mas também arrastando a sofrida autoimagem de incompetentes, de quem passou anos pela escola sem aprender o mínimo que lhes habilitasse a se apropriar dos elementos mais básicos da cultura ocidental moderna e de um pensamento científico e crítico condizente com doze anos de estudos. Pior ainda, muitos deles estagnados na condição de analfabetos funcionais.

O recém-publicado relatório da pesquisa que mede o Indicador de Analfabetismo Funcional (Inaf) 2018, informou que 34% dos avaliados que já cursavam os anos finais do EF e 13% daqueles com escolaridade de ensino médio se situavam nos estágios *analfabeto* e *rudimentar* da distribuição de proficiência usada na pesquisa.<sup>8</sup> Nunca um processo de exclusão escolar foi tão perverso. Quando não havia escolas para todos, era muito evidente que a responsabilidade pela exclusão era do estado. Na presente circunstância, porém, em que a escola existe para a quase totalidade e muitos já chegam a concluir uma educação básica de doze anos, são os próprios alunos que internalizam a imagem de incapazes, sem perceberem que o acesso à escola não foi acompanhado pelo compromisso com sua premissa básica, que é a efetiva aprendizagem. Por muito tempo fomos um país sem escolas. Hoje somos um país de *escolas sem aprendizagem*.

Foi nesse contexto, e no intuito de corrigir essas distorções que o Paic foi concebido, antes de mais nada, como uma intervenção didático-pedagógica que consistiu no provimento de *materiais didáticos e na formação em serviço*<sup>9</sup> para todos os professores dos dois primeiros anos do EF, com o objetivo de garantir a alfabetização inicial de todas as crianças dessa fase escolar. No entanto, quais os outros aspectos que precisaram e precisarão continuar sendo considerados, alinhados a este objetivo e colocados em operação para que os materiais e a formação oferecida aos professores sejam integrados em práticas cotidianas sistemáticas e duradouras, capazes de garantir aos alunos essa mínima aprendizagem imprescindível à todas as outras aprendizagens escolares?

8. Ver IPM e Ação Educativa (2018).

9. Os materiais didáticos foram providos gratuitamente pelo estado do Ceará aos municípios durante todos esses anos do programa. Para o 1º ano do EF, os materiais sempre foram elaborados, impressos e distribuídos pela Seduc-CE, que também forma os multiplicadores nos municípios e estes, por sua vez, formam seus colegas professores municipais. Para o 2º ano do EF, os materiais didáticos – juntamente com uma formação de 80 horas/ano (um encontro de 8 horas a cada mês), foram, nos seis primeiros anos do programa, adquiridos de editoras que tiveram suas propostas credenciadas por uma equipe de especialistas. Cabia a cada município escolher o material que lhe parecesse melhor entre os credenciados. Posteriormente, a Seduc-CE desenvolveu material didático também para esse ano escolar. Os recursos para aquisição e/ou impressão dos materiais foram até 2012 providos pelo governo federal.

Muita coisa foi necessária para dar eficiência, efetividade, consistência e coerência ao Paic. Passarei a mencioná-las e descrevê-las sucintamente, em uma ordem mais lógica que cronológica.

Antes de mais nada, foi necessário produzir um *diagnóstico* claro, preciso e suficientemente detalhado para oferecer a todos – em cada escola, em cada município, em cada regional e para o conjunto do estado – uma medida confiável e compreensível de onde estávamos e de onde gostaríamos de chegar. Por esse motivo, foi feita uma *avaliação externa*, aplicada a *todos os alunos do 2º ano do EF*, que se estabeleceu como referência para mensurar os avanços futuros e, desde então, esta passou realizada anualmente.

Em paralelo, ao definir o escopo do programa, foi necessário eleger quais outros elementos precedentes, consequentes e coexistentes ao processo de alfabetização precisariam ser também considerados, tematizados e apoiados pelo estado em cada município, simultânea e convergentemente com a alfabetização. Assim é que além da ação de *alfabetização*, em si, e da *avaliação externa*, a cooperação foi também estruturada em três outros eixos: *i) o da gestão municipal da educação*,<sup>10</sup> *ii) o de educação infantil*<sup>11</sup> e *iii) o de formação do leitor*.<sup>12</sup>

Na estruturação da governança do Paic, viu-se a necessidade de se organizar uma instância de suporte e acompanhamento do uso e da forma como os professores e as escolas estavam se apropriando dos materiais, das metodologias e dos objetivos do programa. Em consequência disso, o estado considerou necessário criar e empoderar uma *instância gestora* do Paic dentro da Seduc-CE, com sua projeção nas equipes das coordenadorias regionais de desenvolvimento da educação (Credes), responsáveis pela interlocução com as equipes municipais. Complementarmente, o estado induziu a constituição de equipes gestoras do programa *em cada município*.<sup>13</sup> *A cadeia de operacionalização* do Paic se materializou com a criação, no nível mais alto do organograma da Seduc-CE, de uma Coordenadoria de Cooperação com

10. Nesse eixo, além de formações (encontros de) para os secretários municipais de educação e suas equipes, lhes foi oferecido serviço de cooperação técnica para uso de ferramentas gerenciais de acompanhamento e gestão da matrícula, das avaliações diagnósticas feitas pela própria SME, de apropriação de resultados de avaliação externa e de trocas de experiências entre pares onde foram compartilhadas as criativas soluções locais para as mais diversas questões que se apresentavam no dia a dia da implementação do programa.

11. Nesse eixo, foi prestada cooperação técnica para formação de professores e organização da proposta curricular da educação infantil. Destaque-se a política de cooperação financeira do estado para construção e aquisição de equipamentos para os centros de educação infantil. Nestes casos, os municípios, além do terreno, ofereciam inicialmente uma contrapartida de 50% da obra. Este percentual foi posteriormente reduzido para 20%.

12. Nesse eixo, além de formação em serviço (oficinas de contação de história e formação de clubes de leitura), foi editada a revista *Pense!* Voltada para os interesses dos professores alfabetizadores. De frequência trimestral, com tiragem de 25 mil exemplares, distribuídas gratuitamente para todos os professores da educação infantil e dos dois anos iniciais do EF. Há que se mencionar também a distribuição para todas as salas de aula dos professores supramencionados das coleções (*Paic Prosa e Poesia*) de literatura infantil.

13. O governo do estado, por meio de dispositivo legal (Lei Estadual nº 14.026/2007, de 17 de dezembro de 2007) obteve autorização para pagar bolsa a título de compensação pelo trabalho adicional para os técnicos das secretarias municipais de educação que se responsabilizam pela gestão local do programa.

os Municípios (Copem), compreendendo os coordenadores de cada Crede como parceiros e líderes regionais, que, além disso, têm seus interlocutores/mediadores específicos que são as equipes dos núcleos regionais de cooperação com os municípios (NRCOM). Estes profissionais organizam, acompanham e operacionalizam a parceria com todos e cada um dos municípios da circunscrição de sua região, para assim viabilizar as ações relativas à meta de *alfabetização* (a distribuição do material didático, a formação dos professores, as visitas de acompanhamento, as avaliações diagnósticas no início de cada ano, as *avaliações externas*, a leitura dos resultados destas avaliações), bem como aquelas relativas aos outros eixos do programa, quais sejam, a disponibilização de conceitos e ferramentas para apoiar o desenvolvimento da gestão da educação pelas equipes das secretarias municipais, a ampliação da oferta de vagas, a estruturação da proposta pedagógica da educação infantil, a promoção da formação de leitores, a distribuição e a dinamização de bons acervos de literatura infantil.

Atuando em conjunto com (e hierarquicamente acima) essa cadeia de operação, há uma *cadeia de comando* e mobilização que se inicia no gabinete do governador<sup>14</sup> e passa pela interlocução e definição de estratégias do governador com a alta direção da Seduc-CE. Neste espaço de decisões, se fixa a agenda da Copem e de suas equipes, a quem caberá a implementação das ações e o equacionamento das questões cuja solução requerem coordenação centralizada do estado. Compete também à Copem a emissão de orientação para as ações das Credes. As Credes são responsáveis, por um lado, pela articulação, mediação, negociação e mobilização com os prefeitos e as equipes de secretarias municipais e, por outro lado, pela boa gestão e pelo acompanhamento das atividades de suas respectivas equipes de gestão regional do Paic.

Esta cadeia de comando, porém, foi e é tanto mais efetiva em comandar quanto mais for sensível às ponderações dos parceiros e capaz de processar as demandas e propostas de ajustes que se originam no outro polo e que fluem na direção inversa. Ou seja, as contribuições para o aperfeiçoamento do programa em nível local, que emergem dos professores e gestores escolares, chegam às equipes municipais e são transmitidas às equipes estaduais na região, inclusive aos coordenadores regionais, à Copem, ao gabinete da Seduc-CE e, quando necessário, ao gabinete do governador. Finalmente, além de operar na conjunção de pessoas, processos, estratégias, objetivos e resultados, o estado, como líder do Paic percebeu que precisava valorizar a força e a inteligência de dois participantes cuja atuação é absolutamente estratégica para o sucesso e sustentabilidade do programa, os prefeitos e as equipes das escolas, mobilizando assim suas vontades e criatividade.

---

14. Não foi a equipe da Seduc-CE que concebeu o Paic e buscou convencer o governador da necessidade e oportunidade de fazê-lo. Foi o governador que demandou à Seduc-CE a elaboração do programa, antecipando, porém, muitos de seus elementos constituintes, como as bolsas para as equipes municipais e os incentivos financeiros constantes da mudança na Lei do ICMS e do Prêmio Escola Nota 10, que serão descritos a seguir.

Para *dialogar* com o lugar e o ponto de vista dos prefeitos, o estado criou incentivos financeiros por meio de mudanças na legislação que estabelece critérios para a distribuição da cota-parte do Imposto sobre Operações relativas à Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação (ICMS)<sup>15</sup> entre os municípios. Para dialogar com as equipes escolares, o estado criou por lei o Prêmio Escola Nota 10,<sup>16</sup> que passou a distinguir com recursos adicionais as 150 escolas públicas com melhores resultados de aprendizagem (segundo a avaliação externa) na alfabetização, posteriormente, foram incluídas mais 150 no 5º ano e, finalmente, incluídas as 150 escolas com melhores resultados também no 9º ano. Os prefeitos são os líderes maiores da dinâmica que se estabelece nas equipes das secretarias municipais de educação e em toda a rede. Sabedores que os resultados de aprendizagem de suas escolas irão definir maior ou menor soma de recursos advindos do ICMS que serão repassados aos seus municípios, eles passam a se interessar mais pela gestão educacional, a buscar quadros mais capacitados tecnicamente para compor suas equipes e, em alguma medida, a priorizar as necessidades das secretarias municipais de educação junto às suas equipes financeiras e administrativas.

Os gestores escolares (diretores e coordenadores pedagógicos), além de sentirem a aproximação da equipe da secretaria municipal por meio dos processos de formação e acompanhamento pedagógico e perceberem a mudança de atitude *de cima* em relação às suas escolas, passam também a almejar a valiosa distinção e os consideráveis recursos adicionais que são concedidos às escolas que fizeram jus ao Prêmio Escola Nota 10.

Os professores, antes heróis (mais ou menos persistentes, mais ou menos desalentados) de um esforço solitário pela aprendizagem de suas turmas, passam a respirar com renovado ânimo a atmosfera de uma organização escolar que está, toda ela, voltada para um objetivo em comum, só exequível com a organização coletiva, de garantir a aprendizagem de todos os seus alunos. Esta nova atmosfera somente se faz possível se houver a liderança pedagógica dos gestores escolares.

---

15. O ICMS é um imposto que incide sobre a movimentação de mercadorias e sua cobrança é responsabilidade de cada estado brasileiro. As primeiras alterações na legislação do ICMS no Ceará, alterações estas que estabeleceram resultados educacionais na alfabetização (no 2º ano) e no 5º ano do EF como critérios para distribuição das cotas-partes devidas aos municípios, são de 2007. Em 2015, esta legislação passou por uma nova alteração, para incluir os resultados de 9º ano na fórmula de cálculo para distribuição dos recursos. A definição da fórmula, no entanto, é feita em ato do Poder Executivo (decreto), o que permite maior facilidade para viabilizar os ajustes que vão se mostrando necessários devido à própria evolução dos resultados. Os primeiros efeitos financeiros da Lei nº 14.024/2007 puderam ser notados em 2009, de modo a preservar o equilíbrio e o planejamento orçamentário dos municípios em 2008, ao mesmo tempo em que decorria o período de avaliações (2007-2008 e 2008-2009) que permitiriam uma medida mais acurada dos resultados. Coincidência feliz, 2009 foi também o início de novo ciclo de gestão nos municípios.

16. O Prêmio Escola Nota 10 foi instituído pela Lei nº 14.371/2009 para resultados de alfabetização e, posteriormente, ampliado (para 5º e 9º anos) pela Lei nº 15.923/2015, que revogou a anterior. A norma utiliza diversos mecanismos inovadores a fim de evitar a *competição pela competição*, premiando o esforço da rede como um todo, e não de escolas isoladas e, nas escolas, premiando o esforço das equipes e não de indivíduos. O prêmio também cria regras que evitam que as escolas focalizem seus esforços nos melhores alunos, fazendo com que a melhoria de aprendizagem dos alunos mais vulneráveis seja (relativamente) mais importante do que a simples melhoria da média da turma.

## 6 EXPERIÊNCIAS ANTERIORES DE COOPERAÇÃO ESTADO-MUNICÍPIOS

Um elemento fundamental que possibilitou ao Paic ser uma experiência bem-sucedida de colaboração federativa foi o fato de que as eventuais tensões relativas à distribuição de responsabilidades pela oferta de matrícula de educação básica no Ceará já estavam há tempos equacionadas.

O estado foi pioneiro na implementação de uma política de municipalização do EF ainda nos anos 1990, nos primórdios de implantação do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério (Fundef), com sua lógica redistributiva de definição de um valor mínimo por aluno/ano e de transferências proporcionais a quantidades de matrículas de cada rede.

Em 1996, a participação das redes municipais na oferta pública de EF era de 60%, sendo de 68% nos anos iniciais. Naquele momento, o governo do estado teve disposição suficiente para garantir politicamente a implementação da lógica redistributiva do Fundef – ainda que com significativas perdas orçamentárias imediatas –, evitando a atitude de competição por alunos e administrando com responsabilidade a transferência de matrícula remanescente de EF do estado para os municípios – quando necessário contendo a avidez de alguns gestores municipais.

Ao longo da década, até 2007, foram feitas as acomodações cabíveis. Nesse ano, a matrícula estadual de ensino fundamental representou 11,6% da matrícula pública, sendo de apenas 2,1% sua participação no EF 1 (1º ao 5º ano) e 23% no EF 2 (6º ao 9º ano). De 2007 a 2017, a oferta municipal evoluiu para 99,36% no EF 1 e para 94,5% do EF 2, perfazendo 97,1% de toda a matrícula pública de EF do estado.

Cumprir ainda ressaltar que, em 1995, antes mesmo da criação do Fundef, o estado já ensaiava, com seus próprios e poucos recursos, um experimento de *rede única de ensino*, em que os gestores municipais de educação liderariam a gestão de toda a rede de escolas públicas de seu território. Nesse ciclo de governo, já foi possível instituir uma pauta de ações de cooperação com municípios que conseguiu se sobrepôr às diferenças político-partidárias e eleitorais. Além da rede única já mencionada, outro exemplo relevante de cooperação federativa foi a realização de concurso público unificado para professores das redes municipais e estaduais, em que os resultados dos candidatos poderiam ser utilizados em quaisquer das 128 redes municipais participantes do certame.

Outra iniciativa relevante que antecede o Paic foi a do Comitê Cearense para Eliminação do Analfabetismo Escolar. O tema da alfabetização de crianças já havia sido colocado na agenda política do estado desde 2004, quando no âmbito do legislativo estadual se constituiu o Comitê Cearense pela Eliminação do Analfabetismo Escolar. Este comitê, além das audiências com educadores, políticos e

especialistas em alfabetização, já havia divulgado um relatório que noticiava os resultados de três investigações que fizera: *i)* sobre os currículos dos cursos de pedagogia; *ii)* sobre as condições de trabalho dos professores alfabetizadores; e *iii)* com alunos, sobre suas aprendizagens expressas como domínio das competências de leitura e escrita (Ceará, 2006).

Posteriormente, um grupo de sessenta municípios, com apoio do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e da Associação de Prefeitos do Ceará (Aprece), passou a colaborar mutuamente para se capacitarem buscando o enfrentamento dos *problemas* apontados no relatório. Nesse período, o Paic, com este nome e objetivo, já existia como parceria entre municípios. Em seguida, o programa foi ampliado, aprofundado e estruturado como política estadual.

O Paic reconheceu e valorizou essa gama de experiências anteriores e lhes agregou foco, metas claras e gestão por resultados. Universalizou e deu utilidade gerencial e pedagógica à avaliação externa e acrescentou os elementos de monitoramento, incentivos e prêmios. Sobretudo, fez isso de forma que as estratégias dialogassem entre si e cada uma fortalecesse as demais.

## **7 PENSANDO O PAIC: ASPECTOS CONTEXTUAIS, CONCEITUAIS, ORGANIZACIONAIS E SUBJETIVOS**

O Paic, como sua descrição evidencia, é um programa simples, porque está focado em um objetivo claro com métrica objetiva, de fácil compreensão e verificação. E é, também, complexo, pois se constituiu em uma política pública que tem múltiplas facetas e envolve múltiplos atores. Mas é complexo, sobretudo, porque suas múltiplas dimensões, atores e interfaces se imbricam e se influenciam mutuamente. Dessa forma, são muitos os aspectos por onde podemos nos aproximar dessa experiência, ao mesmo tempo em que é difícil também tratar de um ou outro aspecto isoladamente.

Há muitas afirmações que podem ser feitas sobre o Paic que suscitam pontos de interesse e necessidade de aprofundamento relativamente aos aspectos relevantes para a análise e avaliação de políticas públicas. Por isso, ao tentar realizar sua descrição/análise/avaliação, torna-se, frequentemente, difícil a tarefa pessoal de escolher a ordem mais adequada de apresentação dos fatos, ou mesmo de decidir que ênfase dar a um ou a outro aspecto no sentido de estimar e fazer jus à sua relevância. Com frequência, o que parece essencial só tem a importância que lhes credita, pois está intimamente associado a algo que, à primeira vista, aparecia como circunstancial.

Nesse sentido, farei menção a alguns aspectos já enunciados, mais que requerem mais aprofundamento, ou ressaltarei aspectos menos evidentes e formais do Paic que merecem mais estudo.



Entre os primeiros temas do Paic estão a intervenção sistêmica, a cooperação federativa e o regime de colaboração. Quanto aos aspectos que requerem mais estudo, estão aqueles relativos aos incentivos financeiros e simbólicos (publicidade, celebração, prestígio etc.) e ao tema da liderança política e organizacional em sua expressão mais subjetiva, motivacional e ética. O aprofundamento necessário é certamente impossível aqui, mas por isso mesmo, precisamos enunciá-los, para que, quem sabe assim, se possa motivar o interesse de investigação por tais questões.

## 8 O CARÁTER SISTÊMICO DO PROGRAMA

É quase impossível imaginar o Paic sem os materiais e a formação em serviço dos professores. Mas é igualmente difícil imaginar como seria e em que ritmo teriam evoluído os resultados do programa se não houvesse a avaliação externa e os incentivos do ICMS e do Prêmio Escola Nota 10. Muitos estados fazem avaliações externas de aprendizagem todos os anos. O uso e a relevância destas é diferente, a depender das consequências que lhes estão associadas. No caso aqui descrito e analisado, a avaliação externa de aprendizagem, anual e censitária para os alunos de 2º, 5º e 9º anos do EF determinam a forma de distribuição do ICMS e o Prêmio Escola Nota 10. Entretanto, não fossem os cuidados na definição das fórmulas, estes benefícios poderiam até ter induzido mais desigualdade.

E, afinal, todos esses aspectos não teriam sido implementados com eficiência e eficácia se não tivesse ocorrido o intenso processo de aprendizagem organizacional e a cooperação técnica vigorosa e cotidiana das equipes regionais do estado com as equipes de cada município, o que possibilitou o acompanhamento e monitoramento das ações, a melhoria na qualidade das informações e dos bancos de dados dos municípios, a valorização e a disseminação das melhores práticas que a criatividade fez emergir em muitas escolas e secretarias municipais de educação.

Avalio que o Paic só se constituiu nesse caso longo e eficaz, com resultados tão consistentes e consideráveis nesse ciclo de doze anos, justamente por ter sido o que chamo de uma *intervenção sistêmica*, isto é, uma ação que se estruturou levando em conta todas (ou quase todas) as dimensões, os sujeitos e as interfaces do problema que se quis impactar, criando mensagens coerentes e articulado a sincronia e a sinergia necessárias à sua efetividade.

## 9 O TEMA DA COOPERAÇÃO FEDERATIVA

O Paic foi uma ação pioneira, derivada de uma visão de *cooperação federativa* em que o governo do Estado entende claramente que não lhe basta cuidar apenas de melhorar a educação provida por sua rede de escolas, bem como, mesmo sendo o provedor por excelência da oferta de ensino médio, lhe cabe também apoiar os municípios para que estes realizem a melhoria da qualidade e a elevação dos resultados de aprendizagem de suas próprias redes.

Considerando a questão de um ponto de vista puramente racional ou *egoísta*, visto que os municípios são responsáveis pela educação infantil e os anos iniciais do ensino fundamental, é de interesse do governo do estado que os alunos das redes municipais, ao ingressarem na rede estadual, (seja nos anos finais do EF, seja no ensino médio, cheguem com a melhor preparação acadêmica possível.

É claro que essa política é também expressão de uma visão mais ampla, por isso mais responsável e generosa, em que o governo do estado entende que, em matéria de educação pública, ele deve se responsabilizar por todos os cidadãos de seu território e que, por isso, faz sentido instituir uma política pública capaz de romper o isolamento que acontece entre os municípios e a competição que por vezes ocorre entre as esferas de governo.

O governo estadual, por sua maior centralidade, é coordenador e articulador de uma agenda de interesses comuns a todos os municípios e, por isso, pode ser o proponente, o fiador e o ente institucional mais forte de uma agenda de cooperação. Assim sendo, é preciso que o governo estadual saiba encontrar, em diálogo com os municípios, a justa medida que poderá preservá-lo do risco de recaída em dois padrões autoritários e disfuncionais, muito comuns na experiência pública brasileira. O primeiro é aquele em que o estado *dita as ordens* aos municípios. O outro, mais sutil porque é mais simpático, é o padrão em que o estado duvida da capacidade dos municípios e, *paternalmente*, assume o protagonismo mesmo dos níveis mais descentralizados da ação, tomando o lugar do município e as responsabilidades que este deveria assumir.

Outro elemento importante para a compreensão mais aprofundada do Paic, é que o *regime de colaboração* entre estado e municípios proposto, ou, talvez melhor dizendo, ampliado e aprofundado pelo Paic, regime este que foi construído sobre condições favoráveis preexistentes. O Paic, como já citado, tinha raízes, alicerces, bases e antecedentes, tanto imediatos quanto resultantes de outras relevantes iniciativas de cooperação vividas no estado.

## 10 A PARTICIPAÇÃO DO GOVERNO FEDERAL

Ainda dentro do tema da colaboração federativa, é indispensável que se faça uma breve menção à presença do governo federal. Nos primeiros anos do Paic, de 2007 a 2012, o governo federal apoiou o programa com os recursos financeiros para impressão e/ou aquisição dos materiais de alfabetização e, também, prestou seu apoio e reconhecimento à relevância do programa, garantindo, inclusive, a presença do Ministério da Educação (MEC) nos eventos anuais de divulgação dos resultados municipais das avaliações do Spaace e das escolas ganhadoras do Prêmio Escola Nota 10. Estas formas de apoio foram muito importantes para o Paic.

A proximidade do governo federal permitiu que os gestores federais acompanhassem a evolução dos resultados, culminando com a decisão do MEC de formatar uma política pública de alfabetização infantil, fortemente inspirado no Paic e que foi denominado Programa Nacional de Alfabetização na Idade Certa (PNAIC), anunciado em 2012 e implementado a partir de 2013.

O PNAIC, a despeito dos esforços das equipes do MEC de reconhecer sua inspiração no Paic, não foi capaz de escapar do paradigma de *desenho único* tão fortemente operante na modelagem dos programas federais. Daí que a chegada do PNAIC ao Ceará não tenha se efetivado como um fortalecimento da estratégia estadual, mas como uma expectativa que o estado viesse a se adaptar ao modelo nacional que a partir de *então tinha que ser igual em todo o país*.

Sendo assim, em alguns aspectos operacionais, o PNAIC não refletiu o Paic. Emergiram, então, pontos de tensão que foram razoavelmente administrados, mas que, também, deixaram evidente a dificuldade do governo federal, que constantemente considera apenas seus próprios termos, para dialogar com as lógicas diferentes que os diversos entes federados podem ter sobre um mesmo tema – no caso, o da alfabetização infantil.

Apesar de considerar feliz e oportuna a possibilidade de pautar a problemática da alfabetização como questão de abrangência nacional, o PNAIC pode ter errado em propor uma única estratégia e metodologia para enfrentar esta questão em contextos tão diversificados. Este é um tema de grande relevância para a melhoria das políticas educacionais que supõem a colaboração federativa e, se não é possível aprofundá-lo no escopo deste capítulo, que ao menos fique enunciado como tarefa para próximas análises.

## 11 OS ASPECTOS MENOS EVIDENTES QUE CONSTITUEM TEMAS PARA APROFUNDAMENTO

Um primeiro aspecto a se considerar são os *incentivos e prêmios*. O recurso a incentivos e prêmios é um traço marcante e, em alguma medida, controverso da estratégia do Paic. Existe, ao que me parece, uma predisposição à desconfiança por parte de educadores quanto ao uso de prêmios ou de outros incentivos como forma de se conseguir os resultados desejados em políticas sociais.

Creio entender e posso validar alguns bons motivos para o preconceito contra incentivos e prêmios, tendo em vista que vivemos em uma sociedade hierárquica, elitista, com absurdos indicadores de concentração de poder econômico e político, que tem como consequência a segregação e a desqualificação de parte de seus integrantes. É compreensível que as estratégias originadas em algum centro de poder que tenha como traço um sinal de competição ou de indução ao esforço dos sujeitos beneficiários sejam objeto de dúvida quanto à sua legitimidade.

Outro aspecto que corrobora com as suspeitas sobre a legitimidade de incentivos e prêmios é seu caráter *mercantil* ou de *competição*, que não se coadunaria com os valores e os princípios morais da fraternidade, do desenvolvimento pessoal e da busca do bem comum associados à prática da educação que, talvez, não devesse permitir contaminações com lógicas apenas toleradas na dimensão *econômica* da reprodução social. Em suma, para muitos, à nobreza da educação e da aprendizagem deveria corresponder uma motivação intrínseca, expressão de autoconsciência, e jamais motivações comezinhas, pragmáticas e *interesseiras*, focadas em conquistar prestígio em *rankings* de comparação/competição com outros ou algo ainda mais *baixo*, interessadas em agregar valor monetário ao seu orçamento pessoal.

Recusar-se a ver riscos me parece miopia, mas recusar-se a lidar com isso parece-me idealismo. Diante do dilema, é preciso ter coragem de experimentar e aprender. É preciso ter clareza de que todo sistema de motivação externa é necessariamente limitado e eventualmente indutor de condutas inadequadas. Mas também pode ser um poderoso acelerador de dinâmicas virtuosas. Sobretudo, é preciso uma avaliação pragmática e realista do custo-benefício de um dado sistema de incentivos e uma boa disposição para corrigir suas externalidades negativas.

No caso do Paic, temos os exemplos do ICMS e do Prêmio Escola Nota 10. No primeiro, ganham mais recursos do ICMS os municípios que alcançam melhores resultados de aprendizagem. Via de regra, os critérios que mais pesam sobre a distribuição de ICMS são critérios estáticos ou regressivos, isto é, recebem mais os municípios que já são mais ricos, ou recebem todos uma quantia igual pelo simples fato de existir e não pelo esforço para fazer por merecer. A lei do ICMS do Ceará instituiu uma regra em que passa a ganhar mais quem obtém os melhores resultados em políticas de grande importância para a conquista do bem-estar coletivo, isto é, melhoria na aprendizagem das crianças, menos mortalidade infantil e mais responsabilidade e inteligência no trato com o meio ambiente. Alguns municípios ganharam, outros perderam, mas, principalmente, ganharam as crianças mais pobres do estado. É possível que em alguns anos estes critérios se esgotem como fatores de motivação para melhores condutas dos gestores públicos dos setores relacionados. Se, quando isto ocorrer, já tivermos rompido a inércia de uma cultura de políticas sem resultados e tivermos inserido o conjunto de municípios cearenses em outros patamares de indicadores de educação e saúde infantil, a estratégia já terá valido – e muito – a pena.

No caso das escolas, há o Prêmio Escola Nota 10. Este prêmio tem três aspectos bastante inovadores. O primeiro é que cada escola tem autonomia para decidir sobre os recursos, que são depositados em conta específica da escola, a exemplo do que ocorre com o Programa Dinheiro Direito na Escola (PDDE) do governo federal, mas sem as predefinições das despesas. O segundo é que, embora a escola deva investir em melhorias, parte do prêmio (até 40%) pode ser distribuída aos

professores em forma de bonificação, por critérios definidos pela escola. O terceiro aspecto é que cada escola premiada deve usar recursos do prêmio para desenvolver atividades de cooperação técnica por dois anos com uma das 150 escolas com os mais baixos resultados na mesma avaliação e série escolar. Estas 150 escolas com baixos resultados, denominadas *escolas apoiadas*, também recebem recursos (metade do valor por aluno concedido às escolas premiadas) para melhorias e para a cooperação técnica. Um quarto do valor devido às escolas premiadas e metade do valor das escolas apoiadas somente será pago se a escola premiada não regredir em seu resultado de aprendizagem e a escola apoiada atingir resultado satisfatório – pelo menos 7,0 no índice de desempenho escolar (IDE) – nas avaliações dos dois anos subsequentes ao ano base de concessão do prêmio.

Além disso, há normas do Prêmio Escola Nota 10 que apresentam soluções bastante inovadoras no sentido de inibir tendências que são comuns em prêmios, como o *individualismo*, a competição e o risco de privilegiar os mais fortes.

Entre essas boas condicionalidades está o fato de que, para uma escola ganhar o prêmio, é preciso que ela cuide de ter o mínimo (ou nenhum aluno) em estágios insuficientes de aprendizagem. A mensagem dessa regra é: não compensa investir só nos bons alunos, há que se investir ainda mais na melhora dos mais frágeis.

Um segundo aspecto a ser destacado é que a escola se torna inelegível para o prêmio se toda a rede municipal a qual ela pertence não estiver em um patamar de bons resultados para, pelo menos, 70% de seus alunos. O principal efeito desta medida foi evitar que gestores municipais investissem em apenas uma ou poucas escolas, para que galgassem o prêmio e tivessem prestígio e recursos, enquanto as outras escolas poderiam ser negligenciadas.

É importante reconhecer que há *vulnerabilidades* nesses incentivos que podem ser mitigadas, mas, talvez, não eliminadas. A literatura afirma que premiações podem levar a *game*, que é a atitude de usar as brechas deixadas nas normas a favor de resultado com menos esforço. Um exemplo no caso de avaliações de aprendizagem seria evitar que alunos *fracos* façam a prova. No caso das avaliações e nas fórmulas de cálculo usados na sistemática de incentivos do Paic, isso é controlado, porque a taxa de participação dos alunos entra no cálculo dos índices. Este controle de participação evita que as escolas caiam na tentação de desestimular a presença dos alunos no dia da prova ou de montar “estratégias”, como *transferências* de alunos para outras escolas.

Uma distorção possível e mais complexa de ser mitigada é o direcionamento de escolas ou talvez redes escolares inteiras que podem exacerbar uma estratégia de *treinamento intensivo* dos alunos para a prova. Isto não é necessariamente ruim, mas pode tornar-se, se incorrerem em pressão psicológica sobre os alunos e/ou se ocorrerem em detrimento de outros elementos curriculares importantes para o desenvolvimento das capacidades dos alunos.

No caso do ICMS, uma *vulnerabilidade* reside no fato de que o próprio sucesso do programa pode levar a uma exaustão da capacidade de mobilização que fez da lei um incentivo tão poderoso. Isto fica mais evidente quando se verifica a tendência natural de equiparação das notas de todos os municípios (o que é em si, positivo, pois expressa ganho de equidade). É provável que o estado tenha ainda outros dez anos de margem no aproveitamento da capacidade de motivação do ICMS. Isso porque ainda é necessário consolidar as conquistas do 5º ano e, sobretudo, fortalecer o esforço, muito mais complexo, de melhoria nas séries finais do EF. Mas é essencial que o estado tenha esse limite em mente para prospectar outras possibilidades de motivação que deem sustentabilidade aos esforços municipais.

## 12 OUTROS ASPECTOS RELEVANTES

O Paic se beneficiou de uma visão de política e de estado que já tinha antecedentes na experiência de cooperação entre o estado e seus municípios no âmbito da educação pública. Não obstante, é digna de nota a clareza e a agilidade com que o governo estadual definiu a meta da alfabetização das crianças até os 7 anos de idade, em cooperação com os municípios como eixo estratégico de política educacional, quando a matrícula desse nível de ensino já era quase toda municipal.

Parte considerável dessa clareza e agilidade deriva do fato de que o então governador vinha de uma recente experiência anterior como prefeito de um município do interior do estado (cidade de Sobral), onde já havia implementado essa estratégia como política prioritária.

Creio que a possibilidade de, ainda que estando no estado, pensar com a lógica de gestor municipal, tem grande relevância na elaboração das estratégias, na eleição das prioridades e, também, na decisão de deixar que os próprios municípios definissem suas estratégias e seus métodos, evitando que a energia do estado fosse direcionada para o controle de procedimentos e focando em criar as motivações e prover os apoios que os municípios precisavam para construir, eles mesmos, seus resultados.

Outro aspecto de relevância foi a decisão de *blindar* as equipes da Seduc-CE de ingerências político-partidárias-eleitorais. Seja na composição das equipes da secretaria, seja na seleção e nomeação de coordenadores regionais e de suas equipes e, por isso mesmo, também na relação cotidiana com os municípios, a diretriz máxima é que a agenda do Paic não poderia, da parte das equipes estaduais, ser perturbada por questões de filiação partidária ou de grau alinhamento político do prefeito ao governo estadual. Esta é uma atitude que só se prova e sustenta se houver coerência na comunicação e consistência no tempo, mas que, uma vez conquistada, permite a instalação de um ambiente de cooperação muito diferenciado para melhor.

No mesmo sentido da qualidade da interlocução, do nível de confiança e *boa vontade* entre as partes em colaboração, destaco o fato de que os coordenadores regionais (selecionados por critérios técnicos) eram instruídos, acompanhados e apoiados para cultivarem uma atitude permanente de respeito pela autonomia dos municípios e reconhecimento da capacidade das equipes municipais.

Muitas potencialidades de uma experiência de cooperação são, por vezes, minimizadas pela falta de (ou pouco) cuidado em estabelecer níveis de respeito e confiança na interlocução. O Paic procurou zelar pela qualidade dessa dinâmica subjetiva com a mesma atenção e esmero com que se costuma tratar os elementos objetivos (técnicos e institucionais) do programa.

### 13 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Paic é essa história bonita e relevante que me permitiu alguns dos maiores e melhores aprendizados profissionais ao longo de minha trajetória de *militante* da gestão pública e de *crente* na imensa potencialidade dos governos municipais, os quais já são, desde longa data, os maiores provedores dos serviços sociais universais e essenciais para a população, a exemplo do abastecimento de água, da destinação de resíduos sólidos, da saúde e da educação básica.

Acredito que essa experiência possa continuar sendo esse imenso laboratório de aprendizagens, de inovação e de fortalecimento da gestão municipal da educação para o bem das crianças brasileiras que mais necessitam da boa educação pública, para que elas se tornem protagonistas de uma história de rompimento do círculo vicioso da pobreza e da exclusão. Longa vida e novos sucessos é o que desejo ao Paic.

### REFERÊNCIAS

CEARÁ. **Educação de qualidade começando pelo começo**. Relatório Final do Comitê Cearense pela Eliminação do Analfabetismo Escolar. Fortaleza: Assembleia Legislativa do Ceará, 2006. Disponível em: <<https://bit.ly/2PkeH0J>>.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Educação do Estado do Ceará (Seduc-CE). **Regime de colaboração para a garantia do direito à aprendizagem**: o Programa de Alfabetização na Idade Certa (Paic) no Ceará. Fortaleza: Seduc, 2012. Disponível em: <<https://bit.ly/34Tiybz>>.

COSTA, L.; CARNOY, M. The effectiveness of an early: grade literacy intervention on the cognitive achievement of Brazilian students. **Educational Evaluation and Policy Analysis**, Thousand Oaks, CA, v. 37, n. 4, p. 567-590, 2015.

GUSMÃO, J. B.; RIBEIRO, V. M. Colaboração entre estado e municípios para a alfabetização de crianças na idade certa no Ceará. **Cadernos Cenpec**, v. 1, n. 1, p. 09-34, 2011.

IPM – INSTITUTO PAULO MONTENEGRO; AÇÃO EDUCATIVA – ASSESSORIA, PESQUISA E INFORMAÇÃO. **Relatório de resultados preliminares Inaf Brasil 2018**. São Paulo: IPM; Ação Educativa, 2018. Disponível em: <<http://twixar.me/bG61>>.

KASMIRSKI, P. R.; GUSMÃO, J. B.; RIBEIRO, V. M. O Paic e a equidade nas escolas de ensino fundamental cearenses. **Estudos em Avaliação Educacional**, v. 8, n. 69. p. 848-873, 2017.

RESENDE, C. C. **O que está acontecendo no Ceará?** Evidências preliminares de com um dos estados mais pobres do país vem transformando seu sistema educacional. Brasília: Senado Federal, ago. 2013. Disponível em: <<http://twixar.me/km61>>. (Boletim Legislativo do Senado Federal, n. 73).



## PLANO DE AÇÕES ARTICULADAS: MELHORIA DA EDUCAÇÃO E REDUÇÃO DAS DESIGUALDADES

José Henrique Paim Fernandes<sup>1</sup>  
Jaana Flávia Fernandes Nogueira<sup>2</sup>

### 1 INTRODUÇÃO

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CF/1988), com as emendas constitucionais posteriormente aprovadas, foi importante para assegurar direitos educacionais à população do país (Brasil, 1988). A educação, na chamada Constituição Cidadã, é apresentada como “direito de todos e dever do Estado e da família”, a ser “promovida e incentivada com a colaboração da sociedade” (*op. cit.*, art. 205). O dever do Estado deve ser efetivado mediante a garantia de “educação básica obrigatória e gratuita dos 4 (quatro) aos 17 (dezessete) anos de idade, assegurada inclusive sua oferta gratuita para todos os que a ela não tiveram acesso na idade própria” (*op. cit.*, art. 208, I), entre outros aspectos.

Ainda segundo a Constituição, a União, os estados, o Distrito Federal (DF) e os municípios necessitam organizar seus sistemas de ensino em regime de colaboração. Há responsabilidades definidas para cada uma dessas instâncias de governo, cabendo à União exercer função redistributiva e supletiva em relação aos demais entes federados, de forma a garantir a equalização de oportunidades educacionais e padrão mínimo de qualidade do ensino (art. 211, § 1º), entre outros papéis.

Essa forma de organização da educação nacional é bastante complexa, devido às dimensões continentais do Brasil e a seus respectivos desafios econômicos, sociais, políticos e culturais. Como explicam Oliveira e Sousa (2010, p. 21), o regime de colaboração previsto no art. 211 da CF/1988 (Brasil, 1988) ancora-se no art. 23, que estabelece que a União, os estados, o DF e os municípios possuem competências comuns, sendo que leis complementares (LCs) devem fixar normas entre esses entes. Os autores bem pontuam que,

---

1. Professor da Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas da Fundação Getúlio Vargas (Ebape/FGV) e consultor em educação do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID). *E-mail*: <henrique.paim@fgv.br>.

2. Coordenadora do Centro de Desenvolvimento da Gestão Pública e Políticas Educacionais (DGPE/FGV).

na prática, é uma formulação que expressa o “desejo” de colaboração entre os entes federados, mas que não encontra mecanismos de indução ou de obrigatoriedade, posto que, em princípio, estes são autônomos (Oliveira e Sousa, 2010, p. 21-22).

Assim, se os dirigentes dos diferentes sistemas não estiverem predispostos a colaborar entre si, isso não ocorre. A definição de regras e mecanismos de colaboração entre os diferentes entes federados no campo da educação depende, em grande parte, da visão e da capacidade de negociação dos gestores educacionais.

Conforme será apresentado nos próximos tópicos, o governo federal, por meio do Ministério da Educação (MEC), tinha um modelo de relacionamento com os estados, o DF e os municípios que perdurou ao longo de décadas. Esse modelo – sobretudo em se tratando do financiamento de ações discricionárias – acabava por privilegiar o atendimento às Unidades da Federação (UFs) com maior capacidade técnica de apresentar projetos aderentes aos editais de seleção do MEC, em geral unidades que também já tinham mais recursos financeiros.

A construção e a implementação do Plano de Ações Articuladas (PAR) foram responsáveis pelo estabelecimento de novo padrão de relacionamento entre o governo federal e os demais entes da Federação. A partir de então, foi determinada uma cultura de planejamento nas diferentes instâncias de governo, e a assistência técnica e financeira do MEC passou a ser definida e ofertada com base nas necessidades de cada ente. Desse modo, o PAR assegurou condições para a melhoria da educação em todo o território nacional e para a redução das desigualdades regionais nesse setor.

## **2 OS ANTECEDENTES DO PAR**

O MEC desenvolve um conjunto grande de ações no campo educacional, em todos os estados e municípios da Federação. Algumas dessas ações envolvem assistência técnica e outras, assistência financeira. As transferências financeiras do MEC aos demais entes podem, *grossa modo*, ser classificadas em transferências obrigatórias e voluntárias.

As transferências obrigatórias são aquelas viabilizadas por meio de programas que estão previstos em legislações específicas. É o caso, por exemplo, do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), do Programa Dinheiro Direto na Escola (PDDE) e do Programa Nacional de Apoio ao Transporte Escolar (PNATE).

As transferências voluntárias têm caráter discricionário, cabendo ao gestor público federal definir as regras de atendimento aos estados, ao DF e aos municípios. Tais transferências eram realizadas sobretudo por meio de convênios, ancorados na Lei nº 8.666/1993 (Brasil, 1993) e na Portaria Interministerial nº 507/2003. Muito embora os convênios continuem existindo para programas específicos, a maior parte das transferências voluntárias para a educação básica passou a ser realizada via termo de compromisso. O Plano de Ações Articuladas veio a atuar precisamente na reorganização dessa modalidade de transferência.

Antes do PAR, a prática corrente era que o MEC – por meio de suas várias secretarias – lançasse editais com linha de financiamento para projetos específicos. Os estados e os municípios interessados em concorrer aos recursos apresentavam suas propostas, usando instrumento conhecido como plano de trabalho anual (PTA). As secretarias responsáveis pelos editais analisavam os PTAs do ponto de vista do mérito educacional. Por sua vez, o Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), autarquia vinculada ao MEC, tinha o encargo de habilitar as entidades proponentes e analisar tecnicamente a consistência dos PTAs, cotejando a coerência entre o objeto, o cronograma e o orçamento do projeto. O governo federal, desse modo, celebrava convênio com as UFs que tinham suas propostas aprovadas.

Algumas questões importantes precisam ser destacadas. Inicialmente, cabe mencionar que o conjunto de ações apoiadas pelo MEC era bastante pulverizado, considerando-se o volume de recursos disponíveis para as transferências voluntárias. Essa assistência estava concentrada em ações de apoio à formação continuada de professores, práticas pedagógicas, gestão escolar, equipamentos e infraestrutura escolar. A demanda apresentada ao ministério era pouco qualificada, uma vez que as informações prestadas pelos estados e municípios eram declaratórias, e não havia controle, por exemplo, das instituições formadoras e do tipo de material didático que era adquirido em âmbito local.

Além disso, o acesso ao recurso era pouco transparente e não garantia a promoção da equidade entre os entes federados. Muitas vezes, a obtenção dos recursos ocorria mediante representantes de municípios, que funcionavam como intermediários entre o governo federal e os estados e municípios. Aquelas UFs com maior capacidade técnica e financeira, em geral, tinham suas propostas aprovadas e as que mais necessitavam, quando participavam, nem sempre eram contempladas.

Sintetizando o ambiente anterior à instituição do PAR, o MEC prestava assistência financeira aos estados, ao DF e aos municípios com base em legislação de transferências voluntárias do governo federal, associada a resoluções específicas dos programas formuladas pelo MEC e FNDE. A apresentação de proposta por parte dos entes era unidimensional, com descrição pouco objetiva de sua situação educacional. A análise das propostas por parte do ministério, por sua vez, também era unidimensional e realizada a partir de critérios por vezes pouco transparentes. O MEC prestava um atendimento assistemático às UFs, a partir de ações em geral pulverizadas. Havia pouca interação entre o governo federal e os governos estaduais e municipais na definição das ações a serem implementadas.

### 3 O PLANO DE AÇÕES ARTICULADAS

Em 2007, o Ministério da Educação lançou o Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE), no âmbito do qual foi instituído o Plano de Metas Compromisso Todos pela Educação. Regulamentado pelo Decreto nº 6.094/2007 (Brasil, 2007a), esse plano representou a conjugação de esforços entre a União, os estados, o DF e os municípios para a busca da melhoria da qualidade da educação (art. 1<sup>o</sup>), materializando o chamado regime de colaboração.

É importante registrar como foi concebido o Plano de Metas Compromisso Todos pela Educação, a partir, sobretudo, de evidências empíricas no campo da educação.

Logo após a divulgação dos resultados da Prova Brasil, em 2006, dois estudos foram realizados em parceria com organismos internacionais, em escolas e redes de ensino cujos alunos demonstraram desempenho acima do previsto, consideradas as variáveis socioeconômicas. O objetivo central dos estudos era identificar um conjunto de boas práticas às quais poderia ser atribuído o bom desempenho dos alunos. Essas boas práticas foram traduzidas em 28 diretrizes que orientam as ações do Plano de Metas Compromisso Todos pela Educação, programa estratégico do PDE (Brasil, 2007b, p. 24).

Essas diretrizes, com efeito, tratavam de aspectos estratégicos no processo educativo, como o foco na aprendizagem dos alunos, a ampliação da jornada escolar, a valorização dos profissionais da educação, a prática da gestão participativa, entre outros exemplos. O importante foi que ao aderir ao Plano de Metas Compromisso Todos pela Educação, os estados e os municípios passaram a ter ciência dessas prioridades, além de comprometerem-se formalmente com sua realização em seus contextos locais.

A cultura de medição e avaliação é importante em qualquer setor, sobretudo no campo das políticas públicas e, em particular, das políticas educacionais, nas quais as demandas são muitas e os recursos, limitados. A medição e a avaliação possibilitam, de um lado, elaborar diagnósticos mais precisos para subsidiar a formulação e a implementação de políticas acertadas e, de outro, verificar os resultados alcançados, redirecionando ações sempre que necessário.

O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (Ideb), também criado em 2007, cumpriu ambas as funções. Em primeiro lugar, foi utilizado para auxiliar o MEC na definição de entes prioritários para atendimento por meio de seus programas voluntários, sendo privilegiados aqueles que apresentavam os piores indicadores educacionais do país. Em seguida, passou a ser utilizado para aferir de forma objetiva a qualidade da educação nas diversas UFs, permitindo identificar o cumprimento ou não das metas fixadas pela União no termo de adesão ao Plano de Metas Compromisso Todos pela Educação (art. 3<sup>o</sup>).

Por sua vez, o Plano de Ações Articuladas foi o conjunto de ações, apoiado técnica ou financeiramente pelo MEC, para garantir o cumprimento das metas do Plano de Metas Compromisso Todos pela Educação (art. 9º). O PAR é uma ferramenta que permite a realização de diagnóstico da situação educacional de estados e municípios, associada a um planejamento das ações necessárias para aperfeiçoar as condições identificadas. Esse planejamento é plurianual, contemplando um período de quatro anos, com possibilidade de revisão do documento em função de mudanças de cenário, sempre que preciso.

O instrumento de diagnóstico foi elaborado pelo MEC com base em critérios objetivos, em quatro grandes eixos da política educacional: *i*) gestão educacional; *ii*) formação de professores e profissionais de serviço e apoio escolar; *iii*) recursos pedagógicos; e *iv*) infraestrutura física. Constitui, na verdade, um autodiagnóstico, pois é respondido por cada um dos estados e dos municípios, a partir de um olhar sobre sua realidade.

Cada um desses eixos desdobra-se em áreas de atuação, que possuem indicadores específicos. Esses indicadores devem ser pontuados pela equipe de planejamento encarregada de preencher o sistema, que atribuirá nota de 1 a 4, justificando sua escolha. A partir da pontuação atribuída a cada um dos indicadores, o MEC aponta um conjunto de ações e subações para compor seu PAR.

#### QUADRO 1

##### Exemplo de elaboração do diagnóstico do PAR

Eixo	1. Gestão educacional
Área	1.1. Gestão democrática: articulação e desenvolvimento dos sistemas de ensino
Indicador	1.1.1. Existência, acompanhamento e avaliação do Plano Municipal de Educação (PME), desenvolvido com base no Plano Nacional de Educação (PNE)
Pontuação	(1) Quando não há nenhuma forma de acompanhamento e avaliação das metas do PME por parte da secretaria municipal de educação, ou previsão de implantação do plano. Ou, ainda, quando não existe o PME. (2) Quando há o PME e um planejamento para o acompanhamento e a avaliação de suas metas, mas no planejamento não está prevista a participação de professores e gestores e de representantes da sociedade civil organizada. (3) Quando existe o PME e o acompanhamento e a avaliação de suas metas, com a participação de professores e gestores, sem a presença de representantes da sociedade civil organizada. A avaliação não é contínua, e o acompanhamento é voltado à análise de aspectos apenas quantitativos. (4) Quando existe o PME e o acompanhamento e a avaliação de suas metas, com a participação de professores e gestores e de representantes da sociedade civil organizada. A avaliação é contínua e o acompanhamento voltado à análise de aspectos qualitativos e quantitativos.

Fonte: Simec-PAR (2019).  
Elaboração dos autores.

O processo de preenchimento de diagnóstico e elaboração do PAR deve ser participativo e envolver uma equipe de profissionais nas secretarias de educação que seja qualificada. Essa equipe deverá articular-se com todos os setores necessários, no sentido de obter informações precisas que resultarão em sugestões de ações a serem adotadas pelo ente em questão.

A partir do amadurecimento desse processo, o apoio financeiro do MEC aos entes federados foi institucionalizado em legislação específica, que estabeleceu o PAR como instrumento de transferência direta voluntária, transformando-o em política permanente. Como explicam Souza e Batista,

Em 25 de julho de 2012, por intermédio da Lei nº 12.695 (Brasil, 2012), o PAR deixa de limitar-se ao Plano de Metas Compromisso Todos pela Educação, passando a observar as metas, diretrizes e estratégias dos Planos Nacionais de Educação (PNEs), em geral, vindo a ser regulado por lei própria, sendo elevado da condição de política de Governo à de Estado (Souza e Batista, 2016, p. 107).

O PAR organiza o planejamento da demanda educacional dos estados, do DF e dos municípios, bem como a oferta de programas e ações por parte do MEC. “É também inovador, já que esse modelo de planejamento educacional esteve ausente das políticas dos governos democráticos instaurados após a promulgação da Constituição Federal de 1988” (Ferreira, 2014, p. 604).

Essa ferramenta permitiu o estabelecimento de um novo padrão de relacionamento da União com os estados, o DF e os municípios. Os programas ofertados aos entes da Federação por meio do PAR – como o Programa Nacional de Reestruturação e Aquisição de Equipamentos para a Rede Escolar Pública de Educação Infantil (Proinfância), que possibilita a construção de creches, o Caminho da Escola, a respeito de doação de ônibus escolar, e o Programa Nacional de Tecnologia Educacional (Proinfo), que consiste na entrega de laboratórios de informática, entre outros – permitiram ampliar o acesso à educação, viabilizar a permanência dos estudantes na escola e atuar na melhoria da qualidade da educação nacional.

Como apontam Souza e Batista:

algumas pesquisas apontam questões positivas relacionadas à eficácia e à efetividade do PAR, como, por exemplo, a democratização do acesso à informação sobre os recursos financeiros a ele destinados; os avanços no regime de colaboração entre governo federal e os municípios, nos termos de uma maior aproximação do MEC em relação à realidade local; e, ainda, uma maior interação entre e gestão pública municipal e a comunidade escolar com a finalidade da realização de intervenções conjuntas sobre a Educação Básica (2016, p. 125).

A questão da democratização do acesso à informação sobre os programas do MEC a todos os estados, o DF e os municípios – assim como a possibilidade de que estes demandassem diretamente apoio do governo federal – foi um aspecto importante para o fortalecimento do regime de colaboração e a redução das desigualdades regionais. Municípios que antes nem sequer pleiteavam os recursos do ministério passaram a ser atendidos com programas de formação, entre outros.

#### 4 PRINCIPAIS ESTRATÉGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO, INSTRUMENTOS E MECANISMOS DE COORDENAÇÃO

A elaboração do PAR por parte das UFs foi possibilitada, do ponto de vista político, pela adesão ao Plano de Metas Compromisso Todos pela Educação e, do ponto de vista técnico, pelo preenchimento do Sistema Integrado de Monitoramento, Execução e Controle (Simec). Todos os estados, o DF e os municípios aderiram ao plano, o que indica que a pauta da educação foi compreendida pelos gestores das diferentes instâncias administrativas como suprapartidária.

Todo o processo de elaboração do diagnóstico e geração do PAR foi realizado no Simec, sistema desenvolvido em *software* livre e projetado para funcionar via *web* (internet) em diversos navegadores. Esse sistema facilitou imensamente a execução das ações do MEC. Se, antes, havia um considerável trâmite de processos físicos, que tornava a implementação das iniciativas demorada, com o sistema ganhou-se eficiência e agilidade.

O processo de preenchimento do Simec é bastante simples. Entretanto, para auxiliar os municípios cujo atendimento por parte do MEC foi apontado como prioritário, em função dos seus resultados preocupantes na educação, o próprio ministério contratou uma equipe de consultores. Isso ocorreu sobretudo no primeiro momento de elaboração do PAR, logo de sua criação. Explicando mais detalhadamente:

na fase do diagnóstico, o MEC indica que este seja realizado por uma equipe local constituída de forma plural com representantes da comunidade escolar e local e, além disso, se o município estiver entre aqueles considerados de atendimento prioritário – com Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) abaixo de 3,8 – pode ter a assessoria técnica do MEC junto com a equipe local. Constituída a equipe, inicia-se o diagnóstico da situação da educação no município tendo em vista as dimensões, áreas e indicadores elaborados pelo MEC por meio de cadernos/manuais, bem como pelo Sistema Integrado de Monitoramento, Execução e Controle do Ministério da Educação (SIMEC) acessado online pelos municípios (Souza e Batista, 2016, p. 110).

Após o preenchimento do PAR no Simec, um conjunto de servidores públicos e colaboradores do MEC passam a analisar as informações ali contidas, com vistas a organizar a demanda e elencar critérios para atendimento com cada um dos programas federais disponíveis.

Após a análise do PAR pelas equipes técnicas do ministério e a definição das ações passíveis de financiamento, são firmados termos de compromissos entre o MEC e os entes apoiados, para implementação de ações financeiras. Esses termos são assinados eletronicamente pelos representantes das secretarias, e, a partir de então, tem início o processo de transferência de recursos. A criação de processos, o empenho e o pagamento das ações financeiras passaram a ser feitos eletronicamente pelo sistema.

A negociação com os estados e o DF – dada a complexidade das ações e o volume de recursos – ocorreu de modo presencial, em reuniões individuais realizadas no MEC, em Brasília. Por sua vez, o relacionamento com os municípios ocorreu basicamente por meio do sistema, tendo-se em vista o grande número de atores envolvidos.

Para garantir uma melhor governança do PAR, foram criados, ao longo do tempo, grupos com finalidades diversas. Alguns exemplos são: comissão técnica permanente para análise dos processos de assistências técnica e financeira ao Plano de Ações Articuladas, elaborado no âmbito do Plano de Metas Compromisso Todos pela Educação (2007); Comitê Estratégico do Plano de Metas – PAR/MEC (2011); e Comitê Gestor do PAR (2016). O diálogo entre os atores e as instituições envolvidos no processo foi constante e essencial para o sucesso da iniciativa.

## **5 CAPACIDADES ESTATAIS RELEVANTES PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA**

Algumas capacidades políticas e técnico-administrativas do MEC, no momento específico em que o PAR foi criado, foram fundamentais para o sucesso da iniciativa. Do ponto de vista político, havia um interesse do governo federal de priorizar a educação como setor estratégico do governo. Prova maior dessa afirmação é o fato de que foi desenvolvido o PDE, com uma visão sistêmica da educação e a apresentação de políticas e programas para todos os níveis e as modalidades de ensino.

O PDE gerou uma grande articulação dos governos federal, estaduais e municipais em torno da educação. Na ocasião, o MEC organizou as chamadas Caravanas da Educação, caracterizadas pela visita do ministro da educação aos estados, momento no qual era apresentado o plano e firmado o compromisso do PAR. Ações novas e inovadoras como o Proinfância (construção de creches) e o Caminho da Escola (doação de ônibus escolar), por exemplo, datam desse período.

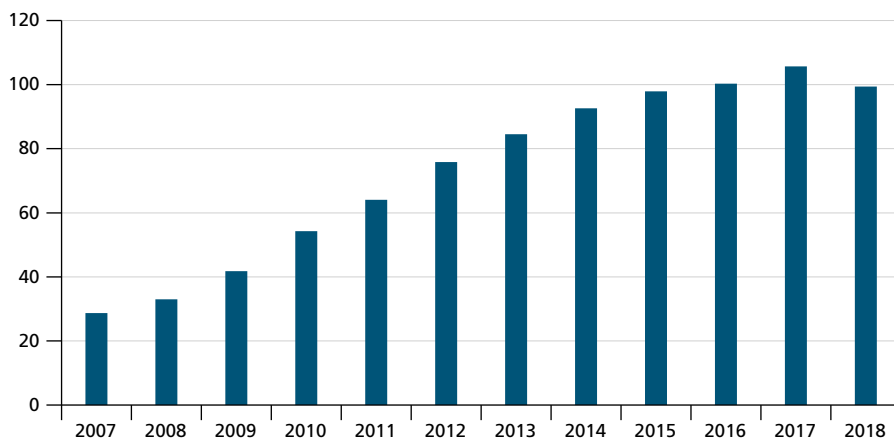
Muito se falava no regime de colaboração previsto pela CF/1988, mas sua implementação – tanto por parte do governo federal com estados e municípios, quanto por parte dos estados com seus respectivos municípios – ainda era um desafio. Essa colaboração foi fortalecida, como apontamos em depoimento oferecido sobre o PAR.

Em 2018, todos os municípios e todos os estados fizeram o PAR, e ali tivemos também algo importante. Falamos sempre em regime de colaboração, e o regime de colaboração é sempre cobrado da União. A ação da União, e do Ministério da Educação, é supletiva. Ela tem que apoiar os estados e municípios dentro do regime de colaboração. Só que pouco se discute o apoio dos estados para os municípios, e vimos, no processo todo de adesão dos municípios na elaboração do PAR, vários estados apoiando os municípios (Gois, 2018, p. 195).



Do ponto de vista técnico-administrativo, houve ampliação do orçamento do MEC e de suas autarquias no período que possibilitou a implementação de novas ações junto aos entes da Federação e a busca de modelo de gestão adequado para o ministério. O FNDE foi fortalecido e transformou-se no principal órgão de execução da política de educação básica do governo federal. Os gráficos a seguir apresentam a evolução do orçamento empenhado do MEC e do FNDE entre 2007, ano de criação do PAR, e 2018, atualizado pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).

GRÁFICO 1  
**Orçamento do MEC (2007-2018)**  
(Em R\$ bilhões)

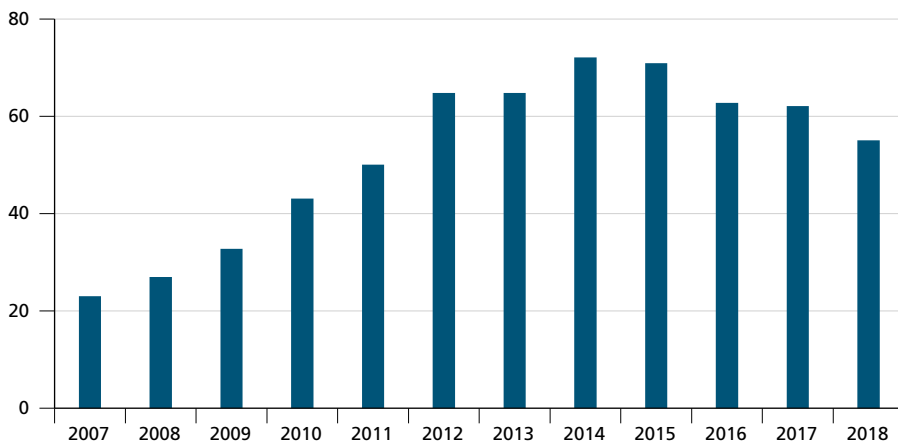


Fonte: Senado Federal. Disponível em: <<https://bit.ly/2fsdiEz>>.  
Elaboração dos autores.

Como é possível observar, no período analisado, houve considerável ampliação dos recursos do MEC, que passaram de R\$ 28,7 bilhões, em 2007, para R\$ 99,4 bilhões, em 2018. Esse orçamento, é importante ressaltar, contempla programas para a educação básica e superior, extrapolando em muito os recursos investidos no âmbito do PAR. Sua apresentação é apenas para contextualizar a ampliação de recursos alocados no setor da educação por parte do governo federal.

É importante analisar o orçamento também do FNDE, que financia e operacionaliza a maior parte das ações inseridas no PAR.

GRÁFICO 2  
Orçamento do FNDE (2007-2018)  
(Em R\$ bilhões)



Fonte: Senado Federal. Disponível em: <<https://bit.ly/2fsdiEz>>.  
Elaboração dos autores.

Focando o olhar nos dois primeiros ciclos de implementação do PAR, que compreendem os períodos 2007-2010 e 2011-2014, constata-se que houve importante ampliação no orçamento do FNDE. No primeiro ciclo, o orçamento passou de R\$ 23 bilhões, em 2007, para R\$ 43 bilhões, em 2010. No segundo ciclo, evoluiu de R\$ 50 bilhões, em 2011, para R\$ 72 bilhões, em 2014.

O modelo de gestão adotado para a educação básica é refletido sobretudo no PAR, que institui uma cultura de planejamento por parte do MEC e de estados e municípios. Ainda no depoimento sobre o PAR, comentamos o aprendizado ocorrido para todas as partes no processo.

O PAR, na verdade, tinha como objetivo justamente fazer com que o município e o estado identificassem quais seriam as maiores carências, para que o ministério pudesse dar apoio, tanto em assistência técnica quanto financeira, para que tivéssemos uma melhoria na qualidade da educação. (...). O resultado das nossas ações foi que o próprio Ministério da Educação começou a rever as suas ações de apoio, porque, na medida em que eu qualifiquei a demanda desses estados e municípios, comecei a verificar que o MEC também tinha um conjunto de ações que não eram efetivas, que não atendiam às necessidades desses estados e municípios. Com base nisso, começamos a fazer um redesenho de processos em várias ações do ministério (Gois, 2018, p. 194).

Em síntese, em alguns casos, os estados e os municípios não sabiam o que demandar, e o governo federal, por sua vez, não sabia o que oferecer, no sentido de alcançar resultados objetivos relacionados à melhoria da qualidade da educação do país. O PAR permitiu qualificação tanto da demanda quanto da oferta de programas educacionais.

A criação de uma equipe técnica para elaborar, monitorar e redefinir o PAR no âmbito do MEC e de suas autarquias foi fundamental para a coordenação do processo. Associada a essa equipe técnica que tratava do conteúdo da política, foi criado também um grupo técnico responsável pelo desenvolvimento do Simec. A partir do uso e do *feedback* recebido dos parceiros, o sistema era facilmente ajustado e adaptado às necessidades de todos.

## **6 ADAPTAÇÕES REALIZADAS VISANDO À IMPLEMENTAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DEVIDO A NECESSIDADES DE CONTEXTOS, ASPECTOS CULTURAIS E VALORES DOS IMPLEMENTADORES**

Ao longo da implementação do PAR, adaptações e aperfeiçoamentos foram sendo realizados, como é esperado de políticas públicas educacionais dessa abrangência. O PAR, antes pensado como uma ferramenta do Plano de Metas Compromisso Todos pela Educação, ganhou autonomia e maior relevância no processo, vindo a tornar-se o principal instrumento de planejamento e transferência de assistência técnica e financeira aos estados e municípios.

A metodologia para elaboração e implementação do PAR, via Simec, muito embora extremamente importante, foi desenhada de modo simples. Os estados e municípios poderiam preencher o diagnóstico com suas equipes locais, a partir dos dados de suas realidades. As sugestões de ações e subações eram geradas automaticamente pelo sistema, e, após a análise do MEC, os termos de compromisso eram gerados e assinados eletronicamente pelos gestores.

A partir da necessidade de apoiar os municípios com menor Ideb – ou seja, aqueles com mais dificuldades educacionais –, foram montadas equipes de consultores para assistência técnica a esses entes da Federação, nas próprias secretarias de educação. Essa estratégia foi fundamental para garantir a participação e o atendimento de todos, sobretudo dos que mais precisavam.

Por sua vez, mediante a constatação do volume de ações e recursos demandados pelos estados, para suas próprias redes de ensino e para apoiar as redes municipais localizadas em seus territórios, foram montadas mesas de negociações individuais com cada um destes. O diagnóstico apresentado era analisado com base em dados do Censo Escolar do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep) e de outras fontes, sempre que necessário. Após alinhar todas as solicitações do ponto de vista técnico, eram realizadas as reuniões para diálogo sobre a capacidade de oferta do MEC. Assim, a análise dos contextos específicos foi fundamental durante a implementação do PAR, sobretudo em sua fase inicial.

## 7 PRINCIPAIS DESAFIOS ENCONTRADOS E ESTRATÉGIAS DE SUPERAÇÃO

A implementação de uma política educacional como o PAR – que envolveu a construção de uma cultura de planejamento e avaliação no campo da gestão educacional, alterou a lógica de distribuição dos recursos federais para estados e municípios, entre outras inovações – é tarefa complexa. Foram muitos os desafios enfrentados, sobretudo por conta dos vários atores e instituições envolvidos.

Apenas no âmbito do governo federal, a gestão do PAR envolve várias secretarias do Ministério da Educação – como a da Educação Básica, a de Educação Profissional, entre outras – e várias autarquias – a exemplo do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação, da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e do Inep. Antes, de modo geral, essas unidades eram responsáveis do começo ao fim pela implementação de seus programas. Muitas vezes, existiam programas com características semelhantes ofertadas em duas ou mais unidades, que não dialogavam entre si. Tais setores passaram a conversar de modo intenso, promovendo uma integração do conjunto de políticas oferecidas pelo MEC.

O PAR envolveu as três instâncias administrativas responsáveis pela formulação e implementação de políticas educacionais no Brasil (governo federal, governos estaduais e municipais). Seguramente, existem tensões políticas envolvidas nesse processo, mas a atuação do MEC buscou pautar-se pela visão de que a educação é uma política de Estado, superando as diferenças existentes entre os distintos governos. Para tanto, o diálogo foi ferramenta constante no processo.

## 8 GESTÃO PÚBLICA EDUCACIONAL NO BRASIL

O Brasil atentou tardiamente não apenas para a relevância da educação, como também, principalmente, para a profissionalização da gestão pública educacional. Muita energia foi gasta por gestores e pesquisadores no debate sobre o que era mais importante, se ampliar o financiamento educacional ou melhorar a qualidade da gestão dos recursos disponíveis, quando na prática essas duas dimensões são necessárias e se complementam.

Era bastante comum observar a aplicação de recursos no campo da educação a partir simplesmente da experiência, da intuição e dos desejos dos gestores do momento, para não falar de seus interesses pessoais ou dos interesses de grupos de poder específicos. Esse processo, lamentavelmente, ainda acontece em muitas instâncias de governo.

A gestão no campo da educação, assim como em outras áreas, precisa avançar no sentido de ser desempenhada com base em evidências empíricas. Os estudos e a pesquisa sobre políticas e programas que mais impactam na aprendizagem

dos estudantes, finalidade maior das instituições educacionais, devem alimentar o trabalho dos gestores dessa área.

A gestão pública educacional no Brasil ganhou bastante com o processo de implementação do PAR. Como já destacado, o processo organizou o repasse de recursos voluntários da União para os estados, o DF e os municípios, fortalecendo o regime de colaboração e materializando o papel supletivo e redistributivo do governo federal.

A definição de metodologia simples e transparente para a distribuição dos recursos para todos os atores envolvidos no processo é o primeiro aspecto a ser reiterado. O uso de planejamento estruturado, a partir de indicadores objetivos, e de análise desse planejamento com base em critérios técnicos é outro ganho a ser mencionado. Os recursos destinados aos estados e municípios a partir desses procedimentos, assim, apresentavam maior possibilidade de impactar positivamente no acesso e na qualidade da educação, assim como na sua equidade.

O ciclo de planejamento e gestão utilizado a partir do PAR pode ser resumido da seguinte forma.

FIGURA 1  
Ciclo de planejamento e gestão



Fonte: Paim-Fernandes (2018, p. 91).

As fases desse ciclo são básicas, porém essenciais: realização de diagnósticos, análise, planejamento, implementação, monitoramento e revisão constante da ação, até a realização de nova medição e replanejamento sempre que necessário. Um ciclo que não tem fim, uma vez que, como disse Lourenço Filho (1940, p. 15), “a educação é uma obra que não termina nunca. E não chega a ser perfeita só porque isso desejem os governantes”.

## 9 QUESTÕES RELACIONADAS A MINHA EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL QUE TÊM RELAÇÃO COM MEU COMPROMISSO COM A GESTÃO PÚBLICA E COM O ENFRENTAMENTO DA DESIGUALDADE

Em um livro sobre políticas públicas no MEC, elaborado a partir de depoimentos de ex-ministros da educação, houve a oportunidade de compartilhar um pouco da experiência profissional de um dos autores deste capítulo, José Henrique Paim Fernandes, conforme mostram os dois trechos a seguir.

Eu tenho uma trajetória de bastante experiência em gestão pública, desde jovem. Sou originário de um banco de desenvolvimento no Rio Grande do Sul, que coordenava um programa de financiamento a municípios com o Banco Mundial. Depois (em 1995) fui convidado para uma secretaria nova criada pelo Tarso Genro (quando prefeito de Porto Alegre, RS), de Captação de Recursos e Cooperação Internacional, que tinha a responsabilidade de buscar financiamentos para grandes projetos na cidade. A partir desse meu trabalho na secretaria, acabei virando secretário municipal, e depois tive uma passagem pelo governo estadual, onde fui secretário de Planejamento. Em 2002, quando o Tarso Genro foi convidado para ser ministro do Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social, ele me chamou para ir a Brasília com ele, para assumir uma função no conselho. Em seguida (em 2004), ele foi indicado para ser ministro e me convidou para ir para o Ministério da Educação (MEC). Pelo meu perfil na área de gestão pública e também na área de financiamento, ele sugeriu que eu assumisse o FNDE, o Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (Gois, 2018, p. 192-194).

Eu trabalhei, na verdade, com três ministros: primeiro com o Tarso, quando eu era o presidente do FNDE. Mas ali já havia muito em sintonia com o Fernando Haddad, que era secretário-executivo. Quando ele virou ministro, o convite para eu ser secretário-executivo surgiu dessa relação que estabelecemos, de alinhamento muito grande. Depois, tivemos a vinda do (Aloizio) Mercadante, em 2012, e ele teve uma postura muito correta no sentido de dizer: “olha, vamos valorizar o que está sendo feito”. Em certa medida, acabei tendo uma sintonia com ele, fazendo a ponte entre essa estrutura do MEC, onde eu estava havia muito tempo, e o ministro que estava chegando. O ministro Mercadante, naquele momento do governo, tinha um papel importante no relacionamento com a presidente Dilma Rousseff. Ele então recebeu um convite para ir para a Casa Civil (Mercadante saiu do MEC para a Casa Civil em fevereiro de 2014). Daí eu acabei, naquele contexto todo de final de governo, sendo escolhido pela presidente, com o próprio apoio do Mercadante, para assumir o ministério. Como eu disse, havia um reconhecimento do trabalho que eu implementava junto ao MEC, e isso acabou gerando certa naturalidade na minha assunção como ministro da Educação (Gois, 2018, p. 196-197).

Ainda que extensas, essas citações são importantes para mostrar que a chegada do autor à área da educação ocorreu pela via da gestão pública. No FNDE e no MEC, reformaram-se e modernizaram-se os ambientes de trabalho de servidores e colaboradores do serviço público federal, mas houve sobretudo a preocupação com a finalidade maior do Ministério da Educação: a busca de uma educação de qualidade para todas as crianças, os jovens e adultos do Brasil.

Nossa atuação na gestão pública da educação foi no sentido de expandir o financiamento não apenas para as instituições federais, mas também para os estados, o DF e os municípios. A ampliação do orçamento do MEC e de suas autarquias, anteriormente apresentada, é retrato do esforço do governo federal e da priorização assegurada para a educação naquele momento histórico. Procuramos, ainda, aperfeiçoar a destinação dos recursos existentes, atendendo a todas as instituições e a todos os entes da Federação, a partir de critérios explícitos e focando sempre na questão da redução das desigualdades. O próprio PAR, neste texto discutido, é um exemplo desse empenho.

Para aperfeiçoar a aplicação dos recursos na educação, trabalhamos com a ideia do ciclo de gestão, criando uma cultura de medição, análise, planejamento e implementação no âmbito das políticas do MEC. Esse ciclo, presente no PAR, também pode ser observado em outros programas do ministério. Acreditávamos, como ainda continuamos defendendo, que um melhor diagnóstico resulta na formulação de políticas públicas mais acertadas. E que um monitoramento adequado da execução permite a correção de eventuais problemas, garantindo, em última instância, mais eficácia, eficiência e efetividade das políticas. Essas são práticas que devem ser buscadas na gestão pública, independentemente do setor e do grupo político que esteja no poder.

O Brasil, apesar dos esforços envidados ao longo das últimas décadas, ainda tem uma dívida muito grande com a educação de sua população. Além de elevado número de crianças e jovens fora da escola, aqueles que estão incluídos ainda não demonstram um aprendizado em níveis adequados, sobretudo quando comparado ao padrão de países desenvolvidos. É preciso, pois, atuar em duas frentes, simultaneamente: de um lado, democratizar o acesso e a qualidade da educação e, de outro, promover a equidade entre os estudantes dos diversos sistemas e redes de ensino do país. Essas dimensões são complementares e fundamentais ao desenvolvimento das pessoas e do Brasil.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da administração pública e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 21 jun. 1993.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 6.094, de 24 de abril de 2007. Dispõe sobre a implementação do Plano de Metas Compromisso Todos pela Educação, pela União federal, em regime de colaboração com municípios, Distrito Federal e estados, e a participação das famílias e da comunidade, mediante programas e ações de assistência técnica e financeira, visando à mobilização social pela melhoria da qualidade da educação básica. **Diário Oficial da União**, Brasília, 25 abr. 2007a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Plano de Desenvolvimento da Educação**. Brasília: MEC, 2007b.

\_\_\_\_\_. Lei nº 12.695, de 25 de julho de 2012. Dispõe sobre o apoio técnico ou financeiro da União no âmbito do Plano de Ações Articuladas; altera a Lei nº 11.947, de 16 de junho de 2009, para incluir os polos presenciais do sistema Universidade Aberta do Brasil na assistência financeira do Programa Dinheiro Direto na Escola; altera a Lei nº 11.494, de 20 de junho de 2007, para contemplar com recursos do Fundeb as instituições comunitárias que atuam na educação do campo; altera a Lei nº 10.880, de 9 de junho de 2004, para dispor sobre a assistência financeira da União no âmbito do Programa de Apoio aos Sistemas de Ensino para Atendimento à Educação de Jovens e Adultos; altera a Lei nº 8.405, de 9 de janeiro de 1992; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 25 jul. 2012.

FERREIRA, E. B. Federalismo e planejamento educacional no exercício do PAR. **Cadernos de Pesquisa**, v. 44, n. 153, p. 602-623, set. 2014.

GOIS, A. **Quatro décadas de gestão educacional no Brasil**: políticas públicas do MEC em depoimentos de ex-ministros. São Paulo: Fundação Santillana, 2018.

LOURENÇO FILHO, M. B. **Tendências da educação brasileira**. São Paulo: Melhoramentos, 1940. p. 164.

OLIVEIRA, R. P.; SOUSA, S. Z. Introdução. *In*: OLIVEIRA, R. P.; SANTANA, W. (Orgs.). **Educação e federalismo no Brasil**: combater desigualdades, garantir a diversidade. Brasília: Unesco, 2010.

PAIM-FERNANDES, J. H. Pacto federativo na educação: os desafios da educação brasileira e o SNE. *In*: CASTRO, M. H. G.; CALLOU, R. (Orgs.). **Educação em pauta**: uma agenda para o país. Brasília: OEI, 2018.

SOUZA, D. B.; BATISTA, N. C. Balanço das avaliações municipais do Plano de Ações Articuladas: desafios atuais ao desenvolvimento da política nacional PAR. **Educação em Revista**, Belo Horizonte, v. 32, n. 1, p. 105-131, mar. 2016.

### SITES

FNDE – FUNDO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO. Disponível em: <<http://www.fnde.gov.br>>. Acesso em: 20 jun. 2019.

INEP – INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. Disponível em: <<http://www.inep.gov.br>>. Acesso em: 20 jun. 2019.

MEC – MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Disponível em: <<http://www.mec.gov.br>>. Acesso em: 20 jun. 2019.



## **GESTÃO LOCAL DO SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E O ENFRENTAMENTO ÀS DESIGUALDADES SOCIAIS EM MARACANAÚ-CEARÁ**

Ieda Castro<sup>1</sup>

### **1 INTRODUÇÃO**

Este texto é resultado do esforço de sistematização da experiência vivenciada em oito anos de gestão da política de assistência social na cidade de Maracanaú, localizada na região metropolitana de Fortaleza (RM de Fortaleza), no Ceará, no período 2005-2012, incluindo o intervalo de um ano (2011), decorrente de afastamento temporário para estudos. Nesse contexto, a intenção é trazer para o debate elementos sobre o processo de criação das condições institucionais, gerenciais, financeiras e políticas necessárias à implementação do modelo descentralizado de atenção pública no campo da assistência social, no âmbito de um município de grande porte<sup>2</sup> que, até 2004, teve um modelo de atenção aos mais pobres fundado na filantropia.

O período aqui relatado coincide com um momento histórico significativo na materialização do padrão básico de proteção social, nos moldes da Constituição Federal de 1988. Dos três pilares de sustentação da seguridade social brasileira – previdência, saúde e assistência social –, apenas o último ainda não havia sido redesenhado para alargar a proteção social pública não contributiva, tornando-se alcançável pela maioria dos cidadãos e das cidadãs em todo o país.

Foi a partir de deliberação popular na IV Conferência Nacional de Assistência Social (Brasil, 2003), seguido de amplo diálogo social ao longo de 2004, que se produziram as bases jurídicas e políticas que impulsionaram a reorganização da política de assistência social centrada no modelo de um sistema nacional, descentralizado e participativo, fundado no pacto federativo republicano, vigente em todo o país e situado no campo do direito de cidadania.

A Política Nacional de Assistência Social (PNAS), criada em 2004, e a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social (NOB/Suas), também

---

1. Secretária do Trabalho e Desenvolvimento Social de São Benedito-Ceará. *E-mail*: <iedacastro27@gmail.com>.

2. Estima-se que Maracanaú tenha pouco mais de 197 mil habitantes (IBGE, 2000), sendo a terceira maior população da RM de Fortaleza de caráter aparentemente jovem – 22 anos desde a sua emancipação, em 1983.

instituída em 2004, seguidas mais tarde pela Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Suas (NOB-RH/Suas), estabelecida em 2006, e a Tipificação Nacional dos Serviços, criada em 2009, desvelaram o aspecto inovador do novo modelo que, a partir de então, passou por um processo contínuo de profissionalização, com prestações e provisões públicas bem-definidas, financiamento público das três esferas de governo, sistemas de informação e avaliação delineados e efetivo controle social democrático. Isso gerou expectativas de que a assistência social, como braço protetivo não contributivo, poderia assumir, gradualmente, um lugar mais estratégico, ou mesmo de destaque, nas gestões públicas.

Deslocar a assistência social do espaço privado da caridade para o espaço público do direito revelou-se uma tarefa árdua para todos os gestores públicos brasileiros, considerando as diversidades regionais e locais e, principalmente, por se tratar de uma área identificada tradicionalmente pela benemerência, pelo voluntariado e pela presença marcante do *primeiro-damismo*.<sup>3</sup> Nesse sentido, o novo modelo – o Suas – incluiu a assistência social em outro patamar na agenda política brasileira, em meio a inúmeras contradições, das quais emergiram múltiplas possibilidades nos vários municípios brasileiros, independentemente de partidos políticos.

Em Maracanaú, o processo não foi diferente. Foram muitas tarefas, tensões, enfrentamentos, diálogos e construção de consensos, envolvendo diferentes sujeitos. Em 2004, o município já atendia aos requisitos mínimos para a descentralização da assistência social pública, nos anos pós-Lei Orgânica da Assistência Social (Loas). Conforme a publicação de Brasil (1999), *Norma Operacional Básica da Assistência Social: avançando para a construção do Sistema Descentralizado e Participativo de Assistência Social*, a descentralização político-administrativa da assistência social e a transferência automática de recursos federais somente ocorreriam a partir da habilitação dos municípios por meio da criação de fundo, conselho e plano municipal de assistência social.<sup>4</sup>

3. Primeiro-damismo é o fenômeno associado à cultura política patrimonialista e conservadora no modo como o Estado brasileiro tradicionalmente respondeu às expressões da questão social, materializado na figura social construída da primeira-dama (esposa de governantes que assumem os poderes executivos) e que passam a ocupar a cena pública, a partir da reprodução dos valores da bondade e caridade, tradicionalmente associado ao papel essencialista da mulher na sociedade patriarcal. “O Estado então recorre aos valores socialmente difundidos como femininos para sensibilizar a sociedade a intervir na chamada ‘questão social’, impulsionando o espírito filantrópico a partir de práticas assistencialistas, características da ação projetada para a primeira-dama da Nação” (Rodrigues, 2018, p. 117).

4. “... é exigível que os mesmos estabeleçam em lei e comprovem o funcionamento do Conselho e do Fundo de Assistência Social no âmbito de sua jurisdição político-administrativa e formulem o Plano de Assistência Social, de acordo com o que se segue: i) comprovação da criação e funcionamento do Conselho de Assistência Social, através de cópia da lei de criação e das atas das três últimas reuniões plenárias; ii) comprovação da criação e funcionamento do Fundo de Assistência Social, através de cópia da lei de criação, da apresentação da lei orçamentária para o exercício contendo dotação de recursos próprios para o fundo; iii) apresentação do Plano de Assistência Social devidamente aprovado pelo Conselho, que deve conter: definição e quantificação das ações, destinatários, prioridades, estratégias e metas; previsão de recursos próprios e recebidos por transferência e diretrizes para a construção do Sistema de Assistência Social, considerando a complementariedade entre o Estado e a sociedade na prestação de serviços” (Brasil, 1999, p. 31).

Entretanto, a gestão da política de assistência social era responsabilidade do órgão gestor da política de saúde, e a operacionalização de suas ações programáticas, sob a alcunha de ação social, era desenvolvida por uma entidade civil sem fins lucrativos – Movimento de Promoção Social (MPS), dirigida pela primeira-dama do município – por meio de repasses de recursos públicos destinados para esse fim.<sup>5</sup>

Perante esse ponto de vista, foram necessárias mudanças institucionais, gerenciais e sociais que pudessem criar condições adequadas à dimensão pública da assistência social, com *status* de direito de cidadania. Nessa direção, o primeiro mecanismo indutor foi a reforma administrativa realizada em janeiro de 2005, que criou a Secretaria de Assistência Social e Cidadania (Sasc) reunindo, sob um comando único, todas as competências, funções e atividades próprias da política de assistência social (Ceará, 2005), conforme previsto na PNAS e NOB/Suas, extinguindo-se o MPS e reincorporando-se ao patrimônio público os bens adquiridos pela entidade com recursos provenientes das transferências de recursos oriundos do orçamento público.

O arcabouço jurídico criou as bases institucionais que serviram de sustentação para dar forma ao Suas no âmbito municipal, considerando os principais requisitos institucionais: o caráter não contributivo das atenções da assistência social; o protagonismo do Estado; a integração das provisões (benefícios) com as prestações (serviços); a criação de uma rede pública de atendimento, complementada com a rede privada existente; e a participação popular em todo o processo.

Todavia, o seu conteúdo e a sua identidade própria de uma política social com entregas destinadas a prover mínimos e atender a necessidades básicas de sobrevivência, acolhida e convivência familiar e comunitária, foram ganhando contornos e materialidades para além das suas normativas. Foi preciso construir essa identidade, de forma processual, a partir das diretrizes que norteiam nacionalmente o Suas: descentralização, intersetorialidade, qualificação dos serviços, financiamento público, tendo a matricialidade sociofamiliar e a territorialização como referências para organização de serviços, monitoramento, avaliação, produção de informações e sistematização de resultados (Brasil, 2005).

À arquitetura institucional combinou-se uma série de arranjos organizacionais e iniciativas de gestão como elaboração de rotinas, processos e fluxos, próprios da dinâmica da gestão pública – tanto do ponto de vista administrativo quanto de atitudes inerentes à gestão social. Esses arranjos e iniciativas foram essenciais para

---

5. O MPS de Maracanaú é uma entidade civil sem fins lucrativos criada em 1985 para ofertar serviços, benefícios e programas para amparar segmentos mais vulneráveis: crianças e adolescentes, pessoas idosas, gestantes, nutrízes, pessoas com deficiência, jovens, podendo promover “doações de quaisquer espécies aos mais necessitados e carentes (...)” (Ceará, 1995). Nos dois anos subsequentes à sua criação, a entidade figurava como órgão de assistência programática e apoio superior na estrutura setorial da Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social, sendo desvinculada por iniciativa legislativa em 1997, por se tratar de uma entidade privada (Ceará, 1997).

impulsionar processos de muita interação e diálogo social com trabalhadores, entidades, destinatários das ações, pesquisadores, lideranças comunitárias e outros agentes políticos locais, principalmente, aqueles com mandatos eletivos, em busca de um redesenho organizacional adequado. Entre as primeiras iniciativas, destacam-se as descritas a seguir.

- 1) Estruturação de setores intermediários para acompanhamento tático da rede socioassistencial (coordenação da proteção básica, proteção especial, vigilância socioassistencial, administrativo-financeiro e programas complementares de inclusão produtiva).
- 2) Convocação de 32 profissionais aprovados em concurso realizado em 2003, inclusive os classificáveis, que se somaram aos dez servidores efetivos existentes.
- 3) Elaboração do Diagnóstico de Vulnerabilidades do Município, a partir da análise dos dados do Cadastro Único para Programas Sociais (Cadastro Único).
- 4) Adequação da rede de atendimento ao novo modelo assistencial, transitando da condição anterior de exclusivamente privada não lucrativa para estruturação de rede pública de atendimento com a implantação de Centro de Referência de Assistência Social (Cras), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas), Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro Pop) e Centros de Convivência, o que foi impulsionado por meio de emendas parlamentares federais, chegando, em 2012, a dezoito unidades públicas estatais de atendimento socioassistencial.
- 5) Criação de espaços locais de participação popular em cada território de Cras.
- 6) Intenso processo de capacitação sobre todos os processos de trabalho, nos níveis operacionais, táticos e estratégicos.
- 7) Criação de espaço de diálogo permanente com os trabalhadores, que culminou na criação da Mesa Permanente de Gestão do Trabalho do Suas no âmbito municipal.
- 8) Revisão e adequação de legislações e normativas municipais pertinentes à assistência social, resultando na lei municipal do Suas e, assim, atualizando todas as normativas em consonância com este sistema.

Como não havia o imperativo de uma lei federal que obrigasse os municípios a assumirem de modo compartilhado essa obrigação pública, foi necessário incluir o processo de adesão ao sistema nacional na agenda política local, palco de muitas

divergências, debates e concertações que viabilizaram o alargamento do alcance da assistência social pública no município.<sup>6</sup>

Nesse sentido, foram organizados fóruns de discussão com as entidades privadas não lucrativas, que tradicionalmente realizaram atendimento socioassistencial no município; ademais, realizou-se audiência pública na Câmara municipal de Maracanaú, precedida de reuniões de articulação com os onze vereadores eleitos em 2004, perante as suas insatisfações diante do novo modelo assistencial. Também ocorreram reuniões ampliadas nas seis áreas administrativas do município, mobilizando usuários da assistência social, entidades assistenciais e lideranças comunitárias locais, além de reuniões intersetoriais sobre as ofertas próprias da assistência social, resultando no deslocamento das creches comunitárias para a educação e a migração dos benefícios de órtese e prótese para a saúde, já em 2006. Houve, inclusive, a intensificação da disputa pelo orçamento público no interior do governo municipal, permitindo o incremento de mais recursos para o custeio do Suas. Desse modo, percebe-se que essas iniciativas, em seu conjunto, incluíram a pauta da assistência social pública na agenda política local.

Sem dúvida que o legado tradicional da filantropia e do clientelismo no campo socioassistencial impediu a adesão imediata dos usuários do Suas e tornou acirrado os enfrentamentos com os agentes políticos locais. Contudo, as entidades socioassistenciais, em sua grande maioria formada por associações comunitárias insatisfeitas com a precarização dos convênios e a escassez de recursos públicos para as suas ações, posicionaram-se sensíveis ao debate assumindo um certo protagonismo na pressão junto ao governo municipal para dar celeridade ao processo de adesão ao Suas. Importante lembrar que o governo federal de então assumiu uma postura ofensiva de incentivo financeiro à estruturação da rede socioassistencial nos municípios brasileiros.

Para além do relato, este texto traz uma abordagem crítica sobre o processo de estruturação e implementação do Suas no âmbito municipal, a partir de recortes históricos e memórias das experiências vividas, revelando suas contradições, desafios e aprendizados sobre as racionalidades técnicas e políticas que envolvem as dinâmicas na gestão da coisa pública.

## 2 O CENÁRIO LOCAL

Com características predominantemente urbanas, Maracanaú, que abriga o primeiro e o maior Distrito Industrial do Ceará (75 indústrias), tem uma elevada densidade populacional (aproximadamente 1,96 hab./km<sup>2</sup>) e uma população estimada, em

---

6. O Suas, como modelo de organização e gestão da assistência social pública, nasceu de um pacto político entre as três esferas de governo, a partir da Resolução do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) nº 145/2004, ganhando *status* legal seis anos depois, por meio da Lei nº 12.435/2011, que alterou a Loas, Lei nº 8.742/1993.

2018, em 226.128 pessoas.<sup>7</sup> Sua formação social, econômica, política e cultural possui as marcas da segregação e exclusão social, traços associados tradicionalmente ao modelo clássico de desenvolvimento econômico do país, claramente expressos em sua atual morfologia urbana.

FIGURA 1

Mapa dos bairros de Maracanaú (2016)



Fonte: Museu Virtual de Maracanaú. Disponível em: <<https://bit.ly/31YMG3S>>.

Obs.: Figura reproduzida em baixa resolução em virtude das condições técnicas dos originais (nota do Editorial).

Síntese de vários conjuntos habitacionais construídos nos anos 1970, sede do Sanatório de Tuberculose do Ceará, da Colônia Antônio Justa (antigo leprosário), do Reformatório Santo Antônio do Buraco (exclusivamente para meninos órfãos ou abandonados) e do Aterro Sanitário Metropolitano, Maracanaú é uma cidade situada na periferia da metrópole Fortaleza (lado sul), entrecortada por linha férrea e grandes rodovias que, apesar da predominância da vida urbana, mantém em seu território três aldeias indígenas dos povos Pitaguary (Santo Antônio, Horto e Olho D'água), constituindo-se uma cidade com relações sociais extremamente complexas. Além disso, as indústrias situadas no município, ao concentrar aproximadamente 20% da mão de obra local, impunham uma mobilidade intensa de trabalhadores para Fortaleza e outras cidades vizinhas atribuindo a Maracanaú a condição de cidade-dormitório, do ponto de vista produtivo.

7. Dados disponíveis no link: <<https://bit.ly/385Jid>>.

Em 2005, com uma população estimada em 193.879 residentes, Maracanaú era detentor do segundo maior produto interno bruto (PIB) *per capita* do Ceará, mas o cenário local era de acentuada pobreza e profundas desigualdades: o índice de Gini era de 0,49; a renda *per capita*, de 261,47; 13,62% da população vivia em extrema pobreza e 40,61%, em condição de pobreza.<sup>8</sup> Nesse caso, essa condição desigual de reprodução da vida manifestava-se de diferentes formas: exploração do trabalho infantil, violência doméstica, abandono de crianças e adolescentes, abandono de pessoas idosas, situação de rua, fome e discriminação étnico-racial, sexual e social.

As respostas pontuais e fragmentadas construídas a partir da ação caritativa de ajuda aos pobres revelaram-se ineficientes diante do crescimento das necessidades sociais produzidas e/ou reproduzidas no processo de expansão e crescimento desordenado da cidade, que, em seu cotidiano, convivia com a cultura da mendicância e banalização da condição de pobreza.

Do mesmo modo, a persistente cultura do favor, enraizada nas práticas políticas locais, perpetuava o clientelismo e impedia o reconhecimento dos direitos de cidadania, traduzindo as entregas públicas – mediadas pelo MPS – em benesses e concessões e acentuando as assimetrias entre o poder instituído e o povo maracanaense. Nas análises de Carvalho (1997), Bahia (2003) e Leal (2012), essas são expressões das práticas políticas fundadas no mandonismo, no clientelismo como balizador das relações sociais e mesmo no clientelismo institucional, que refletem o *modus operandi* da cultura política dominante no Brasil, originada na herança colonial escravagista e no tradicional coronelismo nordestino traduzido na prestação de favores a amigos e na perseguição aos inimigos, conforme interpretam Vilaça e Albuquerque (1978).

Naquele cenário, criar condições para implementar um modelo de proteção social pautado nos princípios constitucionais e nos marcos legais da Loas, reconhecendo o caráter público da assistência social como um dever do Estado e um direito acessível a quem dela necessite, era um desafio tanto do ponto de vista gerencial quanto social. Nessa direção, o caminho viável, inclusive deliberado no processo conferencial de Maracanaú no ano de 2004, seguindo a esteira da mobilização nacional que culminou na IV Conferência Nacional de Assistência Social, foi viabilizar a estruturação do Suas no âmbito local.

---

8. Dados disponíveis em: <<https://bit.ly/2LrzQVz>>.

### 3 ESTRATÉGIAS DE ESTRUTURAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO

É preciso reconhecer que o passo inicial para qualquer mudança na gestão pública é a decisão política de fazer, a partir da qual se desdobram as demais escolhas e tarefas, seguindo o rol de preocupações inerentes às competências estabelecidas institucionalmente. Nessa perspectiva, a criação da Sasc como órgão finalístico que presta serviços finais disponibilizados à população foi fundamental para a estruturação e a implementação do novo modelo com a finalidade de satisfazer necessidades básicas de sobrevivência, acolhida e convívio, conforme estabelece a Loas (Brasil, 1993).

Com competências e atribuições inspiradas nos requisitos institucionais à organização e à gestão local do Suas e nas premissas normativas e legais de como deve ser organizada a assistência social pública (direito não contributivo, protagonismo do Estado, integração de serviços e benefícios, complementariedade de serviços públicos e privados e participação popular nas decisões), a nova secretaria assumiu o comando único das ações de assistência social. A Lei Municipal nº 986/2005, além de reunir todas as funções e atividades até então realizadas, de forma não unificada, por outros órgãos setoriais, garantiu, ainda, autonomia à titular do órgão do gestor para gerir o Fundo Municipal de Assistência Social, formular políticas, planejar, implementar, monitorar, avaliar e garantir o controle social democrático sobre as prestações e as provisões próprias da assistência social, seguindo as diretrizes nacionais do Suas (Ceará, 2005).

A partir de então, os desdobramentos estratégicos seguiram basicamente três movimentos em busca de consensos sobre a reengenharia organizacional pública requerida e a desativação do MPS, visto que o redesenho institucional lhe retirava a função de operacionalização da política de assistência social, incorporando-a definitivamente na estrutura pública estatal no âmbito local. O primeiro movimento, mais endógeno, destinou-se à sensibilização das equipes, ao alinhamento conceitual e à reorganização da gestão do ponto de vista estratégico e tático-operacional, produzindo consensos internos e adesão de todos os trabalhadores envolvidos. O segundo, voltado para a gestão municipal como um todo, esteve relacionado à construção de pontes entre as diferentes políticas setoriais no sentido de tornar públicas e evidentes as competências da política de assistência social no novo desenho institucional. O terceiro movimento, mais exógeno, foi orientado para o diálogo social com diferentes grupos de interesses: entidades filantrópicas e comunitárias locais, parlamento municipal, lideranças comunitárias e sociedade em geral para debate público sobre o caráter público da assistência social, sua institucionalidade, a necessidade de profissionalização das atenções e a democratização dos processos decisórios.



### 3.1 Adesão dos agentes implementadores

Como todas as ações até então eram desenvolvidas pela entidade civil sem fins lucrativos, o maior número dos trabalhadores era vinculado à entidade e não à administração pública, e os poucos servidores públicos (dezesseis), originalmente vinculados à gestão pública, estavam, predominantemente, lotados em outras políticas setoriais. A nova secretaria nascia com um quadro de trinta funcionários (entre servidores, terceirizados e comissionados), em sua maioria de nível médio, revelando um baixo nível de profissionalização do corpo técnico, o que impulsionou o chamamento de profissionais aprovados em concurso público – níveis superior e médio –, que aguardavam a nomeação.

A valorização do trabalho por meio da admissão por concurso público e processos seletivos públicos para composição das equipes de gestão e operadores de ponta foi uma estratégia essencial para o engajamento de todos nas inúmeras tarefas que se seguiram. Afinal, a força motriz que impulsiona a dinâmica no serviço público advém da motivação pessoal e profissional e da satisfação que a natureza e as condições materiais do trabalho podem proporcionar aos seus agentes. Nessa direção, o sentido do trabalho é fundamental.

Para dar conteúdo, significar o trabalho necessário das equipes e reorganizar as prestações e as provisões previstas no novo modelo (serviços, programas, projetos e benefícios), foi feito um diagnóstico socioterritorial que revelou 42 mil famílias (aproximadamente 168 mil pessoas) vivendo na linha da pobreza, sobrevivendo com meio salário mínimo de renda familiar. Destas, 28 mil famílias (112 mil pessoas) eram beneficiadas com o Bolsa-Família.

Essa estratégia permitiu que as equipes conhecessem a realidade, apropriando-se das informações sobre as condições de vida da população, o que lhes proporcionou maior empoderamento e melhor poder de barganha para avançar na organização de novas ofertas à população, abrindo o caminho para ações intersetoriais, integradas e integradoras de proteção social aos segmentos mais vulneráveis. Reconheceu-se a insuficiência das prestações e provisões diante das múltiplas necessidades das famílias. Apenas um Cras em um município de quase 200 mil habitantes, três centros comunitários, um abrigo domiciliar para crianças e adolescentes e alguns poucos convênios com entidades comunitárias para gestão dessas poucas unidades constituíram-se desafios importantes a serem enfrentados.

O diagnóstico das necessidades sociais das famílias e o georreferenciamento das vulnerabilidades locais em cada território foram os principais instrumentos na organização de serviços, programas e benefícios socioassistenciais. Gradativamente, esses serviços foram sendo ampliados; a rede de atendimento cresceu de um Cras, em 2005, para dez Cras, em 2012; e novos serviços foram implantados, como o Creas, o Centro Pop, a rede de segurança alimentar (um restaurante popular, um banco de

alimentos, cinco cozinhas comunitárias), entre outros, totalizando 26 unidades de atendimento aos segmentos mais vulneráveis, incorporando-se novos trabalhadores, de modo que, em 2007, se alcançou o total de 190 trabalhadores e, ao final de 2012, o quadro de servidores atingiu o número de 417 (40% servidores públicos).

Nessa sequência de expansão da proteção social, o orçamento previsto para as ações da Sasc saltou de R\$ 1,9 milhão, em 2005, para R\$ 22,1 milhões, em 2012, com recursos provenientes das três esferas de governo, inclusive, R\$ 2 milhões originados de emendas parlamentares federais para investimento na qualificação da estrutura física das unidades.

### **3.2 Interações entre agentes implementadores favoráveis ao alcance dos resultados**

Foram necessários muitos encontros, seminários e capacitações para que todos se apropriassem do novo conceito e das novas linguagens fundadas na lógica do direito. Nesse processo, o incentivo à formação, à qualificação profissional e às condições de trabalho favoráveis (transporte, material de expediente, material pedagógico, entre outros) produziu movimento de sinergia que uniu e mobilizou – entre consensos e dissensos – todos na mesma direção.

Apesar da ampliação das ações nos anos que se seguiram, paradoxalmente diminuía o número de concursados de nível superior por desligamento ou transferência para outras políticas que ofereciam melhor remuneração, crescendo substancialmente os contratos temporários e terceirizados. A experiência reafirmou que apenas o intenso processo de qualificação das equipes, inclusive com incentivo à pós-graduação para estimular pesquisas sobre a realidade e as práticas produzidas no trabalho, não se constitui atrativo para a permanência de servidores públicos nos postos de trabalho, dificultando interações e vínculos com os usuários. Foi essencial criar planos de cargos e carreira no âmbito da assistência social com a implementação de funções gratificadas (Lei nº 1.849, de 8 de maio de 2012) oferecendo estabilidade às equipes e tornando mais atrativo o trabalho nessa política.

A participação da força de trabalho em eventos e encontros locais, regionais e nacionais, além de proporcionar trocas de experiências e maior interação entre as equipes de gestão e de ponta (oferta direta das prestações e provisões), contribuiu para desenvolver competências e habilidades na produção, na sistematização e na difusão de informações, consolidando a assistência social como uma política pública efetiva.

### 3.3 Resolução de tensões e de divergências

A profissionalização de uma política pública não impõe condições meramente técnico-gerenciais, existe uma dimensão política que não se pode negligenciar. É preciso atitudes e posturas democráticas, bem como a criação de espaços públicos abertos ao debate, ao confronto de ideias e à necessária concertação em torno da melhor forma de prestar o serviço público e atender com qualidade às necessidades das pessoas.

Nesse caso, os canais instituídos, a exemplo dos conselhos municipais de assistência social e dos conselhos de defesa de direitos (criança e adolescentes, mulheres, pessoas idosas e pessoas com deficiência), foram os principais espaços adotados para resolução dos conflitos inerentes ao processo de implementação do Suas. A criação de fóruns comunitários permanentes em cada território de Cras foi estimulada e instituiu-se a Mesa de Gestão do Trabalho no Suas no município, fortalecendo, assim, o movimento organizado de trabalhadores e de usuários. Ademais, estabeleceram-se os conselhos locais nos territórios de Cras e, a cada dois anos, realizam-se as conferências de assistência social.<sup>9</sup>

Outro mecanismo importante que preveniu eventuais tensionamentos foi a adoção do planejamento estratégico de baixo para cima, desde os territórios das unidades de atenção do Suas até o nível estratégico da gestão. Além disso, consideraram-se relevantes todas as iniciativas e movimentações devidamente discutidas e deliberadas nos conselhos de assistência social, após escuta dos diferentes conselhos de defesa de direitos.

### 3.4 Coordenação intragovernamental e/ou intergovernamental e de gestão

Compartilhando da ideia de que a gestão pública deve ser horizontalizada e de que as políticas setoriais não podem ser caixas voltadas para si, buscou-se permanentemente parceria com outras políticas setoriais, em particular, com a saúde, a educação, a habitação, o trabalho e o desenvolvimento econômico. Essa relação é uma construção cotidiana, que exige abertura para o outro e consciência das competências e singularidades próprias de cada um. Alguns entraves estiveram associados à tendência de cada sistema de fechar-se em suas próprias dinâmicas e informações, perdendo a dimensão da totalidade e da integralidade prevista nas diretrizes das políticas sociais brasileiras.

No caso em particular da assistência social, tradicionalmente associada aos pobres como público-alvo, e não às condições de desproteção social previstas em

---

9. Os Conselhos Locais de Assistência Social (CLAS), de natureza propositiva e consultiva, foram criados, a partir da Resolução do Conselho Municipal de Assistência Social de Maracanaú (CMAS) nº 7/2008, com o objetivo de ampliar o exercício da participação popular e o controle democrático da política de assistência social nos territórios de Cras (Carvalho, 2014).

lei, conforme analisa Yazbek (2012), as articulações no interior do governo são confundidas com transferências de responsabilidades. Um exemplo clássico é a concessão de órtese e prótese, fraldas geriátricas, alimentações especiais – prestações públicas previstas na política de saúde, que, por vezes, são transferidas para a assistência social por serem interpretadas como benefícios destinados à pessoa pobre, descaracterizando a natureza pública e universal contida nos princípios que orientam as ofertas do Sistema Único de Saúde (SUS).

De acordo com Leão e Dallari (2016), Amaro (2016) e Costa, Morais e Senna (2017), do ponto de vista das relações entre governos, considerando o aspecto republicano, de sistemas nacionais, a exemplo do modelo interfederativo do SUS, as comissões intergestoras assumem significativa relevância na efetivação do compartilhamento de responsabilidades entre os entes federados. Do mesmo modo, Oliveira (2009) sinaliza a importância da participação do órgão gestor municipal de assistência social no fórum de articulação de gestores no âmbito do Suas e dos colegiados de gestores municipais de assistência social: Colegiado Estadual de Gestores Municipais de Assistência Social (Coegemas) e Colegiado Nacional de Gestores Municipais de Assistência Social (Congemas); ademais, a autora aponta a relevância de espaços de troca de experiência e articulação permanente (estadual e nacional) em torno da qualificação e da consolidação do modelo sistêmico de atenção socioassistencial.

Mistura de gestão gerencial e social, a gestão do Suas em Maracanaú exigiu habilidade política para negociar e construir consensos e capacidade administrativa-financeira para gerir e otimizar recursos para alcançar resultados eficientes e eficazes no enfrentamento das desigualdades.<sup>10</sup> A secretaria tinha uma estrutura organizacional mais horizontalizada, situando-se no campo estratégico: os conselhos, as coordenadorias finalísticas e a coordenadoria meio. No campo tático-operacional, agrupavam-se as gerências intermediárias e a rede de atendimento.

### 3.5 Lidar com questões federativas

No arcabouço normativo do Suas, as questões federativas giram em torno do compartilhamento de responsabilidades e do cofinanciamento das ações socioassistenciais que, em contextos de crise econômica e financeira, são tensionadas pela maior ou menor presença de um dos entes federados.

---

10. "A *gestão social* racional implica, para as políticas públicas, procedimentos, normas e regras objetivas e coerentes, universais e inclusivas, capacidades e competências essenciais para uma administração pública responsável, sensível e consciente da autonomia e da igualdade dos cidadãos. O *modelo gerencial* daí decorrente implica na apresentação de sua flexibilidade, agilidade e uma relação incremental estável e equânime entre eficácia, eficiência e efetividade que contemple a dimensão complexa humana enquanto premissa vital para o advento de um cenário futuro real, desejável, factível, pelos diversos atores de um projeto de democracia social e econômica em curso" (Perrucho Filho, 2004, p. 91).

As bases da assistência social, como um dos pilares de estruturação da seguridade social no Brasil, estão fundadas no pacto federativo inscrito na Constituição Federal de 1988, inciso I do art. 204, que aponta a descentralização político-administrativa, com divisão de responsabilidades entre os entes federados, como uma das diretrizes à sua estruturação. A Loas em 1993, reafirmando o dever público do Estado, estabelece que as ações devem ser organizadas a partir da gestão compartilhada, do cofinanciamento e da cooperação técnica entre os entes federativos que, de modo articulado, devem operar a proteção social não contributiva (Brasil, 1993).

Desde então, a estruturação do novo modelo assistencial, seguindo na esteira dos processos de descentralização do Estado brasileiro, como analisa Arretche (2000), tem se dado em meio a desafios históricos perante a baixa (quase nula) capacidade institucional e gerencial dos municípios de organizar prestações e provisões públicas em um campo tradicionalmente associado à filantropia e ao voluntariado. Considera-se, ainda, o fato de que os estados, durante o período da Legião Brasileira de Assistência Social (LBA), assumiram o protagonismo na execução direta dos programas federais.

A inovação trazia em si a ideia de municipalização, atribuindo-se aos entes municipais a oferta direta de serviços, aos estados o apoio técnico e financeiro aos municípios, e ao governo federal a coordenação nacional e o papel de indutor da adesão dos municípios ao novo modelo. Nesse contexto, essa inovação foi se traduzindo em desconcentração da oferta dos serviços, mas não desconcentrando, na mesma medida, os recursos financeiros, que somados à cultura centralizadora limitavam a descentralização, principalmente nos municípios pequenos à mera formalidade (Campos, 2005).

**QUADRO 1**  
**Distribuição de competências específicas e comuns dos entes federados, em relação à assistência social – Loas**

União	Estados	Distrito Federal e municípios
Gestão e concessão do Benefício de Prestação Continuada (BPC)	Destinação de recursos aos municípios para pagamento de auxílio natalidade e funeral, mediante critérios definidos pelos conselhos	Destinar recursos e efetuar pagamento de auxílio natalidade e funeral com critérios deliberados pelo conselho
Apoio técnico e financeiro aos serviços, programas e projetos em âmbito nacional	Apoio técnico e financeiro aos serviços, programas e projetos em âmbito regional ou local	Executar programas e projetos de enfrentamento à pobreza
	Apoio técnico e financeiro a associações e consórcios de municípios na oferta de serviços, programas e projetos	Executar serviços assistenciais destinados a crianças e adolescentes, população de rua, idosos e pessoas com deficiência
	Execução direta de serviços regionalizados, na ausência dos municípios	Fazer atendimento em situações emergenciais
Atender em conjunto com demais entes em situações emergenciais		

Fonte: Castro (2012).

Via de regra, na assistência social, a maior ausência é atribuída aos entes estaduais, que, no modelo atual, assumem um papel mais relevante no nível tático, sendo mais requerida sua presença no fortalecimento da capacidade de gestão dos municípios e no apoio técnico e financeiro para ofertas públicas mais ampliadas e qualificadas nos municípios. Desse modo, considerando-se a diretriz constitucional de que a política de assistência social, como as demais, deva ser descentralizada, ocorre uma pressão mais direta dos usuários e dos mecanismos de defesa dos direitos de cidadania sobre o ente municipal por mais serviços públicos, em contraposição à sua limitada capacidade financeira, produzindo tensionamentos entre os entes federados.

Nesse contexto, as questões federativas estão associadas às implicações do processo de descentralização no atendimento mais direto às necessidades da população, na tomada de consciência sobre o dever do Estado e na importância estratégica da solidariedade mútua entre os entes federados.

#### **4 ANÁLISE SITUACIONAL**

Diante das competências institucionais atribuídas à recém-criada Sasc, a linha de base estabelecida foi um orçamento de R\$ 1,9 milhão em 2005, uma força de trabalho constituída de trinta trabalhadores, seis unidades de atendimento à população (sob a gestão de entidades) e aproximadamente uma dezena de convênios com entidades comunitárias (Ceará, 2015).

Aos poucos, o cenário foi mudando, na medida em que se alargou a capacidade técnico-administrativa com a convocação de profissionais concursados aprovados em processos seletivos da gestão anterior e se incluiu, na agenda política, as deliberações das conferências sistematizadas no I Plano Decenal de Assistência Social (2005-2015), avançando-se na reestruturação e na ampliação da rede de atendimento. Isso culminou no crescimento gradual do orçamento da assistência social, atingindo, em 2012, o montante de R\$ 14 milhões para o custeio da gestão e dos serviços ofertados em 23 unidades de atendimento, sendo vinte estatais e três sob a gestão de entidades.

Embora a segregação social seja um traço marcante em Maracanaú, a cultura da resistência expressada nas ocupações desordenadas dos espaços urbanos e na luta social pela sobrevivência criou um ambiente favorável à participação da população em geral nos debates sobre a estruturação e a implantação do novo modelo. As conferências municipais de 2005, 2007, 2009 e 2011 mobilizaram, em seu conjunto, milhares de pessoas em todas as comunidades, inclusive nas três aldeias indígenas.

As entidades filantrópicas, nos primeiros anos, tiveram dificuldades de se alinhar às normativas do Suas, ajustando-se mais tarde conforme regulação do CNAS. Entretanto, as associações comunitárias, muitas delas ligadas a grupos políticos de

cunho eleitoral, ainda que tenha participado dos debates e manifestado publicamente suas insatisfações, não conseguiram inserir-se na rede socioassistencial por não atender aos requisitos legais instituídos que regem o terceiro setor nos anos pós-Suas. Segundo dados constantes na Pesquisa de Informações Básicas Municipais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Munic/IBGE) sobre entidades privadas de assistência social, em 2006 foram identificadas 16.089 organizações socioassistenciais, sendo 14.791 destas ativas em 2013, e, entre 2014 e 2015, registrou-se o número de 13.659 entidades de assistência social.<sup>11</sup>

A experiência de oito anos na gestão municipal do Suas traz evidências de que a gestão social junto ao legislativo municipal e aos demais agentes políticos locais se constitui o elemento de maior complexidade, desencadeador de muitas tensões e conflitos. Os arranjos e as dinâmicas organizacionais fundadas na cultura do direito sugerem transparência, clareza nas regras e nos critérios de elegibilidade adotados para a organização das ofertas e definição de potenciais públicos de acesso, entrando em confronto direto com práticas políticas rotineiras centradas nas relações assimétricas que perpassam o clientelismo eleitoral ou mesmo institucional, conforme avalia Couto *et al.* (2011):

A consolidação da assistência social, enquanto política pública de responsabilidade do Estado e de direito do cidadão, revela-se como um processo em transição, onde os valores e parâmetros afirmados pela nova institucionalidade na perspectiva do Suas, convivem cotidianamente com referência da cultura patrimonialista, tecnocrática e clientelista (Couto *et al.*, 2011, p. 260).

No trato dessas tensões, recorreu-se usualmente ao debate público por meio de sessões especiais, audiências públicas e conversas pontuais para esclarecimentos de dúvidas sobre as escolhas e decisões adotadas a partir das deliberações de conselhos e conferências.

No processo de construção dos consensos necessários à estruturação do novo modelo assistencial, foram primordiais a busca de interlocutores no campo da saúde e da educação e a elaboração de narrativas com base em documentos e normativas no sentido de realizar pactuações e efetivar mudanças que oportunizassem a passagem do paradigma da ação social para a formação de identidade de um sistema de proteção social com entregas próprias, claramente delimitadas.

As pactuações em torno da transição das creches comunitárias, até então sob o comando da assistência social – legado da extinta LBA para o sistema educacional –, foram resultados do acordo construído em cumplicidade com a gestão local da educação e o movimento organizado em defesa da educação infantil – Fórum de Educação Infantil do Ceará. Do mesmo modo, o deslocamento de ações próprias

---

11. Informações disponíveis no *link*: <<https://bit.ly/2qUamsu>>.

da saúde, a exemplo de órtese e prótese e ainda do transporte para tratamento de hemodiálise, ambos executados pela ação social até 2005, foi resultado de muitas controvérsias em conferências e reuniões na Comissão Intergestora Bipartite (CIB) até que se construísse o consenso, a partir do apoio do movimento de pessoas com deficiência.

## 5 AS ADEQUAÇÕES E OS AJUSTES LOCAIS

Inicialmente, as normativas e as leis federais foram suficientes para orientar a reforma administrativa que criou o órgão gestor específico da assistência social com funções públicas claramente definidas e para dar os primeiros passos na estruturação do Suas no município.

Os ajustes e as adequações vieram processualmente, conforme foram se intensificando o diálogo social e se avançando a estruturação e a implementação do Suas no município. O primeiro bloco de adequações está relacionado às normativas: *i*) regulação dos benefícios eventuais; *ii*) regulamentação do Suas no âmbito local por meio de lei municipal; *iii*) adequações na legislação do Fundo Municipal e do CMAS; e *iv*) resoluções do CMAS sobre o reconhecimento das entidades socioassistenciais de acordo com as deliberações do CNAS.

Um outro bloco de ajustes se refere a aspectos administrativos e adequações dos serviços: *i*) qualificação da gestão do Cadastro Único; *ii*) aperfeiçoamento dos mecanismos de transferências de renda (transição das diferentes bolsas por segmento para o Bolsa Família); e *iii*) adequações dos serviços à Tipificação Nacional dos Serviços. Do ponto de vista da cultura local, o ajuste mais significativo veio com adequações da dinâmica organizacional e da organização de prestações e provisões à cultura indígena, a partir da implantação de um Cras exclusivamente indígena no interior da reserva.

## 6 DIFICULDADES E LIMITES

As principais dificuldades e limites identificados na experiência vivida estão associados basicamente à cultura política conservadora, retratada em Lynch (2017), Viana (2005) e Nunes (2010), entre outros analistas do pensamento social brasileiro, e ao preconceito em relação às condições de vida dos segmentos mais vulneráveis, especialmente no que se refere aos povos indígenas – como os Pitaguary residentes nos arredores de Maracanaú – em processo de aculturação. Nesse sentido, Galvão (1957, p. 70) analisa que “a simples presença de civilizados em torno de um território indígena, mesmo quando não se estabelecem relações diretas, é um fator condicionante de mudanças na cultura indígena”.

Além disso, a ausência de prédios públicos que pudessem ser disponibilizados para a abertura de serviços, a irregularidade fundiária urbana em que os terrenos



não são devidamente registrados, o acentuado número de ocupações e favelas e as condições precárias de mobilidade urbana com escasso serviço de transporte urbano foram também entraves para que se assegurasse a organização da oferta de serviços acessíveis a toda população em toda a comunidade.

Embora Maracanaú esteja situada na RM de Fortaleza, o acesso à internet é bastante precário, o que dificultou a agilidade nos processos de cadastramento, revisão e atualização cadastral do Cadastro Único, retardando o acesso à transferência de renda de importantes segmentos da população.

Faz-se importante destacar que a maioria dos trabalhadores de nível superior era residente nas cidades vizinhas, especialmente Fortaleza, optando apenas por trabalhar em Maracanaú, requerendo maiores esforços na formação de vínculos com as comunidades locais. Havia um certo estranhamento das equipes em relação às dinâmicas locais que precisaram ser trabalhadas para que se estabelecessem elos e se quebrassem barreiras culturais que impediam melhor resultado no trabalho dos funcionários.

Outra dificuldade relacionada à profissionalização da política de assistência social está associada ao conservadorismo moral, atribuído à assistência social, tradicionalmente identificada pelo viés humanista, com enfoque nas pessoas, por vezes comportamentalista, não produzindo resultados aferíveis sobre as reais condições de vida das famílias e das comunidades.<sup>12</sup>

Do mesmo modo, a cultura do imediato associada à pouca *expertise* na área do planejamento também se constituiu um obstáculo. Por vezes, os processos administrativos burocráticos engessados, a exemplo dos processos licitatórios próprios da administração pública, não conseguiam ser concluídos em tempo hábil, comprometendo os demais processos e afetando os resultados previstos.

## 7 APRENDIZADOS

O processo de estruturação e implementação de políticas públicas é uma tarefa coletiva que requer muito engajamento e compromisso com transformações que possam promover bem-estar, rebater os efeitos perversos das desigualdades e proporcionar um movimento de construção da igualdade. A experiência em Maracanaú exigiu conhecimento teórico-metodológico para o estabelecimento de diálogos construtivos sobre rumos e estratégias, considerando as tendências daquele momento.

---

12. O termo *conservadorismo moral* atribuído à assistência social é uma abordagem centrada no conceito de questão social como um problema moral, em que o indivíduo e a família são objetos de intervenção para a solução de problemas, com foco nas suas necessidades materiais e morais (Yazbek, 2009).

Sem dúvida, decifrar a realidade para entender seu rebatimento nas particularidades do município foi fundamental. Afinal, as estratégias não brotam do chão, elas são extraídas da realidade objetiva, preservando sua viabilidade e reduzindo a distância entre o desejável e o possível.

Não há gestão pública sem a articulação e a mobilização de múltiplos saberes, a flexibilidade para o diálogo, a clareza de objetivos e finalidades e, principalmente, sem a escuta qualificada. No caso em particular da assistência social, foi preciso conquistar aliados e construir alianças, para que fosse possível atribuir-lhe o *status* de política pública e consolidar a sua identidade como política de proteção social situada no campo da seguridade social, rompendo com a tradicional prática denominada *ação social* expressa em atividades pontuais e fragmentadas, muito associada a eventos sociais.

Outro importante aprendizado do ponto de vista afetivo é que a gestão da política de assistência social pulsa, tem vida, é dinâmica e inclui-la na agenda política do município requer muita disputa, embates e convencimentos sempre com base em sólida argumentação.

No desenvolvimento das funções de gestão, foram muitas lições aprendidas seja do ponto de vista dos processos: financeiro, orçamento, planejamento, processos de trabalho; seja do ponto de vista das relações sociais estabelecidas nas diferentes direções: relações hierárquicas, os micropoderes; ou mesmo os resultados produzidos: acesso ao alimento saudável, à produção, desenvolvimento de habilidades, compartilhamento das decisões com os usuários, difusão de direitos, entre tantos outros resultados produzidos por quase uma década.

## 8 VISÃO DA GESTÃO PÚBLICA NO BRASIL

No Brasil, a descontinuidade de governos originada da falta de uma visão mais alargada do Estado contribui para que a gestão da coisa pública não apresente resultados mais duradouros. A cada mudança de governo, entram em colapso as estratégias adotadas em governos anteriores, mesmo que tenham sido exitosas; desloca-se a força de trabalho e entram em cena outros atores, muitas vezes desconhecedores das políticas públicas. Após cada pleito eleitoral, seja municipal ou das outras esferas de governo, a renovação das gestões acaba se traduzindo em interrupções e recomeços ou em redução no ritmo dos processos.

A disputa do fundo público é acirrada, e, dependendo das justificativas e explicações sobre os gastos públicos – custeio ou investimento –, os cortes na área social são mais ou menos severos conforme as linhas de prioridades estabelecidas pelos governos. Ou seja, não são as necessidades sociais os elementos determinantes na alocação de recursos, mas sim o limite fiscal definido pela área econômica do governo (Salvador, 2010).

A democratização da gestão prevista constitucionalmente é ainda um processo em construção que depende do movimento histórico de cada lugar e dos sujeitos envolvidos. O baixo nível de escolaridade da população, juntamente com a inexistência de práticas democráticas cotidianas, faz com que não sejam significativos o engajamento dos usuários e a sua participação ativa nos processos decisórios, limitando-se, muitas vezes, a validar as decisões do poder instituído sem debate crítico.

## 9 EXPERIÊNCIA PESSOAL E ENFRENTAMENTO DA DESIGUALDADE

Sem dúvida, a gestão reflete a história de cada um, com suas memórias e acervo cultural adquiridos nas experiências vividas em suas trajetórias pessoais e profissionais. O fato de ser assistente social, com um projeto profissional claramente vinculado ao projeto societário democrático, contribuiu no momento das escolhas dos caminhos a serem trilhados.

O compromisso com a classe trabalhadora, com uma sociedade radicalmente democrática, livre da discriminação e do preconceito, e o reconhecimento de que não se caminha sozinho iluminaram cada passo e cada etapa do processo. É certo que quem sabe onde o sapato aperta é quem calça o sapato, portanto, ninguém melhor do que os usuários para falar sobre a maneira mais satisfatória de atendê-los em suas necessidades.

Essa é a dimensão ética da gestão pública: não se encerrar em si mesmo, mas referenciar-se na coletividade e na vida social pautada no altruísmo e na solidariedade entre os povos. Nesse contexto, as políticas sociais são colocadas como mediações estratégicas para enfrentar todas as formas de desigualdade e construir outras racionalidades nas dinâmicas dos territórios. Assim, a participação ativa na luta social, a militância em diferentes agendas de luta (mulheres, povos e comunidades tradicionais, crianças e adolescentes) e a inserção na cena política (eventos locais da comunidade), assumindo a dimensão pública do trabalho inerente ao cargo de gestão, contribuíram para que a assistência social ganhasse um espaço de destaque na agenda política local.

São considerados reflexos da inclusão dessa política na agenda política local: o salto orçamentário, de aproximadamente R\$ 1,9 milhão para R\$ 22 milhões, associado à criação de uma rede de atendimento, antes inexistente, alcançando 26 equipamentos públicos (98% encravados em prédios públicos); a articulação do Suas com o Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional, que permitiu a criação de cinco cozinhas comunitárias, um banco de alimentos, um restaurante popular, uma feira itinerante nos territórios mais vulneráveis; e a institucionalização do Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Mulher, do Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional, do Conselho Municipal de Defesa dos Direitos das Pessoas

com Deficiência, do Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa e dos conselhos locais de assistência social, que se somaram aos já existentes CMAS e ao Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Criança e Adolescente, todos vinculados ao órgão gestor de assistência social no âmbito municipal.

Ainda, a garantia de realização de processos conferenciais envolvendo todos os territórios dos dez Cras, a criação do Fórum Municipal de Trabalhadores do Suas, a participação dos usuários no CMAS e talvez a conquista mais significativa na trajetória da assistência social, considerando a tradicional dualidade governo/entidades prestadoras de serviços, são fatores que resultaram da maior visibilidade da assistência, constituindo-se, ao mesmo tempo, indutores de maior adesão da política na agenda política local.

Alinhada a essa dimensão, também houve um grande investimento na dimensão técnica do fazer no campo da gestão pública: encontros de natureza científica, de formação e de socialização de experiências; capacitações; cursos locais, regionais, nacionais e internacionais; produção de artigos e outras publicações; participação em espaços da mídia; entre tantas outras atividades.

Ademais, há evidências de que a participação na organização política dos gestores (Congemas e Coegemas) colocou o município em posição de destaque, referência nacional na organização e na integração de sistemas direcionados para uma proteção mais integrada e integral às famílias em condição de vulnerabilidade. Em recente estudo sobre instituições participativas no Brasil pós-Constituição Federal de 1988, o Ipea apontou que o conjunto de instrumentos – conferências, audiências públicas, ouvidorias, fóruns de debates, mesas de negociação e conselhos – pode ser reconhecido como “peça fundamental para ordenar políticas prioritárias” (Ipea, 2010, p. 566).

Na avaliação de Avritzer (2008), em diferentes contextos, as instituições participativas apresentam maior ou menor potencial para democratizar o governo, dependendo da organização da sociedade civil e da presença de atores políticos capazes de produzir sinergia impulsionadora de processos participativos.

Na verdade, os ritmos e a intensidade das experiências de gestão no campo do Suas se diferenciam de acordo com os sujeitos que protagonizam o debate sobre a política, os traços característicos de cada gestor, o seu compromisso com o enfrentamento às desigualdades e o legado que pretendem deixar para os cidadãos e as cidadãs em suas localidades.

## REFERÊNCIAS

AMARO, J. A. M. **Avaliação das Comissões Intergestores Regionais (CIR) sob a perspectiva dos gestores municipais de saúde e dos representantes estaduais**. 2016. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Gestão Pública na Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, 2016. Disponível em: <<https://bit.ly/2IDKwyK>>.

ARRETCHE, M. **Estado federativo e políticas sociais**: determinantes da descentralização. Rio de Janeiro: Revan; São Paulo: FAPESP, 2000.

AVRITZER, L. Instituições participativas e desenho institucional: algumas considerações sobre a variação da participação no Brasil democrático. **Opinião Pública**, Campinas, v. 14, n. 1, p. 43-64, jun. 2008. Disponível em: <<https://bit.ly/2IAAt9Pi>>.

BAHIA, L. H. N. **O poder do clientelismo**: raízes e fundamentos da troca política. Rio de Janeiro; São Paulo: Renovar, 2003.

BRASIL. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional, 1993. Disponível em: <<https://bit.ly/2MX80BA>>.

\_\_\_\_\_. **Norma Operacional Básica da Assistência Social**: avançando para a construção do Sistema Descentralizado e Participativo de Assistência Social. Brasília: Seas/MPAS, 1999.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Conselho Nacional de Assistência Social. Deliberações aprovadas. *In*: CONFERÊNCIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, 4., 2003, Brasília, Distrito Federal. **Anais...** Brasília: MDS, 2003. Disponível em: <<https://bit.ly/2Je3nRt>>. Acesso em: 24 out. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social. **Política Nacional de Assistência Social (PNAS) 2004/Norma Operacional Básica (NOB/Suas)**. Brasília: MDS, 2005. Disponível em: <<https://bit.ly/2ogYq35>>. Acesso em: 24 out. 2019.

CAMPOS, E. B. A complexa descentralização da política de assistência social. *In*: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 2., 2005. Universidade Federal do Maranhão, São Luís. **Anais...** São Luís: UFMA, 2005. Disponível em: <<https://bit.ly/2Oy0Fd>>.

CASTRO, I. M. N. Pacto federativo e financiamento da assistência social: as implicações da regulação do Suas nos orçamentos municipais. **Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social**, v. 12, n. 23, 2012. Disponível em: <<https://bit.ly/2NhFj1e>>.

CARVALHO, J. M. Mandonismo, coronelismo, clientelismo: uma discussão conceitual. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, 1997.

CARVALHO, M. T. S. Usuários em cena e os “donos” do poder: conselhos locais de assistência social, uma experiência de controle social. *In*: VIANA, G. O. (Org.). **Assistência Social em Maracanaú**: suas perspectivas sob o olhar dos trabalhadores, Maracanaú, 2014. p. 242-269.

CEARÁ. Cria o Movimento de Promoção Social (MPS). **Diário Oficial do Ceará**, n. 16.580, 3 jul. 1995.

\_\_\_\_\_. Lei Municipal nº 553, de 28 de maio de 1997. Modifica a estrutura orgânica consolidada do poder Executivo de Maracanaú; altera nomenclatura de órgãos; cria cargos; e adota outras providências. Maracanaú, 1997. Disponível em: <<https://bit.ly/3621Uas>>. Acesso em: 23 out. 2019.

\_\_\_\_\_. Lei Municipal nº 986, de 6 de janeiro de 2005. Dispõe sobre a reestruturação organizacional do poder Executivo, com a extinção, o desmembramento, a o desmembramento, a transformação, a redenominação e a criação de Secretarias; prevê a criação de entidades da administração indireta, mediante leis específicas; e dá outras providências. Maracanaú, 2005. Disponível em: <<https://bit.ly/2or61vO>>. Acesso em: 2 fev. 2019.

\_\_\_\_\_. Câmara Intersetorial de Segurança Alimentar e Nutricional. **Plano Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional de Maracanaú (2014-2017)**. Maracanaú: Caisan, 2015. Disponível em: <<https://bit.ly/2OPHPxI>>.

COSTA, B. L. S.; MORAIS, I. D.; SENNA, M. C. M. Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Assistência Social: análise de uma experiência. *In*: ENCONTRO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL, 5., 2017; ENCONTRO NACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL, 12., 2017, Vitória, Espírito Santo. **Anais...** Vitória: Ufes, 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/2OuwtpY>>.

COUTO, B. *et al.* (Orgs.). **O Sistema Único de Assistência Social no Brasil**: uma realidade em movimento. São Paulo: Cortez, 2011.

GALVÃO, E. Estudos sobre a aculturação dos grupos indígenas do Brasil. **Revista de Antropologia**, São Paulo, v. 5, n. 1, jul. 1957. Disponível em: <<https://bit.ly/323scGX>>.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2000**. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Brasil em desenvolvimento**: Estado, planejamento e políticas públicas. Brasília: Ipea, 2010.

LEAL, V. N. **Coronelismo, enxada e voto**: o município e o regime representativo no Brasil. 7. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

LEÃO, T. M.; DALLARI, S. G. O poder normativo das comissões intergestoras bipartite e a efetividade de suas normas. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 38-53, mar./jun. 2016.

LYNCH, C. E. C. Conservadorismo caleidoscópico: Edmund Burke e o pensamento político do Brasil oitocentista. **Lua Nova**, São Paulo, n. 100, p. 313-362, 2017.

NUNES, E. O. **A gramática política do Brasil**: clientelismo, corporativismo e insulamento democrático. 4. ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

OLIVEIRA, E. G. Gestão da assistência na perspectiva do Suas e suas implicações para à gestão municipal: uma aproximação preliminar da realidade de Currais Novos. *In*: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 4., 2009, São Luís, Maranhão. **Anais...** São Luís: UFMA, 2009. Disponível em: <<https://bit.ly/2olnENT>>.

PERRUCHO FILHO, J. M. **Gestão social e políticas públicas**: a agência de desenvolvimento social. 2004. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

RODRIGUES, D. D. L. Discutindo gênero e “primeiro-damismo”. *In*: COLÓQUIO NACIONAL REPRESENTAÇÕES DE GÊNEROS E DE SEXUALIDADES, 13., Campina Grande, Paraíba, 2018. **Anais...** Campina Grande: Conages, 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/2olo9Yh>>. Acesso em: 15 dez. 2018.

SALVADOR, E. **Fundo público e seguridade social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010.

VIANA, O. **Populações meridionais do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 2005.

VILAÇA, M. V.; ALBUQUERQUE, R. C. **Coronel, coronéis**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1978.

YAZBEK, M. C. Fundamentos históricos e teórico-metodológicos do serviço social. *In*: CFESS; ABEPSS (Orgs.). **Serviço social**: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: Cead/UnB, 2009.

\_\_\_\_\_. Pobreza no Brasil contemporâneo e formas de seu enfrentamento. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 110, p. 288-322, abr./jun. 2012.

**BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR**

BRASIL. Resolução nº 207, de 16 de dezembro de 1998. Aprova por unanimidade a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e a Norma Operacional Básica da Assistência Social (NOB 2). **Diário Oficial da União**, Brasília, 18 dez. 1998.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Conselho Nacional de Assistência Social. Resolução nº 145, 15 de outubro de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Social. Brasília: MDS, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social. **Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Suas**. Brasília: MDS, 2006.

\_\_\_\_\_. **Tipificação nacional de serviços sócio assistenciais**. Brasília: CNAS, 2009. Disponível em: <<https://bit.ly/2nzh7L9>>.

\_\_\_\_\_. Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. **Planalto.gov**, Brasília, 6 jul. 2011. Disponível em: <<https://bit.ly/2XwkBPv>>.

CEARÁ. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará. **Perfil básico municipal de Maracanaú**. Fortaleza: Ipece, 2009.

SOUZA, M. A. **Maracanaú: história e vida – o voo das maracanãs auriverdes e o pouso dos ventos da industrialização**. Fortaleza: Tropical, 1996.



## PROTEÇÃO SOCIAL NÃO CONTRIBUTIVA: A EXPERIÊNCIA DA GESTÃO ESTADUAL

Denise Ratmann Arruda Colin<sup>1</sup>

### 1 INTRODUÇÃO

Com a instituição do Sistema Único de Assistência Social (Suas), a partir da deliberação da IV Conferência Nacional de Assistência Social (CNAS) em 2003,<sup>2</sup> as unidades federadas foram incitadas a conferir legitimidade à função constitucional de assegurar proteção social não contributiva à população em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social.

Essa máxima se desdobrou em exigências de estruturação e aprimoramento da gestão da política de assistência social para a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios, abrangendo diversos aspectos no campo normativo, na organização da oferta e do cofinanciamento dos serviços e benefícios socioassistenciais, e no fomento à participação e controle social.

Este texto versará, mais especificamente, sobre a trajetória de absorção do Suas no âmbito da gestão estadual, e está subdividido em três seções. A primeira delas contempla os fundamentos que balizam a gestão pública e estarão consignados às estratégias de implementação do sistema, com foco no arcabouço normativo e no arranjo federativo que propiciou o êxito da construção coletiva de adesão do poder público e dos segmentos de representação da sociedade civil (usuários, trabalhadores e entidades prestadoras de serviços e de defesa de direitos). A segunda seção traz a descrição da organização do Suas na esfera estadual de gestão, de modo a explicitar as capacidades técnicas, administrativas, normativas e políticas do Estado brasileiro na indução das políticas públicas face à configuração do pacto federativo estabelecido. Na terceira seção, consta a experiência do estado do Paraná na estruturação da gestão da política de assistência social pós-Suas e descreve os limites e as possibilidades encontradas para a concretização da proposta.

---

1. Assistente social, diretora do Departamento de Planejamento e Gestão da Subprocuradoria-Geral de Justiça para Assuntos de Planejamento Institucional do Ministério Público do Paraná (MPPR) e professora do curso de serviço social da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC/PR). E-mail: <dracolin@mppr.mp.br>.

2. A IV Conferência Nacional de Assistência Social, realizada de 7 a 10 de dezembro de 2003, com o tema *Assistência social como política de inclusão: uma nova agenda para cidadania – Aos 10 anos*, deliberou: “construir uma agenda para 2004, para que, sob a coordenação do Ministério de Assistência Social, seja implantado/implementado o Sistema Único de Assistência Social – Suas, de forma descentralizada, regionalizada e hierarquizada, com base no território” (Brasil, 2003).

## 2 FUNDAMENTOS QUE BALIZAM A GESTÃO DO SUAS

Como pano de fundo para a exposição da gestão estadual na efetivação da proteção social não contributiva, faz-se imprescindível a abordagem dos principais fundamentos que lhe importam em suporte teórico, ético, político, jurídico e administrativo, a saber: *i*) sustentação da gestão pública baseada na concepção de Estado democrático de direito que assegura proteção social; *ii*) opção política por uma gestão pública democrática e participativa; *iii*) reconhecimento da importância de enfrentamento das desigualdades sociais, no caso em tela por meio da organização de sistema público de proteção social não contributiva que oriente as ofertas da política de assistência social; e *iv*) estratégias para implementação do Suas no Brasil.

### 2.1 Concepção de Estado democrático de direito que assegura proteção social

O art. 1º da Constituição Federal de 1988 (CF/1988) reconhece a República Federativa do Brasil conformada sob a lógica do Estado democrático de direito, fundado nos princípios da justiça social e da dignidade humana, o que significa imputar-lhe a competência de garantir proteção jurídica a todos os direitos dos cidadãos, construídos historicamente pela luta da classe trabalhadora e dos movimentos sociais, tendo por essência a presença efetiva da população na “coisa pública”, nos mecanismos decisórios e nos rendimentos da produção (Brasil, 1988).

Fagnani (2017) lembra que:

a partir de meados dos anos 1970, emerge um movimento liderado pela oposição ao regime militar que formula um amplo projeto de reformas progressistas, apoiado em três núcleos: restauração do Estado democrático de direito; construção das bases de um sistema de proteção social inspirado em alguns dos princípios do Estado de bem-estar social; e concepção de estratégia macroeconômica direcionada para o crescimento com distribuição de renda (p. 75).

Essa agenda foi inserida na CF/1988, mas concomitantemente imperava mundialmente o hegemônico projeto neoliberal, de modo que a instituição de um sistema público para assegurar proteção social sempre esteve em disputa com a posição das elites políticas e econômicas conservadoras, que colocam em jogo a apropriação do fundo público, com o propósito de forçar a retomada da concentração de renda e da valorização do mercado, em detrimento dos direitos sociais e da construção de uma sociedade mais equitativa (Fagnani, 2017).

Em contrapartida, segundo José Afonso da Silva, a finalidade, por excelência, do Estado democrático de direito “consiste em superar as desigualdades sociais e regionais, de modo a instaurar um regime democrático que promova a justiça social” (Silva, 1988, p. 24).

Assim, como é possível perceber, esse enfoque se coaduna com as funções precípua da política de assistência social enquanto política de seguridade social não contributiva, conforme previsto no art. 2º, da Lei Orgânica de Assistência Social (Loas), quais sejam: *i*) afiançar proteção social, com fulcro na garantia da vida, na redução das vulnerabilidades e incertezas, e na prevenção da incidência de riscos; *ii*) instituir a vigilância socioassistencial, para analisar territorialmente a capacidade protetiva das famílias e a ocorrência de vulnerabilidades, de ameaças, de vitimizações e danos; e *iii*) asseverar a defesa de direitos, com pleno acesso aos direitos no conjunto das provisões socioassistenciais.

O conceito de vulnerabilidade social adquire inúmeras interpretações, mas, no caso da política de assistência social, está intrinsecamente vinculado a um dado risco social gerado pela crise do capital e pela forma de desenvolvimento da produção e distribuição da riqueza na contemporaneidade, causando erosão dos sistemas de proteção social na sociedade salarial, o que exige a forte presença do Estado para a superação da insegurança social (Castel, 1998; Sposati, 2009) e, por consequência, também está ligado à carência de direitos (Oliveira, 1995).

## 2.2 Opção política por uma gestão pública democrática e participativa

Há que se demarcar que o entendimento de gestão pública depende do modelo de Estado e de desenvolvimento adotado, ou melhor, no enfoque subsidiado no Estado neoliberal ou no Estado democrático de direito, posições distintas que são sustentadas por projetos políticos societários divergentes, de modo a orientar a condição de cidadania e de sociabilidade impostas, ainda que a CF/1988 tenha assimilado a segunda vertente.

No primeiro caso, o Estado neoliberal é pautado pela: *i*) liberalização da economia e do livre comércio; *ii*) privatização das estruturas estatais lucrativas para valorização do mercado; *iii*) flexibilização das relações de trabalho; *iv*) austeridade fiscal via corte das despesas governamentais; *v*) desresponsabilização do Estado quanto à oferta das políticas sociais, substituída pelo estímulo à assimilação pela sociedade civil; *vi*) focalização do atendimento à população mais empobrecida; *vii*) individualização das atenções; *viii*) terceirização das prestações públicas; e *ix*) transformação das necessidades em bens de consumo, entre outros aspectos.

Já a matriz do Estado democrático de direito foca na perspectiva do Estado provedor das condições materiais e imateriais para o asseguramento da dignidade da pessoa humana em um contexto de equidade e justiça social, de modo a maximizar o acesso a bens, serviços e riquezas socialmente produzidas, e de promover a participação no processo decisório e no controle social das ações e dos investimentos. Portanto, inexoravelmente, essa é a opção que sustenta a concepção e a gestão da política de assistência social consubstanciada no Suas (Yasbek, 2008).

Essa última vertente implicou organização de uma gestão pública que transpusesse os diferentes modelos em evolução, tais como: *i*) patrimonial, que não estabelece os limites entre a esfera pública e o *locus* privado, tendo por foco o controle político pela classe dominante, com total ausência de responsabilização e de *accountability*; *ii*) burocrático, que separa a administração pública da política, visa ao controle dos processos, confere publicidade dos atos e institui *accountability* horizontal; e *iii*) gerencial, que promove a reestruturação administrativa de desconcentração das responsabilidades do Estado, com descentralização e inserção de novos atores, busca o controle dos resultados e estabelece *accountability* horizontal e vertical (Abrucio, Loureiro e Pacheco, 2010).

Era preciso, portanto, imprimir um viés mais democrático e participativo ao processo de gestão das políticas públicas, desdobrado nas etapas de planejamento, programação, orçamentação, execução, controle e avaliação, que resgatasse o princípio da responsabilidade estatal no trato da coisa pública. E mais, que na relação do Estado com a sociedade modulasse um arquétipo cujo paradigma estivesse pautado na dignidade da pessoa humana, na postura ética e republicana, na democratização das decisões, na conformação de uma cultura política que integre o desenvolvimento econômico com o social no atendimento da demanda dos cidadãos e, particularmente, no enfrentamento das desigualdades sociais, acrescido dos fundamentos de reciprocidade e de redistribuição (Polany, 2000).

Nessa esteira, foram criadas as instâncias de deliberação (conferências e conselhos) e de negociação (comissões intergestores tripartite e bipartite), que consignaram legalidade à participação popular e ao pacto federativo, com vistas a orientar todo o processo de implementação do Suas, englobando as dimensões: *i*) normativa; *ii*) de prestação de serviços e concessão de benefícios/transferência de renda; *iii*) de vigilância socioassistencial; *iv*) de gestão do sistema; *v*) de gestão do trabalho; e *vi*) de alocação do fundo público, com repasse regular e automático fundo a fundo.

### **2.3 Estruturação de sistema público de proteção social não contributiva incidindo no enfrentamento das desigualdades sociais**

A erradicação da pobreza, da marginalização e da redução das desigualdades sociais e regionais está inscrita no art. 3º da CF/1988 como um dos objetivos fundamentais do Estado brasileiro, dos objetivos do milênio e agora dos objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS). É preciso registrar que dentre suas principais causas comparecem os traços da tradição histórica patrimonialista, escravocrata e patriarcal; do subdesenvolvimento; da concentração de renda e da exploração; da ausência de integração social efetiva entre as políticas sociais públicas (trabalho, educação, saúde, assistência social, habitação, esporte, cultura etc.); e da discriminação de gênero, raça, etnia, entre outros.

Tem-se, ainda, como aspectos funcionais e reprodutores da desigualdade, a combinação predominante de culpabilização dos indivíduos *improdutivos e incapacitados* e de moralização da pobreza, aliada à instituição de processos tardios e inconsistentes de políticas públicas, com sobreposição de competências e descontinuidade de ações, foco na seletividade e nas prestações, particularmente produzidos em períodos de autoritarismo e/ou de ideologias neoliberais (Colin e Silveira, 2017). Porquanto, essas causas só serão enfrentadas efetivamente diante de reformas estruturantes no campo político, econômico, cultural e social, que viabilizem a inclusão social do conjunto da população brasileira no arcabouço dos direitos e no acesso à riqueza socialmente produzida.

Nessa perspectiva, a política de assistência social se apresenta como uma das ofertas estatais viáveis, posto que se incumbe da provisão de serviços e benefícios socioassistenciais, como forma parcial de participar da reprodução social e do trabalho, em resposta às expressões da questão social<sup>3</sup> (Colin e Silveira, 2017).

Para cumprir tal premissa, em primeiro plano há que se descaracterizar a assistência social como benesse e filantropia<sup>4</sup> para demarcá-la como direito humano reclamável, com forte viés de garantia social, portanto inerente a todo cidadão que dela necessitar, permeado por um contexto de disputas e conquistas dos diferentes interesses presentes na sociedade.

Nesse modelo, o trabalho social desenvolvido nos serviços, articulados com os benefícios socioassistenciais, os programas de transferência de renda e as ofertas das demais políticas setoriais e de defesa de direitos, contribuem para o enfrentamento das desigualdades e das condições de vulnerabilidade e risco social, na medida em que buscam desmistificar suas causas e emancipar os sujeitos para as lutas coletivas, além de promover a interrupção dos ciclos geracionais de pobreza e violência, fortalecer os vínculos familiares, comunitários e de pertencimento, e difundir valores democráticos.

---

3. A expressão *questão social* surge na Europa ocidental na terceira década do século XIX (1830) para dar conta do fenômeno do pauperismo que caracteriza a emergente classe trabalhadora. Do ponto de vista histórico, a questão social vincula-se estreitamente à exploração do trabalho. Sua gênese pode ser situada na segunda metade do século XIX quando os trabalhadores reagem a essa exploração (Castel, 2000).

4. O termo filantropia é de origem grega e traduz o amor do homem pelo ser humano e pela humanidade, pois *philos* significa amor e *antropos* homem, mas sob a lógica da dominação e do dever moral, enquanto maneira de resolver a mediação entre a pobreza, que pode representar um perigo para a sociedade, e a desejada ordem social. O dever entra em cena como uma ideia capaz, ao mesmo tempo, de substituir a noção de direito com base na reciprocidade social e de regular o interesse de um ponto de vista coletivo, de modo que moralize o pobre e socialize a pobreza. A contraparte do dever moral é uma obrigação ética. Assim, a filantropia não interfere nos interesses econômicos e não se opõe ao Estado, mas busca contornar os riscos decorrentes do mercado autorregulável e os da visão jurídica das relações sociais (Beghin, 2005).

## 2.4 Estratégias de implementação do Suas no Brasil

A implementação da gestão compartilhada do Suas esteve circunscrita à ideia de que as dificuldades enfrentadas pela humanidade para estabelecer os padrões de dignidade e de justiça social devem ser assumidas coletivamente pela sociedade, com supremacia da responsabilidade de cobertura do atendimento pelo Estado (Couto, 2004).

Para tanto, foram adotadas as seguintes dimensões:

- instituição de um sistema público de proteção social não contributiva na perspectiva constitucional de política de seguridade social;
- incorporação na agenda pública da responsabilidade estatal pela garantia dos direitos socioassistenciais nas esferas de governo;
- oferta de respostas qualitativas às demandas da população em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social, em articulação com a União, os estados, o Distrito Federal, os municípios e a sociedade civil organizada.

Tal lógica foi sustentada por um consistente arcabouço jurídico (CF/1988 e Loas – Lei nº 8.742/1993), que conferiu estatura ao denominado “sistema descentralizado e participativo”,<sup>5</sup> e que em 2011 foi configurado no Suas.<sup>6</sup> Essa legislação foi detalhada em um conjunto de marcos regulatórios que estabeleceram o contorno da política de assistência social a ser efetivada por meio do Suas, tais como: *i*) Política Nacional de Assistência Social (PNAS), 2004; *ii*) Lei nº 10.836/04, que cria o Programa Bolsa Família (PBF); *iii*) Decreto nº 5.085/2004, que estabelece o cofinanciamento federal dos serviços de ação continuada pelo Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS); *iv*) Norma Operacional Básica do Suas (NOB)-Suas/2005 e NOB-Suas/2012; *v*) Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB-RH)-Suas/2006; *vi*) Protocolo de Gestão Integrada de Serviços, Benefícios e Programas de Transferência de Renda/2009; *vii*) Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais/2009; *viii*) Lei nº 12.101/2009, que regulamenta o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (Cebas); *ix*) Lei nº 12.435/2011, que institui o Suas na Loas; *x*) decretos presidenciais; *xi*) portarias ministeriais; e *xii*) resoluções do CNAS e da comissão intergestores tripartite (CIT), entre outros.

Como consequência, foram delineadas as prestações dos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais, e delimitados os correspondentes equipamentos públicos responsáveis pelas suas ofertas. Para garantir concretude às provisões, restaram estabelecidos Planos Decenais 2005-2015 e 2016-2026; pactos de aprimoramento da gestão firmados pela União com os estados e municípios,

---

5. Redação original do art. 6º da Loas.

6. A conformação do Suas foi inserida na Loas pela Lei nº 12.435/2011.

com a previsão das respectivas metas. Compreendendo o cofinanciamento como ferramenta estratégica para a efetivação das ações, foram instituídos pisos específicos por nível de proteção social básica e especial, de média e alta complexidade, com repasse de forma regular e automática fundo a fundo, que transpôs a lógica convencional e o pagamento *per capita* para introduzir o valor de referência segundo a capacidade de atendimento do serviço instalado.

Todo esforço se concentrou em estabelecer um arranjo institucional federativo como forma de imprimir legalidade, organicidade, sustentabilidade e representatividade na estruturação da política de assistência social sob a ótica de direito reclamável. Tal decisão esteve calcada fortemente na capacidade indutiva do governo federal em desencadear a adesão dos entes federativos ao Suas, e de viabilizar a difusão e capilaridade dos equipamentos e prestações públicas da política de assistência social em todo o território nacional em curto espaço de tempo, ou seja, em menos de uma década, quando em 2012 a totalidade dos 5.570 municípios, os 26 estados e o Distrito Federal já haviam pactuado a assimilação do sistema. Para Arretche (2004), é fundamental a presença do governo federal para viabilizar a instituição de políticas públicas em patamares básicos de produção de serviços sociais, orientadas pela estruturação das relações federativas, a despeito de estarem expostas às consequências dos sistemas tributário, fiscal e partidário vigente.

Mas esse movimento não esteve isento de percalços. É fato que a CF/1988 assegurou autonomia política, fiscal e administrativa a todas as Unidades da Federação (UFs) – União, estados, Distrito Federal e municípios –, ainda que com potencialidades bastante distintas de execução e sujeitas às realidades territoriais e culturais. Também comparece a vinculação partidária às bases de apoio dos governantes, que implicam sobremaneira a relação vertical federativa. Além do mais, as atribuições descentralizadas dos serviços não foram acompanhadas da capacidade de arrecadação financeira e de organização do quadro funcional para promover os serviços públicos, e menos ainda de redução das desigualdades regionais.

Assim, em tese, apesar de cada esfera de governo ter independência para definir sua própria agenda na área social, na prática, perdura a sujeição às transferências intergovernamentais e à reprodução das propostas de atendimento pontual e fragmentado para grande parte dos municípios e até alguns estados brasileiros. No caso da política da assistência social, essa realidade é agravada pela trajetória histórica de ações esporádicas, de cunho clientelista e assistencialista.

Para fazer frente a esse desafio, a construção da política de assistência social exigiu a delimitação das atribuições públicas face às necessidades e demandas sociais que devem ser atendidas por meio de ofertas contínuas, uniformes e reivindicáveis, além da definição de um conjunto de aportes: equipamentos públicos, recursos humanos, financiamento regular, rede integrada de serviços e benefícios e sistemas de informação e monitoramento (Colin e Jaccoud, 2013).

Foram estabelecidas as competências dos entes federados, cabendo à União a estruturação, a normatização e o cofinanciamento da política de assistência social implementada por meio do Suas, de forma integrada com o monitoramento e a avaliação das respectivas prestações em correspondência às situações de vulnerabilidade e risco, além do assessoramento técnico. Os estados assumiram a coordenação e o apoio técnico e financeiro em sua base de jurisdição, acompanhado do cofinanciamento dos serviços socioassistenciais, dos benefícios eventuais e da execução dos serviços regionais. O Distrito Federal tem por responsabilidade uma intervenção híbrida, mesclando ações de coordenação e execução direta. Por sua vez, os municípios foram incumbidos da organização do sistema em sua esfera de abrangência e da realização das prestações diretas dos serviços, programas, projetos e benefícios.

Restaram evidenciados os objetivos do Suas sustentados na gestão compartilhada, no cofinanciamento e na cooperação técnica entre os entes federativos; na integração da rede pública e privada prestadora de serviços; e na instituição de um processo de educação permanente e de vigilância socioassistencial para efetivar a garantia de direitos (Brasil, 2011, art. 6<sup>o</sup>).

As instâncias de deliberação e negociação conferiam legitimidade ao alinhamento necessário para instituir o Suas em todo o território nacional com fulcro nos padrões de qualidade, nos equipamentos e nas equipes de referência. Para tanto, as comissões intergestores foram organizadas com representações por região e porte de municípios, e os conselhos com base na paridade entre os segmentos de usuários, prestadores de serviços e trabalhadores do setor.

Outro aspecto a ser assinalado recai nos instrumentos de indução utilizados, com especial atenção para os pactos de aprimoramento da gestão e os planos decenais. As deliberações da V Conferência Nacional de Assistência Social, ocorrida em 2005, ofereceram as bases para a formulação do I Plano Decenal de Assistência Social (Plano Suas 10), seguida da constituição de grupos de trabalho para sua redação final.

Ao estabelecer ações prioritárias e metas, o I Plano tinha como finalidade última orientar a estruturação do Suas sob os fundamentos de superar o legado assistencialista; criar bases legais e normativas para sustentação institucional; viabilizar o acesso a serviços e benefícios, com financiamento *público*, considerando a matricialidade sociofamiliar e a territorialização, tendo por princípio a gestão compartilhada; estruturar a gestão e fortalecer as instâncias de pactuação, de deliberação e o controle social; instituir mecanismos e instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação; construir a intersetorialidade, com as demais políticas setoriais e de defesa de direitos, com o sistema de justiça, o Ministério Público e a sociedade civil organizada (Brasil, 2016, p. 3).



Na X Conferência Nacional de Assistência Social, realizada em 2015, houve a avaliação do I Plano e a definição de prioridades para a construção do II Plano Decenal da Assistência Social – 2016/2026 – Proteção Social para todos(as) os(as) brasileiros(as), o qual delimitou as diretrizes e os objetivos estratégicos para o aprimoramento do Suas, e determinou metas para a próxima década. As propostas versam desde a universalização dos serviços e benefícios de proteção social básica e especial, no espectro municipal e/ou regional; o aprimoramento da gestão do Suas: vínculo Suas, capacitação, cofinanciamento, fortalecimento dos conselhos e das conferências, potencialização da intersetorialidade com as políticas setoriais, de defesa de direitos, com o sistema de justiça e de garantia de direitos; até a instituição de normativas específicas: para o apoio técnico, a Política Nacional de Atenção às Pessoas em Situação de Dependência, a Política Nacional de Comunicação, a Política Nacional de Regulação, o Sistema Nacional de Monitoramento; e a definição de parâmetros para os entes federados no cofinanciamento do Suas (Brasil, 2016, p. 28-44).

Nessa perspectiva, utilizou-se de diversas estruturas e instrumentos de gestão, tais como: *i*) reconhecimento da conformação das representações dos entes federativos (Ministério de Desenvolvimento Social – MDS; Fórum Nacional de Secretários(as) de Estado de Assistência Social – Fonseas; Colegiado Nacional de Secretários(as) Municipais de Assistência Social – Congemas) e da sociedade civil (fóruns de usuários; de trabalhadores; e das entidades sociais prestadoras de serviço, de assessoria e de defesa de direitos; *ii*) fortalecimento das instâncias de deliberação (conferências e conselhos) e de pactuação (comissões intergestores tripartite e bipartite); *iii*) desenho das ofertas por meio dos planos de assistência social; *iv*) estabelecimento de metas, prioridades e incentivos nos pactos de aprimoramento da gestão (estadual, do Distrito Federal e municipal); *v*) adoção de sistemas de informação, monitoramento e avaliação; *vi*) institucionalização dos repasses financeiros regulares e automáticos fundo a fundo; *vii*) criação de incentivos financeiros vinculados à qualidade da gestão (Índice de Gestão Descentralizada do Suas – IGD-Suas e Índice de Gestão Descentralizada do Programa Bolsa Família – IGD-Bolsa); *viii*) pactuação e deliberação de critérios de partilha de recursos para subsidiar a implementação e/ou ampliação da rede de serviços de proteção social básica e de proteção social especial de média e alta complexidade; e *ix*) ampliação de pisos de referência correlacionados aos respectivos serviços socioassistenciais, com autonomia para definição dos gastos; entre outros.

Como resultado, no Censo Suas de 2017, o sistema demonstrou sua capilaridade em todo o território nacional e comportava uma rede com 7.446 Centros de Referência da Assistência Social (Cras), instalados em todos os municípios do Brasil; 2.216 Centros de Referência Especializados de Assistência Social (Creas), em todos os municípios acima de 20 mil habitantes e alguns abaixo; 153 Centros

de Referência Especializados para População em Situação de Rua (Centro POP), nos municípios acima de 50 mil habitantes e municípios de região metropolitana; 1.205 equipes volantes; 100 lanchas para equipes volantes, distribuídas nas regiões Norte e Centro-Oeste; 19.525 vagas em Serviços de Acolhimento para Pessoas em Situação de Rua; 130 mil vagas em serviços de acolhimento (crianças/adolescentes, mulheres, idosos, adultos e famílias) em 89% dos municípios com mais de 50 mil habitantes; 1,9 milhão de famílias (média nacional) anualmente acompanhadas, assistidas e apoiadas pelas equipes de referência dos serviços socioassistenciais (Proteção e Atendimento Integral à Família – Paif e Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos – Paefi); 13,9 milhões de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família; 4,2 milhões de beneficiários do Benefício de Prestação Continuada (BPC) para pessoas idosas e pessoas com deficiência; 18,5 mil entidades e organizações de assistência social, inscritas nos conselhos de assistência social e no Cadastro Nacional de Entidades de Assistência Social (Cneas). Houve, ainda, redução das condições de vulnerabilidade e risco da população atendida, em particular dos índices de pobreza e de trabalho infantil, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Ipea.

Essas ações foram qualificadas pela adoção de importantes mecanismos de aprimoramento das prestações socioassistenciais, dentre eles: *i*) padronização das nomenclaturas dos serviços, dando homogeneidade e equidade nas ofertas; *ii*) profissionalização da intervenção, com a implementação das equipes de referência e a definição dos trabalhadores do Suas; *iii*) construção da Política de Educação Permanente e implantação do Programa Nacional de Capacitação do Sistema Único de Assistência Social (CapacitaSuas) e da Rede de Educação Permanente, integrada por instituições de ensino superior; *iv*) elaboração de orientações técnicas para a execução dos serviços socioassistenciais; *v*) criação do Cneas para a efetivação do vínculo Suas; *vi*) instituição das ofertas na rede pública estatal e nas entidades socioassistenciais, acompanhada da implantação e do referenciamento do atendimento a equipamentos públicos (Cras, Creas, Centro POP, Centro-Dia, unidades de acolhimento, residências inclusivas); *vii*) expansão da cobertura, do cofinanciamento e do reordenamento de serviços, programas e benefícios socioassistenciais (Paif, Paefi, serviço de convivência e fortalecimento de vínculos – SCFV, medida socioeducativa – MSE em meio aberto, abordagem social, acolhimento, Peti, BPC, PBF); *viii*) adoção de instrumentos informacionais e de registro (Censo Suas, Sistema de Cadastro do Suas – CadSuas, Cadastro Único para Programas Sociais – CadÚnico, relatório mensal de atendimento, plano e relatório de gestão, prontuário etc.); *ix*) implantação da função de vigilância socioassistencial com realização de diagnóstico, estudos, planejamento, monitoramento e avaliação; *x*) adoção de rede intersetorial para assegurar a proteção social e a garantia de direitos, em estreita interface com as políticas sociais (saúde, educação, trabalho, habitação

etc.), de defesa de direitos e com o sistema de justiça; *xi*) mudança de paradigma nas atenções históricas prestadas aos indivíduos e às famílias em situação de vulnerabilidade e risco, como população em situação de rua, pessoas com deficiência, idosos, migrantes, crianças e adolescentes.

Tal evolução em muito foi possível porque em 2015<sup>7</sup> o financiamento federal da área atingiu 9,8% do orçamento da seguridade social, alcançando a meta proposta pelo I Plano Decenal 2005-2015. Os recursos financeiros destinados ao Ministério de Desenvolvimento Social (MDS) na Lei Orçamentária Anual de 2015 constam no montante de R\$ 73,2 bilhões. Cabe ressaltar que em 2003 esse valor se referia a R\$ 11,1 bilhões. Na mesma dinâmica, ocorreu a destinação de recursos próprios dos municípios e do Distrito Federal, em razão da expansão dos serviços e benefícios prestados, e em menor proporção, mas também presente, a dos estados, que passaram a cofinanciar os serviços e benefícios ofertados pelos municípios e/ou a realizar o atendimento regional dos serviços da proteção social especial, e também a instituir benefícios ou programas de transferência de renda.

Apesar de todo avanço antes descrito, faz-se importante mencionar que de forma concomitante ao processo de implementação do Suas, persistiu o embate para a superação da concepção assistencialista e clientelista da política de assistência social, bem como de sua atuação residual apenas frente às situações de pobreza, com o forte propósito de instituir a lógica da promoção do acesso e usufruto dos direitos socioassistenciais e da primazia da responsabilidade estatal na vertente da proteção social não contributiva, dentro do tripé da seguridade social.

De outra parte, a área também sofreu pesadas críticas de uma ala da academia,<sup>8</sup> circunscritas principalmente a dois aspectos: *i*) enfoque *familista* inserido na política de assistência social, ao afirmarem que ela atribui a responsabilidade às próprias famílias pela superação das condições de vulnerabilidade em que se encontram; *ii*) propositura de ações paliativas para o enfrentamento das expressões da questão social e incapacidade de incidir sobre os determinantes das desigualdades sociais.

Como contraponto, o conjunto de atores que pensaram sua organização, capitaneados pelo órgão gestor federal e por grande parte da academia,<sup>9</sup> categorias profissionais, instituições governamentais e não governamentais que atuavam com a matéria, movimentos sociais, entre outros, resgatavam as funções da assistência

7. Dados oriundos da prestação de contas apresentada ao CNAS referente ao exercício de 2015.

8. Para maior aprofundamento, ver: Mota (2013) e Rodrigues (2009).

9. Especialmente professores e alunos vinculados aos cursos de serviço social da PUC-SP, que se engajaram desde o princípio na construção do Suas, e mais tarde reforçada pelas universidades que integraram a Rede Nacional de Educação Permanente do Suas. Também compunham esse grupo, militantes da política de assistência social de todo o Brasil, representando gestores, usuários, trabalhadores e prestadores de serviços, que sistematicamente se reuniam para contribuir na elaboração dos marcos regulatórios, das orientações técnicas e para as discussões junto às instâncias de deliberação e pactuação.

social (proteção social; defesa de direitos socioassistenciais; vigilância socioassistencial), reforçada pelos elementos constitutivos das políticas sociais públicas, dentre eles a delimitação das atribuições específicas; a profissionalização das prestações; a garantia dos serviços continuados; a previsão do financiamento público. Para a autora deste texto, que compõe esse grupo, os argumentos imputados à fragilização da assistência social tornam-se inconsistentes, posto que comparece exatamente dentre as aquisições dos usuários dos serviços o empoderamento dos indivíduos e das famílias e o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários. Além da necessidade de fundamentar que apenas a integração do conjunto das políticas sociais e econômicas, com a assimilação de uma cultura democrática e participativa é capaz de responder pelas características incitadas. Todavia, as críticas devem sempre ser consideradas, na medida em que sinalizam alertas para que sejam evitadas tais práticas e violações.

### **3 A EXPERIÊNCIA DE IMPLEMENTAÇÃO DO SUAS NA ESFERA ESTADUAL DE GESTÃO**

A estruturação do Suas nos estados esteve permeada por movimentos complementares, mas recheados de tensões. Como mencionado na seção 2.4, ao tempo em que a CF/1988 concedeu maior autonomia político-jurídica-administrativa para os entes subnacionais e definiu as responsabilidades pelas prestações de serviços, deixou um hiato no tocante à correspondente distribuição dos recursos públicos, tornando desigual o processo de arrecadação e transferências fiscais para subsidiar as ofertas das políticas públicas, em especial as de seguridade social.

Ademais, a destinação dos recursos de cofinanciamento, princípio basilar da gestão compartilhada dos entes federados na política de assistência social, sofreu interferências adversas que restringiram seus montantes, tais como: *i*) ausência de vinculação de percentual orçamentário, tal como ocorre com as políticas de educação e de saúde, muito embora haja a discussão no Congresso Nacional por meio do PEC nº 431/2001; *ii*) incidência de percentuais para a Desvinculação das Receitas da União (DRU); *iii*) contingenciamento orçamentário que atingia a área, pois não fora caracterizada como transferência obrigatória, ainda que a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) reconhecesse os serviços da política de assistência social como essenciais à população, e que não poderiam sofrer solução de continuidade; *iv*) imposição da EC nº 95/2016, que congelou por vinte anos o orçamento da União para as despesas primárias.

Por sua vez, a política de assistência social foi impulsionada pelo fluxo de adesão promovido pela esfera federal, de modo a fortalecer suas competências na coordenação e no cofinanciamento das políticas públicas nos respectivos territórios de abrangência. Mas, no caso dessa política, essa indução conteve fragilidades na assimilação das atribuições pelos entes estaduais, que transitaram da intervenção

direta dos atendimentos, em particular dos voltados para os segmentos de crianças e adolescentes, pessoas com deficiência e população idosa nas modalidades de contratuos, de medidas socioeducativas em meio fechado e de acolhimento em grandes instituições, para o reordenamento das ofertas na lógica do Suas, com mudança de paradigma nos atendimentos e nas aquisições pretendidas aos usuários, tendo por diretriz a matricialidade sociofamiliar e o território. Tornava-se evidente, portanto, a necessidade de reorganizar as atribuições do ente estadual, em especial na seara da prestação dos serviços e do cofinanciamento. E como estratégia de internalização do Suas, de pronto os estados criaram as estruturas administrativas e as instâncias de deliberação e de pactuação, e assimilaram os mecanismos e instrumentos de gestão, já abordados na seção 2.4.

Apesar disso, esse cenário foi carreado de embates políticos, tanto no âmbito interno dos estados quanto na relação interfederativa, que primou pela discussão dos aspectos da democratização de poder e de recursos em direção aos entes governamentais municipais (Monteiro Neto, 2014). Os estudos de Arretche (2012) e Souza (2013) demonstram que a União atuou no sentido de reduzir as desigualdades *per capita* dos municípios brasileiros, que por meio das transferências intergovernamentais, em especial dos fundos de políticas sociais, do fundo de participação e dos benefícios previdenciários e socioassistenciais, potencializando seus investimentos, mas pouco alterou as desigualdades regionais e/ou proporcionou a sustentabilidade dos demais entes federados.

Por seu turno, os governos estaduais, a partir da década de 1990, cuja situação ainda persiste atualmente – segunda década do século XXI, ficaram submetidos à revisão de sua capacidade de gestão, de desenvolvimento econômico, de arrecadação fiscal, de empoderamento político e de organização institucional, o que gerou interferência direta na oferta de políticas públicas.

A União alcançou elevado patamar de ampliação de captura tributária, com ênfase particular nas contribuições sociais, que compõem o orçamento da seguridade social,<sup>10</sup> responsável pelo cofinanciamento das políticas de assistência social, saúde e previdência social, e que em muito corroboraram para sua capacidade de indução na estruturação dos respectivos sistemas públicos. Todavia, ao longo do tempo, esses

---

10. As fontes de custeio da seguridade social estão elencadas no art. 195, da CF/1988: “A seguridade é financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios”. A forma direta consta dos incisos de I a IV: “I – do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada na forma da lei, incidentes sobre: a) a folha de salários e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço, mesmo sem vínculo empregatício; b) a receita ou o faturamento incide a Cofins (Lei Complementar nº 70/1991) e o PIS (Lei Complementar nº 7/1970); c) o lucro incide a contribuição social criada pela Lei nº 7.689/1988; II – do trabalhador e dos demais segurados da previdência social, não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão concedidas pelo regime geral de previdência social de que trata o art. 201; III – sobre a receita de concursos de prognósticos; IV – do importador de bens ou serviços do exterior, ou de quem a lei a ele equiparar” (Brasil, 2004). A forma indireta compreende a contribuição dos recursos orçamentários da União, que tem a competência de criar contribuições previdenciárias, mediante lei ordinária, do DF, dos estados e dos municípios.

recursos foram sendo também utilizados para viabilizar o atingimento das metas de *superavit* primário<sup>11</sup> e da DRU<sup>12</sup> e, para agravar, se instalou um mecanismo de contingenciamento das transferências intergovernamentais.

No que tange à política de assistência social, ocorreu um acirramento da situação, em função da disputa de enfoques acerca da transferência constitucional obrigatória ou transferência voluntária e discricionária dos mencionados recursos financeiros. Vale reforçar, que o art. 24, da Lei de Responsabilidade Fiscal, reconhece a oferta dos serviços da política de assistência social, tal como os da educação e da saúde, como serviços essenciais à população brasileira. Contudo, diferentemente dessas, a assistência social não possui percentual constitucional de vinculação orçamentária, muito embora haja uma Proposta de Emenda Constitucional (PEC nº 431/2001) tramitando no Congresso Nacional desde 2001.

Comprimidos, de um lado, pela expansão dos gastos em políticas sociais (educação, saúde, previdência e assistência social), pelas regras de renegociação do endividamento (e seus encargos) junto ao governo federal e, de outro lado, pela estabilidade da trajetória das fontes de recursos próprios (Imposto sobre Circulação de Mercadoria e Serviços – ICMS) e redução dos montantes de transferências constitucionais (Fundo de Participação dos Estados – FPE), os governos estaduais se veem limitados em suas capacidades para desenhar e implementar trajetórias de desenvolvimento em seus territórios (Monteiro Neto, 2014, p. 318).

*É importante registrar que se trata do desenvolvimento em seu espectro mais abrangente, ou seja, que engloba a área social, aliada à econômica e de infraestrutura, além da necessária superação das desigualdades regionais.*

Como consequência, há que se registrar o “limbo” atribuído à gestão estadual pós-municipalização e descentralização dos equipamentos e serviços públicos ao longo da década de 1990, com fulcro sobremaneira na distribuição das responsabilidades desenhadas como residuais aos estados (art. 25, da CF/1988), e o detalhamento de atribuições elencadas para a União (arts. 21 e 22, da CF/1988) e para os municípios (art. 30, da CF/1988), ainda que tenha definido, no art. 23 as competências comuns, que cabem a todos, e no art. 24, as competências concorrentes para legislar (Brasil, 1988).

Embora passível de discussão, outra interpretação se delineava necessária diante do pacto federativo firmado. Segundo Abrucio (2005), um pacto federativo se caracteriza por uma parceria firmada e regulamentada entre os entes da Federação, que determina as responsabilidades e a divisão de poder entre as partes

11. *Superavit* primário é o resultado positivo de todas as receitas e despesas do governo, excetuando gastos com pagamento de juros. O deficit primário ocorre quando esse resultado é negativo.

12. A DRU é um mecanismo que permite ao governo federal usar livremente 20% de todos os tributos federais vinculados por lei a fundos ou despesas. A principal fonte de recursos da DRU são as contribuições sociais, que respondem a cerca de 90% do montante desvinculado.

envolvidas, com o objetivo de definir o processo colaborativo de gestão pública, tanto no âmbito administrativo quanto no de financiamento. Para Arretche (2012), a construção de uma agenda social cooperativa contribui substancialmente para a redução das desigualdades e para o equilíbrio federativo.

Ainda assim, mesmo com autonomia política, jurídica e administrativa, as relações intergovernamentais são bastante díspares e repletas de tensões, pois permanecem vigentes realidades e capacidades bastante distintas, internas aos entes e entre eles. Ademais, o arranjo até então esboçado possibilitou um fortalecimento maior para dois polos: a União, com a coordenação geral e o maior volume de arrecadação de impostos, e o município, com quantitativo elevado (5.575 entes), incumbências de prestações diretas e bastante próximas da população, com o objetivo de propiciar respostas às demandas locais e às exigências por maior controle social. Nesse contexto, os governos estaduais se sentiram mais enfraquecidos em sua veia decisória e em sua função de protagonismo frente às políticas públicas.

Na esteira da política de assistência social, preponderava o entendimento de que os entes estaduais ficaram sem função de execução face às previsões da Loas/1993 e, portanto, sem obrigação efetiva na matéria, o que determinava um resgate de seu envolvimento. Para tanto, alguns incisos foram incluídos e/ou melhor detalhados no art. 13, da Lei nº 12.435/2011:

- I) destinar recursos financeiros aos municípios, a título de participação no custeio do pagamento dos benefícios eventuais de que trata o art. 22, mediante critérios estabelecidos pelos conselhos estaduais de assistência social;
- II) cofinanciar, por meio de transferência automática, o aprimoramento da gestão, os serviços, os programas e os projetos de assistência social em âmbito regional ou local;
- III) realizar o monitoramento e a avaliação da política de assistência social e assessorar os municípios para seu desenvolvimento (Brasil, 2011).

Essa conjuntura passou a requerer a adoção de inúmeras estratégias por parte da coordenação nacional. Houve, de pronto, o reconhecimento do Fonseas como *locus* legítimo de negociação política, e com seus integrantes foram organizadas reuniões periódicas para construção coletiva do novo modelo. Restaram constituídas câmaras técnicas, compostas pelos(as) secretários(as) e respectivas equipes, para apreciação e sugestões ao material previamente esboçado pelo gestor federal, o qual tratava desde o marco regulatório até as prestações dos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais, e os critérios de partilha de recursos. Sistemática similar foi adotada junto ao Colegiado Nacional de Gestores Municipais de Assistência Social (Congemas). Na sequência, todo conteúdo era submetido a consultas públicas, que após sistematizadas culminavam na pactuação pela CIT e

posterior aprovação pelo CNAS. Também foram realizados encontros regionais e nacionais pelas organizações dos entes e encontros descentralizados do CNAS para melhor assimilar as demandas específicas das regiões e buscar sua incorporação na agenda política.

É evidente que essa dinâmica não estava isenta dos conflitos e das disputas entre concepções e interesses distintos já mencionados ao longo do texto, mas, ao mesmo tempo, foi vislumbrada pelo conjunto dos gestores, trabalhadores e representantes da sociedade civil como uma possibilidade de fortalecimento da área, na medida em que potencializava forte mudança de paradigma da prática assistencialista que transitava para o asseguramento do direito de proteção social, ou seja: *i)* de meras provisões materiais para provisões que ampliam o acesso a direitos, bens e serviços; o fortalecimento de vínculos e as relações comunitárias; *ii)* de atividades fragmentadas para atividades planejadas a partir da realidade do território e das demandas das famílias; *iii)* de ofertas prestadas por voluntários para prestação por equipe profissionalizada e qualificada; *iv)* de trabalho social como passatempo e recreação para trabalho social com objetivos e metodologias; *v)* de finalidade difusa, com fim em si mesmo para promoção de seguranças socioassistenciais; e *vi)* de resultados sem possibilidades de transformação para resultados que provocam transformações qualitativas nas condições de vida, nas relações familiares e comunitárias, nos territórios, nos acessos e na participação social.

Com o propósito de firmar compromissos interfederativos, os pactos de aprimoramento da gestão impuseram princípios, prioridades e metas a serem alcançadas pelos respectivos entes, visando ao aprimoramento da organização e das ofertas do Suas, e tendo vigência plurianual. Com os estados e o Distrito Federal foram firmados nos anos de 2006, 2010, 2013 e 2017, e com os municípios em 2013.

Leandro (2019) argumenta que as motivações para estabelecimento dos pactos foram bastante diferenciadas. Enquanto para com os municípios a finalidade era estabelecer um patamar mais homogêneo e qualitativo das prestações da política de assistência social, para com os estados e o Distrito Federal a intenção era precipuamente mobilizar esses gestores para processar a adesão efetiva ao Suas, na perspectiva de assimilar a atribuição de coordenação geral no território de abrangência. E observa que o êxito foi maior junto aos municípios, em muito porque os mecanismos de indução eram direcionados e os apoios financeiros se concentraram em volumes mais significativos. Por conseguinte, na esfera estadual, a dinâmica das relações intergovernamentais e as possibilidades de retornos políticos demandavam a criação de marcas exclusivas que apontassem para aquele determinado período e grupo.

A conclusão emanada por Leandro (2019) foi vivenciada na prática por vários estados, nos quais imperava o objetivo de consolidar um plano de governo



que demarcasse o período da gestão, ora pautado pela lógica tradicional assistencialista e patrimonial, ora transfigurado em um sistema paralelo, com programas e financiamento próprios e alheios aos princípios organizativos (universalidade; gratuidade; integridade da proteção social; instersetorialidade; equidade), e diretrizes estruturantes do Suas (primazia da responsabilidade do Estado; descentralização político-administrativa e comando único; cofinanciamento compartilhado; centralidade do atendimento na família e nos territórios; relação estado e sociedade civil; controle e participação social).

Tal realidade esteve sustentada pela capacidade de pressão política dos entes estaduais junto aos poderes constituídos, particularmente ao Executivo e Legislativo, no âmbito da União e dos municípios, tanto no que se refere à ordem econômica e tributária quanto à organização das políticas sociais. Nas secretarias de estado, havia uma peculiaridade, visto que reuniam inúmeras matérias de intervenção, tais como assistência social, direitos humanos, trabalho, justiça, esporte, habitação, entre outras, e ainda tinham que disputar o preceito do comando único frente à trajetória histórica do primeiro-damismo e/ou do voluntariado.

Em primeiro plano, observa-se a permanência de uma visão de senso comum, calcada na ótica tradicional e clientelista da área, o que tem direcionado o poder decisório, tanto do Executivo como do Legislativo, a indicarem gestores vinculados ao primeiro-damismo ou preenchidos por candidatos a cargos eletivos, mas que não se reconhecem afetos à matéria, e/ou equipes que não dominam a temática. E mais, a sugerirem atribuições descoladas das normativas até então vigentes, bem como a adotarem um sistema paralelo ao Suas, com a proposição de um conjunto de serviços pouco aderentes à tipificação nacional.

Assim, mesmo sinalizando a adesão ao Suas, com apoio dos próprios secretários e equipes, o engajamento dos estados foi bastante diferenciado. Enquanto alguns efetivamente aplicaram as diretrizes estruturantes, com foco na gestão e no cofinanciamento compartilhados, outros permaneceram com ações pontuais ou apenas instituíram alguns serviços específicos, muitas das vezes terceirizados e com frágil integração com os municípios.

Cabe, ainda, enfatizar como função precípua dos estados o fomento ao desenvolvimento regional, visando transpor as desigualdades socioterritoriais, originadas pelas contradições permanentes que engendram as relações econômicas, políticas, sociais e culturais, e dos conflitos entre interesses múltiplos, capitaneados pela lógica capitalista de produção, concentradora, seletiva e excludente, e de financeirização das riquezas. Nessa esteira,

é preciso introduzir a dimensão territorial como condicionante ativo no processo de desenvolvimento e como instância reguladora das relações de produção. E, ainda, reconhecer que dela deriva a dinâmica da construção do espaço e da divisão territorial

e social do trabalho, ocasionando eventuais tensões geopolíticas, manifestada nas “guerra dos lugares” e de seus agentes, até dentro de um mesmo Estado federado”, e em muito entre eles (Ipardes, 2017, p. 5).

Depreende-se, portanto, a origem das discrepâncias entre regiões e municípios, de modo a impor aos estados sua presença nos arranjos institucionais estabelecidos para atender as demandas societárias e suplantando as múltiplas expressões das desigualdades. No âmbito da política de assistência social, existem exemplos bastante positivos quando da implementação de serviços regionais com execução direta pelos estados ou mediante estruturação de consórcios<sup>13</sup> para oferecer cobertura de atendimento em municípios de pequeno porte ou em territórios longínquos, que não apresentam capacidade de gestão ou demanda suficiente, consoante às previsões dos incisos IV, V e VI, do art. 13, da Loas.<sup>14</sup> Também o CNAS e a CIT promulgaram resoluções para definir os critérios de partilha de recursos para cofinanciar serviços em respeito às diversidades territoriais e regionais,<sup>15</sup> as quais foram implementadas por vários estados.

#### **4 A IMPLEMENTAÇÃO DO SUAS NO ESTADO DO PARANÁ**

Determinados procedimentos se mostraram cruciais para ampliar o engajamento dos gestores estaduais de assistência social. A título de exemplo, este capítulo pasará a focar os que foram adotados na esfera do estado do Paraná, num prazo imediatamente anterior e também posterior ao Suas e, mais tarde, utilizados como referência nas gestões estadual e federal, enquanto *locus* de intervenção da autora como responsável pela área junto à Secretaria de Estado do Trabalho e Promoção Social (SETP), durante o período de 2003 a 2009, e na sequência, nos anos de 2011 a 2014, como secretária nacional de assistência social (SNAS) do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS).

Há que se ressaltar, que o processo de implementação da política de assistência social no Paraná e mais tarde do Suas, em muito foi impulsionado por um

---

13. Para mais detalhes, ver Lei nº 11.107, de 2005, que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências e previsões na NOB-Suas/2012.

14. Loas, art. 13, inciso IV – estimular e apoiar técnica e financeiramente as associações e consórcios municipais na prestação de serviços de assistência social; V – prestar os serviços assistenciais cujos custos ou ausência de demanda municipal justifiquem uma rede regional de serviços, desconcentrada, no âmbito do respectivo estado; VI – realizar o monitoramento e a avaliação da política de assistência social e assessorar os municípios para seu desenvolvimento (incluído pela Lei nº 12.435, de 2011). Disponível em: <<https://bit.ly/35xS2Fs>>.

15. Como exemplo das primeiras discussões e deliberações pelo CNAS e pactuações pela CIT, podemos citar, dentre outras: i) Resolução CNAS nº 32, de 2012, que aprova os critérios de partilha de recursos para a construção de Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas); ii) Resolução CIT nº 17, de 2013, que dispõe sobre princípios e diretrizes da regionalização no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (Suas), parâmetros para a oferta regionalizada do Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (Paefi), e do serviço de acolhimento para crianças, adolescentes e jovens de até 21 anos, e critérios de elegibilidade e partilha dos recursos do cofinanciamento federal para expansão qualificada desses serviços; iii) e mais recentemente, da Resolução CNAS nº 7, de 2018, que aprova os critérios de partilha e elegibilidade para o cofinanciamento federal do Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (Paefi) e do Serviço de Proteção Social a Adolescentes em cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC).

grupo de profissionais da área, notadamente composto por assistentes sociais, psicólogos(as), professores universitários, acadêmicos e promotores de justiça, que durante o período de 1996 a 2009 desenvolveram um projeto de pesquisa participante aprovado junto ao Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq), tendo por objeto o incentivo e o monitoramento da implementação da Loas no estado do Paraná, sob coordenação da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR) e do Ministério Público do Estado do Paraná (MPPR), em parceria com as universidades estaduais do Paraná – Universidade Estadual de Londrina (UEL), Universidade Estadual de Maringá (UEM), Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), e Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste). Como fruto do trabalho, a referida pesquisa orientou a elaboração e aprovação das leis municipais e estadual que instituíram a Política de Assistência Social, e solidificou um processo de capacitação continuada.

O estado do Paraná apresentou uma característica bastante peculiar no processo de implementação do Suas e que merece destaque. Ainda no período pré-Suas, ou seja, de 1996 a 2004, foram adotadas estratégias de fortalecimento da participação e do controle social em âmbito regional e estadual, por meio do fomento à organização dos fóruns de assistência social, segundo a divisão organizacional do Poder Executivo, composto por representantes governamentais do estado e dos municípios; de associações, sindicatos e conselhos de categorias profissionais dos trabalhadores do setor; de entidades não governamentais prestadoras de serviços, de assessoria ou de defesa de direitos; de movimentos sociais; de usuários ou de entidades de representação de usuários; de universidades; e do Ministério Público.

Pautada pelo forte movimento de organização dos respectivos fóruns, que promoveram discussões regionais e estadual para apreciação dos artigos da lei<sup>16</sup> que instituiu a política, a conferência, o conselho e o fundo no âmbito estadual, foram desenhadas as bases estaduais para a concretização da Loas, em meio à disputa de entendimentos com o gestor da época, que tinha uma visão mais restritiva do preceito de participação e controle social. Como resultado das votações, a lei estadual incorporou a esfera regional e estabeleceu a indicação de seus representantes nesses espaços, e previu a realização de conferências regionais, intercaladas entre as municipais e a estadual, como forma de considerar as especificidades do território, deliberar acerca das ofertas nesse espectro de abrangência, e eleger seu conselheiro para compor o Conselho Estadual de Assistência Social. Esse se dava por intermédio de representação rotativa, de modo que a cada gestão a região comparecia com um segmento da sociedade civil (entidade não governamental; trabalhador do setor ou usuário).<sup>17</sup> Também a conformação da comissão intergestores bipartite

16. Lei estadual nº 11.362, de 1996.

17. Em 2015, o Ceas aprovou proposta do gestor estadual extinguindo a realização das conferências regionais e alterando a forma de eleição dos conselheiros estaduais.

(CIB) assimilou a representação do estado e dos municípios por região e porte populacional, a qual mais tarde foi incorporada na NOB-Suas/2005.

Diante da dinâmica acima mencionada, o órgão gestor estadual passou a realizar, em parceria com os fóruns regionais e estadual, reuniões mensais para o aperfeiçoamento da política de assistência social nos municípios, e a prestar assessoria para a elaboração da legislação municipal a fim de instituir o comando único, com a estruturação das secretarias, dos conselhos e dos fundos municipais. Desencadearam, ainda, momentos de formação continuada, articulado pelo grupo de pesquisa referido anteriormente, por meio da abordagem teórico e metodológica da temática e monitoramento dos dados, e com a preparação de material de apoio e de inúmeras publicações.<sup>18</sup>

Se do ponto de vista da organização da política de assistência social havia alinhamento do governo com a sociedade civil, é passível de registro que o mesmo não acontecia no tocante ao desempenho do papel da esfera estadual, em particular quanto aos serviços a serem prestados e à relação de assessoria e cofinanciamento a ser estabelecida com os municípios. Ademais, a secretaria de estado congregava seu funcionamento ainda considerando os segmentos das políticas públicas de defesa de direitos, se responsabilizava pelo atendimento direto da população em situação de acolhimento e dos adolescentes em conflito com a lei, e tinha como gestora a primeira-dama.

Como decorrência, as reuniões do conselho estadual e da CIB eram bastante conflituosas, na medida em que a gestora não tinha domínio da matéria, e a apresentação dos dados que subsidiavam a elaboração do Plano Estadual de Assistência Social, do Plano de Aplicação do Fundo e da prestação de contas sempre comparecia de maneira obscura. Como forma de enfrentamento, a sociedade civil e os gestores municipais passaram a realizar reuniões prévias, com assessoria da academia, do Ministério Público e dos fóruns, e a intensificar a articulação com o Poder Legislativo, tendo por finalidade o melhor entendimento dos dados, a definição dos posicionamentos e busca de consensos para as deliberações e as pactuações.

Na fase pós-Suas, de 2003 a 2010, partiu-se do pressuposto de que a edição das normativas, que conferiram legitimidade e legalidade à política de assistência social e ao Suas, transformaram os direitos socioassistenciais em direitos reclamáveis, o que significa dizer que a característica de universalidade das ofertas para todos que delas necessitarem está garantida pela incumbência primaz do Estado na prestação de serviços públicos, em conjunto com as organizações da sociedade civil e, na sua inoperância, podem e devem ser tornados objetos de intervenção nas esferas extrajudicial e judicial.

Para dar concretude a esses pressupostos, procedeu-se com a instituição de estrutura organizacional para gestão da política de assistência social, incorporação

---

18. Ver: Battini (1998; 2003; 2007), Colin e Fowler (1999) e Colin (2006; 2008).

de recursos humanos qualificados e altamente comprometidos com a temática, que aliavam formação acadêmica, militância política e capacidade técnica e de gestão, e buscavam corresponder suas atribuições com as previsões dos regramentos e orientações técnicas federal e estadual, além da organização dos espaços participativos e da interação com atores e instâncias relevantes para a implementação da política pública. Todavia, apesar da realização de concurso público, as lotações prevaleceram junto aos setores de execução direta dos serviços de medidas socioeducativas em meio fechado e semiaberto e aos escritórios regionais<sup>19</sup> integrantes da referida secretaria.

Entretanto, novamente, a secretaria de estado estava unificada com outra política setorial, agora a do trabalho, sendo denominada Secretaria de Trabalho e de Promoção Social (SETP), e tinha vinculado na administração indireta o Instituto de Ação Social do Paraná (Iasp), com a função de prestar atendimento aos adolescentes em conflito com a lei, e gerir o Conselho Estadual da Criança e do Adolescente (CEDCA) e o Fundo da Infância e da Juventude (FIA). Diante dessa conformação, era imperiosa a reorganização da política de assistência social, que também tinha em sua estrutura o Conselho Estadual de Defesa dos Direitos do Idoso (Cedi), posto que até então os dirigentes não vislumbravam as competências e a nova ordem imposta pelo Suas, além de prevalecer a disputa pela exclusividade da atenção ao segmento, e pela aplicação dos recursos do fundo público mediante projetos e na modalidade convencional, inclusive por determinação da Secretaria de Estado da Fazenda e do Tribunal de Contas do Estado.

Na mesma esteira, comparecia a necessidade de mudança de concepção da relação com as entidades não governamentais, com a ampliação do espectro para as de assessoramento e de defesa de direitos, e para o estabelecimento do vínculo Suas, na perspectiva de reordenamento nos moldes da tipificação nacional dos serviços socioassistenciais. E se mostrava premente o fortalecimento da integração com os fóruns, a permanência do formato de realização das conferências nas diversas esferas e o de representação do conselho e da CIB.

Para tanto, foi instituída a dinâmica de discussões sistemáticas com conselheiros, trabalhadores, prestadores de serviço, gestores e prefeitos, para tratar da coordenação intragovernamental e/ou intergovernamental da gestão da política de assistência social, considerando o pacto federativo, para efetivar a implementação do Suas nos municípios e no estado, as quais contavam com o envolvimento direto do secretário de estado e do Ministério Público do Paraná.

Em grande parte, as referidas reuniões ocorriam de forma descentralizada, mediante parceria com as associações de municípios, os fóruns regionais, a acade-

---

19. Estruturas organizacionais descentralizadas nas quinze regiões administrativas da secretaria de estado, que atualmente se constituem em dezoito unidades. Têm a finalidade de desenvolver as atribuições do órgão gestor junto aos municípios de abrangência da regional.

mia, particularmente com as universidades estaduais, e em articulação com a rede de proteção social. Visavam, em essência, aprimorar a interação entre o conjunto dos agentes de decisão e de controle social, buscando mobilizá-los favoravelmente à proposta, e a viabilizarem o alcance de resultados que respondessem qualitativamente às demandas societárias, bem como padronizar minimamente o alinhamento normativo, técnico e administrativo da área. Tinham, portanto, como objetivos principais: *i*) avaliar e monitorar a implementação do Suas nas respectivas regiões; *ii*) construir a agenda política de discussão junto às instâncias do sistema; *iii*) promover a troca de experiências; *iv*) aprofundar o entendimento da matéria, com foco na estruturação e integração dos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais; e *v*) aprimorar o processo eletivo dos representantes regionais para as conferências, CIB e Conselho Estadual de Assistência Social.

Apesar do período corresponder à gestão de outra corrente político-partidária, persistiu a baixa compreensão da área junto aos espaços de decisão, tanto no Poder Executivo como no Legislativo, à exceção do secretário e de sua equipe, sobressaindo o viés de uma cultura política que reforça as desigualdades e focaliza a atenção na pobreza, na medida em que dissocia a área social do desenvolvimento econômico e ambientalmente sustentável, e que requer estar combinada com a redistribuição de renda, visando estabelecer um patamar de sociabilidade e dignidade da pessoa humana.

Esse entendimento limitou, sobremaneira, a participação do ente estadual do Paraná na alocação de seus recursos próprios para o cofinanciamento dos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais junto aos municípios, bem como quando se referiu às prestações de sua alçada de atribuição, como os serviços regionais e os programas complementares de transferência de renda. Em contrapartida, houve grande investimento na seara da capacitação continuada e da assessoria técnica aos conselheiros, gestores, trabalhadores e entidades, tanto no que tange à superação da prática assistencialista, como no que concerne à qualificação para incorporar as diretrizes, os princípios e os procedimentos de gestão técnica e financeira do Suas, particularmente das ofertas da política de assistência social.

Nos períodos subsequentes, de 2011 a 2018, continuaram incorrendo desafios e dificuldades de diversas ordens, a despeito da maior capacidade indutiva do governo federal, que pactuou critérios de partilha de recursos para a adesão dos estados no âmbito da capacitação continuada, do assessoramento técnico e dos serviços de proteção social especial de média e alta complexidade. O estado do Paraná aderiu e cumpriu o primeiro ciclo do CapacitaSuas, mas esbarrou em pareceres jurídicos que o impediram de concluir os módulos e de lançar mão das instituições de ensino superior, credenciadas pela Rede Nacional de Educação Permanente.

Ao tempo em que efetivou sua responsabilidade no cofinanciamento dos serviços de proteção social básica e especial ofertados pelos municípios, ao definir piso mensal de referência com repasse fundo a fundo, denominado Piso Paranaense de Assistência Social, restringiu algumas transferências para cota única anual, com valor bastante irrisório, como no caso dos benefícios eventuais e para o aprimoramento da gestão, o que fez com que vários municípios não realizassem o aceite.

Notadamente, a preocupação maior remonta à implementação de programas de governo específicos, intitulados Família Paranaense e Centros da Juventude, que por força do modelo de implantação adotado, acabam por competir com os serviços socioassistenciais tipificados. O primeiro conta com recursos do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), e não foi acompanhado do asseguramento de recursos de fonte 100 (recursos próprios do Estado) para sua sustentabilidade. O mesmo prevê o cofinanciamento para a construção de Cras e Creas, mas abrange um número reduzido de municípios, em torno de cem dos 399 existentes no Paraná.

Entende a autora que esse se constitui em um programa paralelo aos serviços do Paif e do Paefi, pois não se caracteriza como de prestação continuada e estabelece metas e prazos para a inclusão de famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza, desconsiderando as demais situações de vulnerabilidade e risco, além de impor critérios para o atendimento, que na maioria das vezes ocorre de forma individualizada e por período determinado, contrariando as orientações técnicas do Suas, na medida em que pode incidir no equívoco de reportar à própria família a atribuição de reconstituir sua trajetória de vida. O segundo, por sua vez, organiza a realização de atividades culturais, esportivas e de lazer destinadas aos adolescentes, mas não se reporta como serviço de convivência e fortalecimento de vínculos, e tampouco prevê o atendimento a públicos de outras faixas etárias ou a realização de ações intergeracionais.

Atualmente, os embates continuam localizados na compreensão limitada das direções, tanto no que concerne à incorporação pela política de assistência social de ações e de serviços não tipificados, quanto no que se refere à conformação do protótipo e do instrumento jurídico que orienta a relação do Estado com a sociedade civil para a prestação dos serviços socioassistenciais, com ênfase nas ofertas regionais.

Faz-se necessário registrar que alguns aspectos são estruturantes e carecem ser enfrentados para suplantar os desafios ainda presentes. O primeiro conjunto diz respeito à gestão do Suas, e está relacionado com todas as esferas de governo: *i*) ausência de estudo padronizado que afira o custo dos serviços socioassistenciais por região e porte dos municípios; *ii*) fragilização das relações de trabalho das equipes de referência; *iii*) redução do quadro funcional, pela não reposição das aposentadorias e limitação dos concursos públicos.

Outros estão mais afetos à esfera estadual, e compareceram fortemente em todas as gestões da política de assistência social no estado do Paraná, sendo as principais: *i*) baixa compreensão dos agentes políticos do Estado acerca da nova concepção da política de assistência social, inclusive de alguns chefes do Poder Executivo, secretários de estado e deputados estaduais com influência e coordenação de comissões na Assembleia Legislativa; *ii*) disputa acirrada pelo fundo público com diversos setores da administração estadual, resultando em irrisório cofinanciamento para a política de assistência social; *iii*) reduzido montante de recursos financeiros transferidos de forma regular e automática fundo a fundo para os municípios; *iv*) concorrência com as políticas de defesa de direitos de segmentos, tais como criança e adolescente, idoso, pessoa com deficiência, que tiveram suas normativas promulgadas antes da Loas e do Suas e, tradicionalmente, obtinham a prestação de seus atendimentos ofertados pela assistência social, mas não a reconheciam enquanto política pública setorial, e que, inclusive, possuem fundos específicos com elevado valor orçamentário de recursos provenientes de taxas estaduais e doações com deduções no Imposto de Renda; *v*) pressão para concessão do Certificado de Entidades Beneficentes de Assistência Social (Cebas) para entidades que se caracterizavam como de saúde e educação, devido aos benefícios tributários correspondentes; e *vi*) fragilidade no modelo de instituição e reduzida oferta dos serviços regionais.

Enfim, o grande desafio sempre esteve circunscrito entre a defesa intransigente do direito à proteção social não contributiva e do fortalecimento da gestão democrática, com participação e controle social, e a capacidade de efetivação do pacto federativo no aprimoramento das ofertas e do financiamento público, de modo a reconhecer a heterogeneidade dos territórios, as especificidades da população, as expressões das desigualdades sociais, e a responder qualitativamente às demandas societárias.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Suas se consolidou como uma das principais funções do estado no processo de retomada da democracia e organização de políticas públicas, na medida em que conseguiu se impor enquanto primazia da responsabilidade estatal frente à pressão da vertente neoliberal e ao desmonte dos direitos sociais vivenciados como consequências das crises econômicas e políticas mundiais. Nesse contexto, os embates e as disputas de interesses aparecem como pano de fundo e impactam diretamente na estruturação do sistema de proteção social brasileiro e, no caso em tela, no âmbito não contributivo capitaneado pela política de assistência social.

Por um lado, ao Suas pode ser imputado a organização de um sistema público, descentralizado e participativo, com uniformidade; profissionalização e capilaridade em suas prestações de serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais;



instituição de cofinanciamento com repasses regulares e automáticos fundo a fundo; adoção de planejamento com diretrizes, objetivos, ações e metas estratégicas. E mais, se responsabilizou por afiançar seguranças socioassistenciais (renda, autonomia, convívio, acolhida), na perspectiva de superar as condições de vulnerabilidade e risco pessoal e social a que estão sujeitas grande parcela da população, em função do modelo de desenvolvimento capitalista que impera na sociedade contemporânea.

Por outro, há que se reconhecer a incompletude de uma área específica no enfrentamento das desigualdades e da pobreza que impera no Brasil, enquanto traço de sua conformação escravocrata, patriarcal, patrimonialista e clientelista, e que atualmente se encontra agravado pela prevalência dos preceitos neoliberais. Contexto esse, permeado por contradições, que ao mesmo tempo em que assegura direitos também concentra renda e poder na elite e retira da classe trabalhadora sua condição de sujeito histórico.

Portanto, ficou evidente que apenas diante dos fundamentos que conferem sustentação à gestão pública (instituição de Estado democrático de direito; opção política por uma gestão democrática e participativa; reconhecimento da necessidade de transposição das desigualdades sociais), e em conjunto com a integração de diversas políticas sociais com a política econômica, será possível suplantar tal realidade. A política de assistência social se propõe, então, em um movimento dialético, marcado por princípios éticos, políticos e organizacionais, solidificar seu compromisso com as classes subalternas, na direção de uma sociedade mais equitativa, e que favoreça o acesso de todos aos bens, serviços e riquezas socialmente produzidas.

Nessa esteira, a trajetória de implementação do Suas passou por inúmeros desafios (se constituir em política de proteção social não contributiva; incorporar na agenda pública a responsabilidade estatal pela garantia dos direitos socioassistenciais; responder qualitativamente às demandas da população em situação de vulnerabilidade e risco), e lançou mão de estratégias que viabilizaram a adesão dos entes federativos, ainda que em estágios diferenciados e potencialidades de incorporação distintas.

Dentre as estratégias exitosas, podemos citar: a construção de um arranjo federativo pautado em sistema único e público; a capacidade indutiva do Estado; a edição de marcos regulatórios; a constituição de instâncias de deliberação, de pactuação, e de participação social; o fomento à organização política da sociedade civil, em particular dos usuários; a adoção de mecanismos de assistência técnica e de cofinanciamento continuado para a organização da gestão e para as ofertas de serviços, programas, projetos e benefícios; a instituição de planos de assistência social e de pactos de aprimoramento da gestão; a profissionalização das prestações; o estabelecimento da vigilância das situações de vulnerabilidade e risco; a introdução de sistemas de planejamento, monitoramento e avaliação; dentre tantas outras.

No caso dos estados, cabe ressaltar a polêmica estabelecida quanto ao papel a desempenhar na matéria, ocasionada pela diretriz de descentralização político-administrativa e pela autonomia consagrada aos municípios, constante na Constituição Federal de 1988. Ademais, foram impactados pela expansão dos gastos sociais, pela renegociação da dívida pública, pela redução das transferências governamentais, pela limitação da tributação própria e dificuldade em reestruturar o desenvolvimento regional. Todavia, assimilaram, como desdobramento das novas legislações, as atribuições de oferta de serviços regionais em territórios mais precarizados, de qualificação das equipes, de assessoria técnica e de cofinanciamento junto às gestões municipais.

Como forma de responder às suas competências, a experiência do Paraná estabeleceu inúmeras estratégias para o desdobramento do arranjo federativo na assimilação de sua primazia na responsabilidade estatal, como o fortalecimento da participação e do controle social em âmbito regional; a realização de reuniões sistemáticas com conselheiros, prestadores de serviços, trabalhadores, usuários, gestores e prefeitos; a parceria com a academia, o Ministério Público e outros poderes (Legislativo e Judiciário); o fomento à formação da rede de proteção e à integração com o sistema de garantia de direitos e o Sistema de Justiça; a adesão aos serviços regionais, ainda que em número bastante reduzido; a implantação do cofinanciamento, mesmo que limitado, e da assessoria técnica; a instituição de plano estadual da política de assistência social e de capacitação continuada; a adesão ao pacto de aprimoramento da gestão do estado; a elaboração de protocolos, de fluxos de atendimento e de orientações técnicas, entre outras.

A despeito de todo esforço para implementação do Suas, restaram inúmeros desafios tanto para as gestões nas diferentes esferas de governo quanto para a sociedade civil e, em particular, para a população usuária, que vão desde o aspecto da macropolítica até as minúcias do atendimento prestado. O risco mais premente, e que abala os fundamentos do Suas se refere às alterações legislativas causadas pela Emenda Constitucional (EC) nº 95/2017, que restringe os gastos da União e dos órgãos federais com autonomia administrativa e financeira do orçamento fiscal e da seguridade social, com vigência por vinte anos, retirando da política de assistência social um investimento em torno de R\$ 800 bilhões segundo Nota Técnica nº 27, de setembro de 2016, do Ipea.

As garantias constitucionais se veem ainda mais desmontadas com a reforma trabalhista, aprovada em 2017, a qual restringe direitos trabalhistas e flexibiliza as relações de trabalho, deixando a classe trabalhadora altamente vulnerável às vicissitudes do mercado, além da reforma previdenciária, cujo texto mais recente se encontra em discussão no Congresso Nacional desde fevereiro de 2019, e propõe modificações nos critérios para o acesso aos benefícios previdenciários dos traba-

lhadores da iniciativa privada e do poder público (idade, tempo de contribuição, valor do benefício, tipo de benefício), e no acesso ao benefício socioassistencial, ao descaracterizar o Benefício de Prestação Continuada como de proteção social não contributiva, além de desvinculá-lo do salário mínimo.

Outro desafio eminente está relacionado com a manutenção dos princípios éticos, políticos e organizacionais do Suas, face às medidas recentemente adotadas pelo governo federal de desrespeito às instâncias de deliberação, pactuação e negociação, inclusive com a criação de programas paralelos ao sistema de forma unilateral, e que corre o risco de ser reproduzida por estados e municípios.

Em contraposição, faz-se imperioso promover a universalização da cobertura dos serviços socioassistenciais, acompanhada da atuação em rede, com articulação intersetorial, e da qualificação das ofertas, por meio da aplicação de metodologias inovadoras que respeitem os diferentes arranjos familiares e as diversidades e peculiaridades dos públicos em situação de vulnerabilidade e risco social e pessoal. Portanto, a implementação e o monitoramento das metas estipuladas nos planos decenais e nos pactos de aprimoramento da gestão se mostram cada vez mais necessários em função do posicionamento das gestões federais a partir de 2016, com forte agravamento em 2019, posto que não levaram a efeito o desdobramento dessas gestões nas searas normativa, de suporte técnico, de capacitação e de cofinanciamento.

Por fim, há que se assegurar o efetivo acompanhamento e pronunciamento dos sujeitos políticos históricos e do conjunto de representantes da sociedade civil que exigem a preservação e a ampliação dos direitos sociais e, conseqüentemente, das políticas públicas alinhadas nas dimensões econômicas, sociais, culturais e ambientalmente sustentáveis.

## REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F. L. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. **Revista de Sociologia Política**, Curitiba, n. 24, p. 41-67, 2005.

ABRUCIO, F. L.; LOUREIRO, M. R. PACHECO, R. S. (Orgs.). **Burocracia e política no Brasil: desafios para a ordem democrática no século XXI**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010.

ARRETCHE, M. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **Revista São Paulo em Perspectiva**, v. 18, n. 2, p. 17-26, jun. 2004.

\_\_\_\_\_. **Democracia, federalismo e centralização no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Editora FGV, 2012.

BATTINI, O (Org.). **Assistência social**: constitucionalização, representação, práticas. São Paulo: Veras Editora, 1998.

\_\_\_\_\_. (Org.). **Política de assistência social no estado do Paraná**: sistema descentralizado e participativo da assistência social – história, significado e instrumentação. Curitiba: Cipec; CPIHTS, 2003.

\_\_\_\_\_. (Org.). **Sistema Único de Assistência Social em debate**. São Paulo: Veras Editora e Curitiba: Cipec, 2007.

BEGHIN, Nathalie. **A filantropia empresarial**: nem caridade, nem direito. São Paulo: Cortez, 2005.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Brasília: Congresso Nacional, 1988.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS). Deliberações aprovadas. *In*: IV Conferência Nacional de Assistência Social, 7-10 dez. 2003, Brasília. **Anais...** Brasília: MDS; CNAS, 2003. Disponível em: <<https://bit.ly/2OFrpbE>>.

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.865, de 30 de abril de 2004. Dispõe sobre a Contribuição para os Programas de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público e a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social incidentes sobre a importação de bens e serviços e dá outras providências. **Diário Oficial**, Brasília, p. 1, 30 mar. 2004. Edição extra – seção 1.

\_\_\_\_\_. Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. **Diário Oficial**, Brasília, p. 1, 7 jul. 2011. Seção 1.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social. **II Plano Decenal de Assistência Social**. Brasília: MDS/SNAS, 2016.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social**: uma crônica do salário. Petrópolis: Vozes, 1998.

\_\_\_\_\_. As armadilhas da exclusão *In*: BELFIORE WANDERLEY, Mariângela; BÓGUS, Lúcia; YAZBEK, Maria Carmelita (Orgs.). **Desigualdade e a questão social**. São Paulo: Educ, 2000.

COLIN, D. R. A. (Org.). **Organização do Cras e do Creas no Sistema Único de Assistência Social no Paraná**. Curitiba: SETP, 2006.

\_\_\_\_\_. **Sistema Único de Assistência Social no Paraná**: instrumentos legais. Curitiba: SETP, 2008.

COLIN, D. R. A.; FOWLER, M. B **Lei Orgânica de Assistência Social anotada**. São Paulo: Veras Editora, 1999.

COLIN, D. R. A.; JACCOUD, L. Assistência social e construção do Suas – balanço e perspectivas: o percurso da assistência social como política de direitos e a trajetória necessária. *In*: COLIN, Denise R. Arruda *et al.* (Orgs.). **20 anos da Lei Orgânica de Assistência Social**. Brasília: MDS, 2013.

COLIN, D. R. A.; SILVEIRA, J. I. A proteção social não contributiva no Brasil: processo histórico entre a residualidade e a universalidade. *In*: COSTA, Lucia Cortes; VALLE, Alejandro Hugo Del. (Orgs.). **A seguridade social no Brasil e na Argentina**: os direitos sociais em tempos de ajustes neoliberais. Guarapuava: Unicentro, p. 125-153, 2017.

COUTO, B. **O direito social e a assistência social na sociedade brasileira**: uma equação possível. São Paulo: Cortez, 2004.

FAGNANI, E. O capital contra a cidadania. *In*: COSTA, L. C.; VALLE, A. H. D. (Orgs.). **A seguridade social no Brasil e na Argentina**: os direitos sociais em tempos de ajustes neoliberais. Guarapuava: Unicentro, p. 75-95, 2017.

IPARDES – INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL. **Os vários Paranás**: as espacialidades socioeconômico-institucionais no período 2003-2015. Curitiba: IparDES, 2017.

LEANDRO, J. G. **O problema da coordenação federativa no âmbito do Sistema Único de Assistência Social**: uma análise dos pactos de aprimoramento da gestão estabelecidos entre 2006 e 2017. Brasília: Ipea, 2019. Mimeografado.

MONTEIRO NETO, A. (Org.). **Governos estaduais no federalismo brasileiro**: capacidades e limitações governativas em debate. Brasília: Ipea, 2014.

MOTA, A. E. **O mito da assistência social**. São Paulo: Cortez, 2013.

OLIVEIRA, F. Vulnerabilidade social e carência de direitos. *In*: SEMINÁRIO INTEGRAÇÃO SOCIAL. Out. 1994. **Documento preparatório para a cúpula do desenvolvimento social de Copenhague**. Brasília: Ministério das Relações Externas, 1995.

POLANY, K. **A grande transformação**: as origens de nossa época. São Paulo, Ed. Campus, 2000.

RODRIGUES, M. P. **Assistência social em debate**: direito ou assistencialização. Rio de Janeiro: Seminário CFESS, 2009.

SILVA, J. A. O estado democrático de direito. **Revista de Direito Administrativo**, Rio de Janeiro, v. 173, jul./set. 1988.

SOUZA, C. Instituições e mudanças: reformas da Constituição de 1988, federalismo e políticas públicas. *In*: HOCHMAN, G.; FARIA, C. A. P. (Orgs.). **Federalismo e políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

SPOSATI, A. Modelo brasileiro de proteção social não contributiva: concepções fundantes *In*: MDS – MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME; UNESCO – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. **Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil**. Brasília: MDS/Unesco, 2009.

YASBEK, M. C. **A proteção social no Brasil**. 2008. Mimeografado.

#### BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

PAIVA, A. B. *et al.* **O novo regime fiscal e suas implicações para a política de assistência social no Brasil**. Brasília: Ipea, set. 2016. (Nota Técnica, n. 27).

## OS DESAFIOS DE GESTÃO FEDERAL DA POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL: UMA ENTREVISTA COM TEREZA CAMPELLO<sup>1</sup>

Janine Mello<sup>2</sup>  
Gabriela Lotta<sup>3</sup>

### 1 CONSIDERANDO A PROPOSTA DESTA PUBLICAÇÃO E SUA EXPERIÊNCIA COMO MINISTRA DO ENTÃO MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME (MDS),<sup>4</sup> ENTRE OS ANOS DE 2011 A 2016, COMO AVANÇOS E DESAFIOS NA TRAJETÓRIA DE CONSOLIDAÇÃO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL AFETAM AS POSSIBILIDADES DE IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS DE PROTEÇÃO SOCIAL DO SUAS?

Os avanços alcançados pela política de assistência social e, de forma mais ampla, pelo sistema de proteção social brasileiro têm sido objeto de diversos estudos focados em compreender os processos de consolidação da proteção social no país e suas repercussões sobre a política de assistência social na esteira das mudanças institucionais que acompanharam os novos paradigmas previstos pela Constituição [Federal] de 1988 (CF/1988). Da mesma forma, é crescente o esforço em refletir sobre as particularidades e especificidades dos desafios enfrentados pelo poder público nos três níveis da Federação, para garantir que os processos de formulação, implementação e monitoramento das ações socioassistenciais desenvolvidas

---

1. Essa entrevista foi realizada com a ex-ministra Tereza Campello nos meses de outubro de 2018 e março de 2019. Tereza Campello é doutora notório saber em saúde pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Economista, formada pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU), tendo sido professora do curso de economia na Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos). Atualmente, é professora do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas em Saúde da Escola Fiocruz de Governo, pesquisadora associada à Universidade de Nottingham e consultora internacional em desenvolvimento e proteção social. Foi ministra do Desenvolvimento Social e Combate à Fome no período de 2011 a maio de 2016, tendo coordenado o plano Brasil Sem Miséria (BSM), que retirou 22 milhões de pessoas da pobreza extrema. Também coordenou o Programa Bolsa Família (PBF), a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e o Programa de Cisternas, que entregou 1,2 milhão de cisternas no semiárido brasileiro. Entre 2002 e 2011, esteve à frente de projetos prioritários na área de desenvolvimento, como o Plano Nacional de Mudanças Climáticas, o Programa Nacional de Produção de Biodiesel, o programa de produção do Etanol, o Programa Federal de Produção Sustentável de Óleo de Palma (PSOP), o programa Territórios da Cidadania e o Mutirão Arco Verde, que levou serviços públicos, regularização fundiária e fomento para o desenvolvimento sustentável na Amazônia. Iniciou sua atuação no setor público como coordenadora do Gabinete de Planejamento e Orçamento Participativo de Porto Alegre.

2. Diretora adjunta da Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia (Diest) do Ipea. *E-mail*: <janine.mello@ipea.gov.br>.

3. Professora doutora na Fundação Getulio Vargas de São Paulo (FGV-SP). *E-mail*: <gabriela.lotta@fgv.br>.

4. Hoje Ministério da Cidadania (MCIcudadania).

no país correspondam adequadamente à crescente complexificação das demandas por parte da população, no que se refere à ampliação de benefícios socioassistenciais, à consolidação da rede de seguridade social e proteção ao trabalhador, bem como às agendas de enfrentamento à pobreza e redução das desigualdades em suas diferentes dimensões.

Em minha opinião, é fundamental entender como avanços e desafios na trajetória de consolidação da assistência social estão diretamente relacionados com temas como a emergência de um novo paradigma para a assistência social baseada em direitos e o embate entre o estabelecimento de novas bases para a proteção social no país e antigos referenciais que orientavam a ação do Estado antes da CF/1988.

Esses temas não constituem em si uma novidade, e, no decorrer de minha experiência no [então] Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), foi possível perceber de que forma essas questões dialogam com a implementação da política de assistência social durante o período de 2011 a 2016.

À frente do MDS, uma de minhas responsabilidades foi coordenar a Política Nacional de Assistência Social. Uma política pública continuada, consagrada na Constituição Federal como direito universal e componente do sistema de seguridade social, distribuída pelos 5.570 municípios brasileiros e 27 estados da Federação.

Desde a promulgação da Constituição de 1988, foram dados importantes passos na construção do [Sistema Único de Assistência Social] Suas, voltados para o estabelecimento de um novo modelo, pautado no direito do cidadão, que rompesse com o antigo padrão assistencialista, baseado no favor, na ajuda, na filantropia e no primeiro-damismo. A instituição de um sistema público capaz de atender a esses novos requisitos demandou uma série de inovações institucionais e mudanças na operacionalização da política de assistência social, como: *i*) o fortalecimento de espaços de gestão compartilhada, como a Comissão Intergestores Tripartite (CIT); *ii*) o fortalecimento das instâncias de participação popular, como os conselhos de assistência social de âmbito nacional, estadual e municipal e as conferências; *iii*) o apoio à organização de gestores, trabalhadores e usuários, tais como o Colegiado de Gestores Municipais de Assistência Social (Congemas), o Fórum Nacional de Trabalhadores do Suas (FNTSuas) e o Fórum Nacional de Usuários do Suas (FNUSuas); *iv*) a criação de espaços de interlocução com os trabalhadores, representados na mesa de negociação instituída para debater os processos de trabalho no Suas; e *v*) o reconhecimento da complementariedade dos serviços socioassistenciais prestados nas entidades de assistência social, incorporando-as à rede Suas. Também o esforço para implementar ações como: *i*) a qualificação e a valorização dos trabalhadores; e *ii*) a estruturação de uma rede de equipamentos públicos próprios da assistência social para oferta de serviços e benefícios.



## **2 QUAIS OS PRINCIPAIS DESAFIOS ENFRENTADOS AO LONGO DA SUA GESTÃO PARA A IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES PREVISTAS NO ÂMBITO DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL?**

Sendo recentes e parciais os avanços, ainda havia muitos desafios em 2011. Entre eles, estavam a universalização da rede de equipamentos assegurando a presença de centros de referência de assistência social (Cras) em todos os municípios e os esforços para garantir um padrão de atendimento no país, visto que eram muito desiguais a capacidade e a qualidade do serviço que chegava à população e a própria consolidação da legislação da assistência social. O desafio era gigantesco, por se tratar de uma política continuada, que deve ser garantida em todo o território nacional e ser ofertada com qualidade, principalmente por ser voltada aos menos assistidos pelo Estado: os mais pobres e os sujeitos à violência, ao abandono e à desproteção.

Sob a responsabilidade do MDS, estavam ainda a gestão do Programa Bolsa Família (PBF), a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN) e o [à época] recém-criado plano Brasil sem Miséria. Pela primeira vez, o Estado brasileiro se voltava de forma organizada, através de um ministério, a construir políticas públicas voltadas prioritariamente para o combate à pobreza e a atender a população mais vulnerável, o que colocava o desafio para o encontro entre as ações de assistência social e os demais programas geridos pelo MDS, impulsionando-se a complementariedade. Este esforço de coordenação já começara em 2004 e foi aprofundado a partir de 2011, e foi necessário porque o Estado brasileiro não estava preparado para implantar políticas que alcançassem os mais pobres. A grande maioria dos equipamentos públicos e serviços era ofertada – e ainda é – sem ter esta diretriz como orientadora.

Ao reorientar a ação pública para priorizar o combate à pobreza, foi necessário priorizar a rede de serviços que deveria chegar aos mais pobres, bem como dar maior abrangência e maior cobertura a esta. Exigia, portanto, impulsionar a implementação da rede de assistência social no país num ritmo acima do que aconteceria normalmente. Olhar para os até então invisibilizados pelo Estado ampliou e acelerou a implementação da política de assistência social. Neste sentido, é fundamental destacar que, mais que se complementar, ao serem implantadas num período de valorização de ações voltadas aos mais pobres, estas políticas se dinamizaram mutuamente. Nunca é demais ressaltar, especialmente em momentos de questionamento das políticas sociais, que a Política Nacional de Assistência Social constitui um direito universal e vai muito além da atenção e combate à pobreza.

A despeito dos avanços alcançados na implementação da Política Nacional de Assistência Social nos últimos anos, é importante refletir sobre os níveis de fragilidade que ainda persistem, em especial considerando as grandes redes que

compõem a política social (assistência social, educação, saúde e previdência) e a maior exposição da assistência social ao desmonte em andamento no país.

### 3 EM RELAÇÃO À CONSOLIDAÇÃO DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, QUAIS OS DILEMAS DE IMPLEMENTAÇÃO E COORDENAÇÃO VIVENCIADOS PELA ESFERA FEDERAL NA EXECUÇÃO DAS AÇÕES SOCIOASSISTENCIAIS?

Tem sido recorrente na literatura a avaliação de que a Constituição de 1988 inaugurou um momento de reconfiguração da atuação do Estado sobre as ações de assistência social, suas estratégias de operacionalização, seus parâmetros de execução e suas formas de relacionamento com a população entendida como público a ser atendido pela rede de proteção social no país. Dessa forma, o modelo de assistência social que passa a referenciar a ação pública e privada distinguia-se da concepção e da lógica que pautava a assistência social até então. Defendo que esse movimento teria ocorrido de maneira mais intensa na assistência do que na educação e saúde, por exemplo, que já operavam sobre bases que guardavam maiores similaridades com as novas demandas oriundas da CF/1988.

No caso da agenda socioassistencial, dois aspectos marcariam esse processo. De um lado, a definição da assistência social como parte da seguridade social, em conjunto com previdência e saúde, estabeleceu uma estrutura de financiamento da seguridade social baseada em pressupostos de solidariedade e responsabilidade do conjunto de toda a sociedade. De outro, passa a ser adotado um referencial conceitual no qual a assistência social é compreendida como *direito*, e não mais a partir de noções vinculadas à ajuda humanitária, favor, bem-estar ou filantropia, demandando a estruturação de uma rede capilarizada de prestação de serviços capaz de atender a todo o território nacional.

Esses aspectos exigiam um reposicionamento do Estado. Podemos acompanhar claramente que esta resposta ocorre *pari passu* com a opção política de combate à pobreza, redirecionando o aparato governamental para atuar em três frentes: *i*) alterações jurídico-legais criando um novo marco legal para o setor – em especial, 2006 e 2011; *ii*) estruturação da rede de equipamentos públicos (construção dos Cras e dos [centros de referências especializados de assistência social] – Creas de 2004 a 2014); e *iii*) profissionalização dos agentes públicos responsáveis pela implementação das ações nos três níveis federativos.

Um ponto não superado nas avaliações feitas sobre a política de assistência social diz respeito aos efeitos produzidos pelo processo de construção do novo paradigma para o setor, assentado sobre referenciais atribuídos à assistência e, conseqüentemente, àquilo entendido como seu papel, [seus] objetivos, [seu] público-alvo e [suas] estratégias, essencialmente fundados sobre os pressupostos que

vigoravam como norteadores da atuação da assistência social no período anterior à promulgação da Constituição.

O processo de ressignificação e mudança dos parâmetros de definição da assistência social no país tem início em 1988, mas permanece inacabado. A disputa entre um modelo baseado na cultura da filantropia, no primeiro-damismo ou na “ajuda aos necessitados” e um modelo em que a proteção social é vista como direito tem repercussões significativas na gestão e coordenação da Política Nacional de Assistência Social, que opera em rede, com estados e municípios em todo o Brasil.

A tensão entre o “novo” e o “antigo” na assistência [social] se materializa na prevalência de algumas dicotomias ou oposições presentes ao longo dos processos de formulação e implementação das ações previstas no Suas. Entre elas, figura o embate entre o caráter voluntário atribuído ao atendimento da população em situação de vulnerabilidade em contraposição à necessidade de profissionalização, formação e qualificação da rede de trabalhadores da assistência social, como forma de garantir um patamar mínimo de qualidade e padronização dos serviços ofertados em todo o território nacional. Disso, decorre outra dicotomia, em que é contraposta uma lógica fundada no “improvisado” e a existência de serviços padronizados com base em protocolos de atendimento como mecanismo de garantir um padrão similar de atuação dos agentes públicos em relação a determinadas situações, garantindo isonomia e igualdade, bem como reduzindo as chances de que a discricionariedade do agente local defina o que vai ser feito em cada situação.

É um processo que exige continuidade e mudança cultural. Nesse sentido, persiste como balizadora nas discussões sobre o papel da assistência social a noção da proteção social como direito *versus* a ideia de que a atuação socioassistencial estaria relacionada a questões como humanitarismo, valores cristãos, voluntarismo, entre outras.

#### **4 A QUE VOCÊ ATRIBUI A NÃO SUPERAÇÃO DESSES REFERENCIAIS COMO NORTEADORES DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL?**

De maneira geral, a permanência desses referenciais em disputa está atrelada a questões mais amplas do que o próprio entendimento da assistência social enquanto área governamental ou temática específica. Essas tensões estão intrinsecamente associadas a duas outras discussões estruturantes para entender as possibilidades de consolidação da assistência social como parte de uma estratégia de construção de uma rede ampla de proteção social direcionada a todos os cidadãos e cidadãs do país.

A primeira delas diz respeito à compreensão sobre o papel que deve ser assumido pelo Estado frente às “questões sociais” como pobreza e desigualdade. A segunda relaciona-se com a própria ideia construída sobre a pobreza e suas causas. Adotar a lógica da proteção social como direito requer que a pobreza não seja mais entendida

como resultado de culpa individual; ou a partir da meritocracia como premissa justificadora da desigualdade entre os indivíduos ou da concepção de “desajuste” ou inadequação de comportamento, para explicar situações de vulnerabilidade às quais estão sujeitas parcelas significativas da população mundial. A compreensão da pobreza como questão estrutural desloca o papel da assistência social de ação voluntarista para “porta de acesso” ao conjunto de políticas ofertadas pelo Estado voltadas para a melhoria do bem-estar e a ampliação da cidadania.

Diante de desafios dessa natureza, não existem mecanismos formais e burocráticos que resolvam essa tensão de maneira fácil e rápida, constituindo um dos grandes desafios de implementação e coordenação desta agenda no país. A construção da rede pública de assistência social é permeada pelos embates travados sobre as representações atribuídas à assistência social, seu rol de ações e as estratégias mais adequadas.

A compreensão de que os atores envolvidos no Suas tem que seguir parâmetros definidos entre a estrutura estatal e outras instâncias nos espaços de pactuação tripartite, a partir da prevalência da regulação pública na definição de critérios de profissionalização, padronização e defesa de direitos como organizadores da ação na assistência social, tem produzido efeitos significativos no interior de uma rede composta pela combinação entre equipamentos públicos e privados como responsáveis pela oferta de serviços socioassistenciais.

## **5 QUAIS FORAM AS CAPACIDADES ESTATAIS NECESSÁRIAS PARA A IMPLEMENTAÇÃO E A GESTÃO DAS POLÍTICAS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DURANTE SEU PERÍODO COMO GESTORA FEDERAL DO SUAS?**

Em relação a esse ponto, vale lembrar que a Constituição de 88 é também entendida como divisor de águas nos processos de criação e expansão das capacidades estatais voltadas para lidar com as novas exigências previstas para a assistência social. Ao longo da década de 90, ocorrem avanços importantes focados na dimensão federativa das políticas sociais, em especial na entrada dos municípios como atores implementadores cruciais dessas ações, assim como o BPC se apresenta como política capaz de dinamizar a organização dessas novas capacidades estatais.

Em função disso, os anos 2000 enfrentaram desafios estruturantes para a política socioassistencial associados à articulação federativa, à necessidade de pactuar normas capazes de diminuir a discricionariedade e a heterogeneidade no atendimento, bem como à crescente demanda por capacitação e profissionalização das trabalhadoras e trabalhadores da rede. Além disso, após a chegada ao poder da coalizão responsável pela eleição dos ex-presidentes Lula e Dilma, a agenda de combate à pobreza e redução das desigualdades é apontada como prioridade governamental, e as trajetórias de diferentes programas e iniciativas ligadas de

alguma maneira a essa agenda passam por processos de inovação institucional, reestruturação, fortalecimento ou expansão.

O foco na redução da pobreza e no combate à fome constituiu uma inflexão na política de assistência social, ao exigir das instâncias governamentais maior capacidade de formulação, coordenação e execução em relação a essa temática. Ao se consolidar como política associada à agenda de enfrentamento da pobreza, a assistência social assume maior centralidade no escopo estatal. Simultaneamente ao reposicionamento intragovernamental, a associação entre assistência social e pobreza aprofundou a noção de que a atuação da rede estaria centrada no público de baixa renda.

O processo de consolidação da rede de assistência social e agenda de combate à pobreza estiveram intrinsecamente relacionados. A rede de assistência social foi fortalecida com a agenda de combate à pobreza, e sua construção ocorreu *pari passu* o fortalecimento das agendas de combate à pobreza.

Os dois movimentos são reais e verdadeiros: o combate à pobreza depende da existência de uma rede de proteção social forte. E o fortalecimento do Suas não teria ocorrido nesta intensidade sem a prioridade e centralidade dada à agenda de combate à pobreza nas últimas décadas. Isso explica a trajetória recente de rápido crescimento da rede de assistência social e consolidação do Suas. A assistência social se constituiu como vértice da agenda de combate à pobreza. Isso fica evidente em dois momentos que denotam o papel central assumido pela assistência social. O primeiro deles se dá na formulação e implementação do Bolsa Família; e o segundo na importância da assistência social no plano Brasil sem Miséria enquanto articuladora de outras ações. O Suas se expande e enraíza ancorado na visibilidade e na centralidade que a política de combate à pobreza teve no país.

Como resultado da junção entre o processo de reorganização do Estado iniciado no pós-88 e a prioridade política dada ao tema da pobreza nos anos 2000, foram realizadas inúmeras alterações no marco legal e criadas inovações institucionais. Houve forte expansão de recursos financeiros, humanos e técnicos direcionados à política de assistência social, assim como foram criadas e fortalecidas ações que impactaram fortemente a agenda da assistência social no país: o Cadastro Único para Programas Sociais [do Governo Federal] (Cadastro Único) e o Programa Bolsa Família (PBF).

Nesse sentido, o PBF e o Cadastro Único podem ser entendidos como elementos que aceleraram o processo de consolidação da assistência no país, ao demandarem a estruturação burocrático-administrativa de instrumentos nos três níveis da Federação que possibilitassem a execução dessas duas ações. A implementação do PBF e do Cadastro Único só pode ser viabilizada em razão da consolidação

do Suas e do fortalecimento da rede de assistência social distribuída por todo o território nacional.

## **6 E EM RELAÇÃO À DINÂMICA FEDERATIVA? QUAL O PAPEL DA UNIÃO NESSE PROCESSO?**

O governo federal atua, em grande medida, como indutor de como o Estado se organiza, e o que é feito pela União exerce influência sobre os demais entes; em especial, os municípios. Os sistemas de políticas públicas têm no governo federal uma forte referência. A União funciona como farol que manda sinais para os entes federados. Ao colocar a força na área social e o comando de políticas estratégicas no MDS, também foi dado um sinal, seguido por muitos estados e municípios, que fortaleceu ainda mais a área da assistência social. A demanda por uma maior profissionalização da rede impactou a forma com que municípios passaram a organizar seus serviços socioassistenciais, mesmo que ainda houvesse embate entre novas e antigas concepções sobre o papel e as estratégias da assistência social.

## **7 QUAIS FORAM AS PRINCIPAIS ESTRATÉGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DURANTE O PERÍODO DE SUA GESTÃO, ENTRE 2011 E 2016?**

Uma das principais estratégias foi a ampliação da capilaridade da assistência social pública, expandindo a rede pública de atendimento nos territórios mais vulneráveis e de difícil acesso e tornando os benefícios e serviços socioassistenciais acessíveis a 30 milhões de famílias. A situação no início dos anos 2000 era caracterizada pela ausência de equipamentos próprios financiados pelo governo federal. De 2003 a 2010, foram criados 7 mil centros de referência em assistência social (Cras e Creas); até 2015, havia mais de 10 mil equipamentos presentes em todos os municípios brasileiros.

O número de trabalhadores no Suas é expressivo. Uma das medidas implantadas foi incluir na lei que instituiu o Suas a autorização para que os recursos federais transferidos a estados e municípios pudessem ser utilizados para pagamento das equipes de referência do Suas, induzindo a profissionalização da política. Os trabalhadores inseridos na gestão pública da assistência social somam mais de 272 mil. Soma-se a esta força de trabalho, os 330 mil profissionais inseridos nas mais de 17 mil entidades e organizações de assistência social (não governamentais) que integram a rede de proteção socioassistencial. O Suas conta, atualmente, com mais de 600 mil profissionais.

Os repasses – que antes de 2003 eram pontuais, aleatórios e sem critérios – passaram a ter um caráter republicano, na medida em que eram definidos em comissão tripartite e repassados automaticamente via fundo a fundo. Estruturou-se

uma política de atendimento público à população em situação de rua, por meio dos centros de referência à população em situação de rua (Centros Pop), instalados em centros urbanos de médio e grande porte e em metrópoles. Em abril de 2016, eram mais de trezentos Centros Pop em funcionamento.

A estratégia do plano Brasil sem Miséria para o campo fomentou a aproximação entre a assistência social e a população rural. Com o BSM, criamos e financiamos mais de 1.250 equipes volantes para o serviço de atenção às famílias em territórios rurais extensos. Foram criadas também, a partir de 2012, unidades móveis, que dispunham de embarcações para realizar busca ativa de pessoas em situação de desproteção e viabilizar o acesso aos serviços da assistência social à população ribeirinha da região amazônica.

Seguindo o princípio da gestão descentralizada e participativa, foi fortalecida a Comissão Intergestora Tripartite, dando encaminhamento às deliberações do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), inclusive lhe assegurando o pleno funcionamento. Foram realizadas todas as conferências ordinárias previstas nas normativas do Suas, desdobrando todas as deliberações em atos concretos, a exemplo do II Plano Decenal de Assistência Social, aprovado pelo CNAS, em 2016.

É fundamental reafirmar o papel central da assistência social na construção do Cadastro Único. Um dos principais esforços de 2011 a 2016 foi fortalecer o Cadastro Único como instrumento de gestão de políticas sociais. Na medida em que a assistência social ganhava capilaridade em todo o país e os municípios fortaleciam sua capacidade institucional, as informações do Cadastro Único foram sendo devidamente atualizadas e territorializadas, e passaram a oferecer subsídios para o planejamento da expansão e a estruturação das ofertas no Suas e a organização de provisões de outras políticas setoriais.

A estratégia de Busca Ativa ampliou o acesso ao Cadastro Único entre os mais pobres e vulneráveis. Estratégias como oficinas e mutirões permitiram incluir as populações mais vulneráveis, sendo o Cadastro Único, atualmente, o retrato mais completo desse conjunto de famílias. Além disso, por estar presente em todos os municípios brasileiros e operado eletronicamente, o cadastro conta com o registro da identificação e da condição socioeconômica de mais de 27 milhões de famílias de baixa renda, 80 milhões de pessoas, e é utilizado por mais de trinta programas sociais. Com o cadastro, o Brasil construiu uma tecnologia social para identificar as famílias e pessoas mais pobres e/ou vulneráveis, permitindo que a política pública tenha um olhar atento, proativo e convergente para estas famílias e pessoas, considerando ainda a diversidade étnica e cultural brasileira e as situações de expressivas vulnerabilidades. A rede Suas foi decisiva para isto.

A capacidade da rede de assistência social de gestão e articulação intersetorial com demais políticas setoriais permitiu maior reconhecimento da assistência social

como política pública. Além disso, deu maior visibilidade aos direitos socioassistenciais e reforçou a importância de ações integradas e integralizadas na organização de serviços universais abertos às especificidades e particularidades regionais e locais. São muitos os exemplos neste campo. Algumas das inovações em políticas públicas nasceram da articulação entre os grandes sistemas públicos; notoriamente, o da saúde e o da assistência social, como é o caso do Plano Viver sem Limites, voltado para pessoas com deficiência, e das ações envolvendo população de rua, com equipes conjuntas de saúde e assistência social. Também do Plano Nacional de Combate às Drogas – Crack é Possível Vencer, com a constituição de equipes interdisciplinares e abordagem comum nos consultórios de rua. Um dos destaques em ações integradas foi a criação do [Programa de Promoção do Acesso ao Mundo do Trabalho] Programa Acessuas Trabalho, um programa de articulação, mobilização, encaminhamento e acompanhamento do público da assistência social que estava fora do mercado formal de trabalho, de modo a ampliar o apoio público à sua inserção na vida produtiva. Esta ação foi central para que o [Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego] Pronatec alcançasse a população de baixa renda.

Um dos projetos que exigiu um esforço concentrado de ação interdisciplinar foi a Operação Zika Zero, como ficou conhecido o Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia, formulado em resposta à situação de crise resultante do aumento dos casos de microcefalia e à constatação de que havia relação com a epidemia de zika. Duas questões se destacaram na ocasião: *i*) a rápida resposta do governo frente a uma situação inédita no mundo, com a declaração de emergência em saúde pública, posteriormente elogiada pela Organização Mundial da Saúde (OMS); e *ii*) a organização de um plano de ações de intensa articulação intra e intergovernamental para enfrentar a crise.

O Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia foi formalmente lançado em dezembro de 2015, quando foi instituída a Sala Nacional de Coordenação e Controle, com representantes do Ministério da Saúde (MS), do então Ministério da Integração Nacional (MI), do Ministério da Defesa (MD), do Ministério da Educação (MEC), do então Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, da Casa Civil, bem como da Secretaria de Governo e das Forças Armadas. O MDS participou em dois dos três eixos. No eixo 1, de mobilização e combate ao mosquito, o ministério foi responsável por liderar parte dos mutirões multidisciplinares.<sup>5</sup> Nossa tarefa era esclarecer a população, visitar as comunidades com maior incidência de casos e participar de eventos em escolas, aliado à forte presença na imprensa. O MDS teve ainda participação no eixo de atendimento e acolhimento das mulheres, gestantes e crianças acometidas pela doença, que,

---

5. Tive a oportunidade de coordenar pessoalmente dois dos mutirões, que nos dias de ação contaram com alcance nacional, com mais de 70 mil homens e mulheres das Forças Armadas e várias equipes nas ruas.



em grande parte dos casos, era de baixa renda. Numa ação especial, foram organizados novos protocolos de atendimento entre equipes da saúde e da assistência social para cuidado para gestantes e seus familiares, envolvendo as duas redes. Também foram instituídos procedimentos inéditos e inovadores entre MS, MDS e Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) para atendimento diferenciado nas filas, para as solicitações de Benefício de Prestação Continuada (BPC) de crianças.

Não poderia deixar de mencionar o Capacita Suas, o programa de formação e capacitação de técnicos e gestores da assistência social pelo país. Esta foi uma demanda recorrente nos fóruns de participação e diálogo com técnicos e gestores do Suas e que, até 2011, não havia encontrado um arranjo operacional sustentado. Diferentemente do SUS, que já contava, de partida, com o apoio da Fiocruz na estruturação de material didático e programas de formação para os diferentes profissionais de saúde, o Suas sempre padeceu da ausência de um arranjo nacional. A tentativa de colocar na agenda das secretarias estaduais [de assistência social] tal responsabilidade não havia, de fato, surtido efeito até então. As ofertas de capacitação em nível federal careciam de maior organicidade e regularidade, e era necessário encontrar uma alternativa que garantisse a oferta permanente de capacitação e com aprofundamento crescente nos serviços prestados, com garantia de um padrão técnico em nível nacional e regular, frente à alta rotatividade e às deficiências de formação especializada das equipes municipais do Suas.

Desenhou-se, assim, o Programa Capacita Suas, responsável por apoiar estados e o Distrito Federal (DF) na execução dos planos estaduais de capacitação do Suas, transferindo recursos para esse fim. Os estados, por sua vez, realizam a oferta por meio de suas escolas de governo ou universidades previamente credenciadas para isso, por meio de processo específico centralizado pelo MDS. O objetivo do programa é o aprimoramento da gestão e a progressiva qualificação dos serviços e benefícios socioassistenciais, a partir da capacitação dos gestores, trabalhadores e conselheiros da assistência social. Iniciado com a oferta de apenas três cursos em 2012, que retratavam as necessidades prementes de aprimorar as atividades de gestão financeira dos fundos municipais de assistência social, de planejamento dos serviços e de oferecer um nivelamento básico do SUS e seus serviços, chegou a 2016 com quase dez cursos estruturados, com material didático, oferta à distância e presencial. Em termos dos cursos presenciais, formou-se mais de 35 mil trabalhadores no período. Estivessem melhor estruturadas as secretarias estaduais [de assistência social], a expansão da oferta teria sido certamente mais rápida. Infelizmente, mesmo tendo sido reconhecidas como importantes as capacitações realizadas, as equipes estaduais envolvidas ainda padecem de problemas operacionais de gestão e pessoal.

Como visto, os resultados da Política Nacional de Assistência Social vão muito além da simples expansão de recursos. Entretanto, esta dimensão não pode ser

subestimada. Os recursos para a função assistência social no Orçamento Geral da União (OGU) mais que quintuplicaram em termos reais, se comparados ao final do governo Fernando Henrique Cardoso. De 2011 a 2016, houve uma expansão nos recursos destinados às ações socioassistenciais, e a participação da função orçamentária assistência social passou de 1% para 1,22% do PIB.

Por fim, resalto os esforços direcionados a incentivar a participação e fortalecer a gestão democrática no âmbito da assistência social. Os resultados desses investimentos podem ser apurados no processo conferencial ocorrido em 2015, em 95% dos municípios e 100% dos estados, mobilizando mais de 1 milhão de pessoas. O MDS estimulou e apoiou a criação do Fórum Nacional dos Usuários e dos 22 fóruns estaduais, trazendo para o protagonismo da política os usuários e assegurando a realização de todas as conferências.

### **8 PARA CONCLUIR, EM SUA OPINIÃO, QUAIS ASPECTOS SÃO ESSENCIAIS PARA O DEBATE SOBRE O FUTURO DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL?**

Seria possível citar vários aspectos nesse sentido; no entanto, foco aqui em dois que considero centrais para a discussão sobre as possibilidades de consolidação da política socioassistencial.

Diferentemente do que ocorre com as redes de educação e saúde, a oferta de serviços e benefícios sob a responsabilidade da assistência social tem sido caracterizada por períodos de maior reconhecimento do papel desempenhado como parte da estratégia de desenvolvimento social e econômico do país intercalados por longos períodos marcados por “crises de legitimidade” da assistência social, como lócus de prioridade governamental ou como área “merecedora” de recursos públicos.

A subalternização das políticas associadas a “questões sociais” tem sido recorrente no âmbito da administração pública no transcorrer dos mais diversos governos e contextos histórico-políticos do país. Apesar dessa consideração, em momentos de crise econômica, é possível notar o aprofundamento do grau de questionamento das políticas sociais acompanhado da proliferação de propostas direcionadas a reduzir os recursos financeiros, administrativos, técnicos e humanos destinados à manutenção de políticas dessa natureza.

Uma parcela majoritária da sociedade não se enxerga como público da assistência social e não reconhece ou mesmo desconhece os serviços ofertados pela rede, associando a assistência social sempre ao público monetariamente mais vulnerável.

O não reconhecimento da relevância da política de assistência social produz impactos na implementação das ações vinculadas ao Suas nos três níveis federativos, como mencionado anteriormente. Nestes contextos, soluções pontuais, privadas e de teor filantrópico ganham espaço e reforçam mais uma vez

pressupostos atribuídos ao setor como questão restrita a “ajudar os mais necessitados”. Voltam antigas concepções sobre a assistência social onde o Estado perde papel e a atuação tende a se basear mais em ações voluntárias de “ajuda” do que na lógica de direitos. Aliado a esse movimento, prevalecem ainda os estereótipos sobre o perfil de quem pode trabalhar com temas da assistência social: bastaria “ser bom”, “caridoso”, “preocupado com a população carente”, em contraposição à ideia de uma rede profissional capacitada e multidisciplinar. A reflexão sobre o embate sobre o “novo” e “velho” explica, de alguma maneira, a rapidez com que soluções vinculadas ao primeiro-damismo e ao voluntariado retomam espaço em substituição ao exercício profissional na implementação da política socioassistencial. Este é um risco real de retrocesso.

Outro ponto diz respeito aos dilemas e às tensões existentes entre o fortalecimento da política de assistência social enquanto área específica e a intersetorialidade com outros setores governamentais e políticas públicas. Mais do que qualquer outra área, a assistência social está vocacionada ao trabalho multidisciplinar e multissetorial. Isso, por um lado, dificulta que a assistência social seja reconhecida como área própria dotada de relevância específica, porque, na maioria das vezes, corretamente, aparece associada a outras agendas. Mas, ao mesmo tempo, a intersetorialidade pode ser entendida como uma força que constitui essência do trabalho da assistência social, como indicam vários exemplos de articulações bem-sucedidas que demonstram as vantagens de reconhecer e aproveitar as especificidades dessa condição.

Esse período que tive a oportunidade de estar à frente da Política Nacional de Assistência Social me deu a certeza de que é possível integrar o social e o econômico num modelo de desenvolvimento inclusivo, e, nesta perspectiva, a assistência social não só é parte fundante da rede de proteção social, como também é um dos pilares do desenvolvimento com igualdade e justiça social.



# REFLEXÕES E APRENDIZAGENS

Vanda Mendes Ribeiro<sup>1</sup>  
Alicia Bonamino<sup>2</sup>  
Cynthia Paes de Carvalho<sup>3</sup>

## 1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 (CF/1988) mudou a forma como o Estado reconhece os direitos de saúde, educação e assistência social. A educação básica passou a ser direito subjetivo e obrigatório. A saúde, direito social de cidadania, sendo que as bases do Sistema Único de Saúde (SUS) foram estabelecidas. Na assistência social, assegurou-se a proteção social não contributiva à população em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social. Desde a década de 1990, União, estados e municípios buscam colaborar e instituir normas, estruturas organizacionais e políticas públicas no âmbito desses novos marcos constitucionais. Este livro traz experiências que se voltaram para esses objetivos e que tiveram sucesso na tarefa de oferecer serviços públicos, enfrentando desigualdades.

Em conjunto, os relatos das experiências dos gestores vinculados ao nível federal ou atuantes nos níveis estadual e municipal sobre os processos de implementação de políticas públicas de redução das desigualdades, nas áreas da saúde, assistência social e educação, permitem guardar memória dos avanços, das dificuldades e das estratégias utilizadas, propiciando reflexões e aprendizagens sobre o que entes federados conseguiram instituir em termos de capacidade estatal para assegurar direitos.

Neste capítulo final, busca-se organizar uma das leituras possíveis sobre as contribuições e os desafios das experiências desses gestores de políticas públicas. São apresentadas, a seguir e de maneira sequencial, as reflexões propiciadas pela leitura dos nove relatos vinculados a experiências de gestão federal, estadual e municipal de implementação de políticas públicas nas áreas da saúde, da educação e da assistência social.

---

1. Professora e pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Educação e do Programa de Mestrado Profissional em Formação de Gestores Educacionais da Universidade Cidade de São Paulo (Unicid). *E-mail*: <vandaribeiro2@gmail.com>.

2. Professora e pesquisadora do Departamento de Educação da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio). *E-mail*: <alicia@puc-rio.br>.

3. Professora e pesquisadora do Departamento de Educação da PUC-Rio. *E-mail*: <cynthiapaesdecarvalho@puc-rio.br>.

## 2 REFLEXÕES A PARTIR DAS EXPERIÊNCIAS FEDERAIS

Os capítulos 5, 8 e 11 reúnem, respectivamente, os relatos das experiências dos gestores de políticas públicas vinculados ao nível federal: *Reflexões sobre as contribuições do Programa Mais Médicos para a Implementação e Coordenação de Políticas Públicas*, de Heider Aurelio Pinto; *Plano de Ações Articuladas (PAR): melhoria da educação e redução das desigualdades*, de José Henrique Paim Fernandes e Jaana Flávia Fernandes; e *Os desafios de gestão federal da Política Nacional de Assistência Social: uma entrevista com Tereza Campello*.

Os três relatos denotam que essas experiências de gestão de políticas nacionalmente reguladas buscaram estabelecer ou consolidar um novo padrão de relacionamento entre o governo federal, os estados e os municípios. Dessa forma, objetiva-se assegurar condições para a melhoria da prestação do serviço em todo o território nacional e para a redução das desigualdades regionais em cada setor específico.

O modelo anterior de relacionamento do governo federal com os outros entes acabava por contribuir para a reprodução das desigualdades já existentes. Desse modo, privilegia-se o atendimento de estados e municípios com maior capacidade técnica para apresentar projetos aderentes à política e, em geral, com mais recursos financeiros. Observam-se assimetrias nas posses de capacidades, que se mostram altamente dependentes de recursos humanos e de condições locais de implementação e que definem a qualidade do serviço que chega à população.

O novo modelo desenvolvido esteve pautado no direito do cidadão e na busca da ruptura com tradicionais padrões assistencialistas de políticas sociais. Esse modelo tentou definir, com graus variados de articulação e sucesso, a assistência técnica e financeira do governo federal e a redução de assimetrias e desigualdades na implementação e na entrega das políticas sociais à população.

Apesar de as três iniciativas nacionais relatadas pelos gestores se movimentarem nesse novo modelo, cada uma destas apresenta estruturas e formas de coordenação diferenciadas, que se concretizam basicamente nas relações que estabelecem entre os entes federativos, na diversidade de atores e de interesses envolvidos e, no caso do Programa Mais Médicos (PMM) e da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), também pelas relações que se determinam em torno da intersetorialidade.

Em termos de relações federativas, os relatos sobre o PAR e a PNAS revelam a promoção de maior interação entre o governo federal e os governos estaduais e municipais na definição das ações a serem implementadas. Por sua vez, no PMM, os governos municipais e o Distrito Federal são responsáveis pelos deslocamentos e pelo cadastramento dos médicos nas novas equipes de atenção básica, bem como pela garantia de alimentação e moradia.

As três iniciativas desenvolvem ações incrementais para integrarem políticas e instituições já existentes. O PAR, por exemplo, realiza basicamente a integração de políticas oferecidas pelo Ministério da Educação (MEC), e sua coordenação envolve esse ministério e várias de suas secretarias – como a Secretaria da Educação Básica e a Secretaria de Educação Profissional – e várias autarquias – a exemplo do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep). Nesse caso, destaca-se o fortalecimento do FNDE, que se transformou no principal órgão de execução da política de educação básica do governo federal. Como em outras políticas do MEC, a busca por disseminar uma cultura de planejamento nas várias instâncias do sistema educacional, seja no nível da secretaria de educação (Planejamento Estratégico da Secretaria – PES),<sup>4</sup> seja da escola (Plano de Desenvolvimento da Escola – PDE-Escola),<sup>5</sup> também está presente no PAR. Esse plano abrange instrumentos que permitem a realização de diagnóstico da situação educacional de estados e municípios e que se associam ao planejamento das ações necessárias para aperfeiçoar as condições identificadas. Esse planejamento contempla um período de quatro anos e a possibilidade de revisão do documento em função de mudanças de cenário. Com base nas necessidades diagnosticadas por cada ente federativo, o PAR define e oferta assistência técnica e financeira.

Se as três experiências envolvem coordenação federativa, apenas os relatos sobre a saúde e a assistência social revelam diferentes graus de materialização da intersetorialidade. Na saúde, o PMM materializou uma ação coordenada entre diferentes ministérios (Ministério da Saúde – MS, MEC, Ministério da Defesa – MD e Ministério das Relações Exteriores – MRE) e, principalmente, entre o MS e o MEC, que são os responsáveis pela coordenação do programa.

As formas de participação da população na formulação e na implementação dessas políticas também são diferenciadas. A PNAS inclui a participação da população tanto na formulação como no controle social das ações das políticas, e essa participação é organizada por meio de representações na gestão dos sistemas nas três esferas de governo.

Na saúde, a forma de lançamento do PMM restringiu as possibilidades de discussão mais ampla com os setores do governo e da sociedade, o que prejudicou seu planejamento e sua divulgação e foi uma das fontes das várias críticas sofridas

---

4. O PES é um processo gerencial que as secretarias de educação desenvolvem para melhorar sua capacidade institucional, buscando o alinhamento de políticas e ações, de forma a priorizar a gestão dos sistemas educacionais e a melhoria da aprendizagem dos alunos.

5. PDE Escola é um programa de apoio à gestão escolar baseado no planejamento participativo e destinado a auxiliar as escolas públicas a melhorar sua gestão. Para as escolas priorizadas pelo programa, o MEC repassa recursos financeiros, com vistas a apoiar a execução de todo o seu planejamento ou de parte deste.

pelo programa na sua origem. A restrição da participação direta estende-se também ao processo de implementação, que abrange apenas os entes governamentais (Lotta, 2019). O PMM valeu-se das estruturas já constituídas no âmbito do SUS, principalmente das estruturas de participação, como as conferências federais, estaduais e municipais e os conselhos de saúde existentes anteriormente, sem que houvesse a criação de novos canais de participação estruturada no programa.

Apesar das críticas, o relato reconhece que as soluções emergenciais de curto prazo – como a ampliação do número de médicos – foram fundamentais para a legitimação e a adesão ao PMM. Por sua vez, as soluções de médio e longo prazo, baseadas na formação de médicos no país, na abertura de novas vagas em cursos de graduação em medicina e residência médica e na reorientação da formação de médicos e especialistas conforme as necessidades do SUS, enfrentaram conflitos e resistências, e não alcançaram ainda o mesmo sucesso.

### 3 REFLEXÕES A PARTIR DAS EXPERIÊNCIAS ESTADUAIS

Os capítulos 4, 7 e 10 apresentam, respectivamente, os relatos dos gestores estaduais na área da saúde, *A experiência dos arranjos interfederativos da saúde no estado do Ceará: consórcios públicos como instrumentos de fortalecimento da gestão compartilhada*, de João Ananias Vasconcelos Neto; da educação, *Firmando os alicerces da igualdade de oportunidades educacionais: o Programa Alfabetização na Idade Certa (Paic)*, de Maurício Holanda Maia; e da assistência social, *Proteção social não contributiva: a experiência da gestão estadual*, de Denise Colin.

Esses relatos denotam, primeiramente, a construção de um papel para os estados, na condição de entes federados, na relação com os municípios e a União, como agente público corresponsável pela oferta dos serviços que garantem os direitos sociais. Ante o objetivo de melhorar a qualidade da oferta de serviços de saúde, assistência social e educação, esses estados se firmaram como indutores de práticas de profissionalização dos agentes implementadores; introduziram novas dinâmicas organizacionais em suas estruturas; ajudaram na constituição de novas concepções sobre o que é ofertar serviço público de qualidade para todos, com padrões para medir essa qualidade; estabeleceram critérios de distribuição de recursos; e adotaram estratégias de implementação capazes de envolver variados atores e entes federados, que podem ser consideradas exitosas se analisados os resultados alcançados.

A literatura sobre implementação de políticas públicas afirma que a adesão dos agentes implementadores às diretrizes, às concepções e às formas de operacionalização das políticas é uma das condições para conseguir maiores avanços na concretização dos objetivos previstos (Arretche, 2001; Hill, 2003). As três experiências estaduais lançaram mão, de forma mais ou menos bem-sucedidas, de estratégias em busca de adesão tanto dos dirigentes dos entes federados quanto



dos agentes implementadores. Analisando o relato de Neto sobre a instituição dos consórcios públicos no Ceará, observa-se, no caso dessa experiência, que estratégias de mobilização foram sendo desenvolvidas em etapas sucessivas, começando com seminários e reuniões com os agentes implementadores do próprio órgão indutor da iniciativa (Secretaria da Saúde do Estado do Ceará – Sesa). Buscava-se gerar conhecimento sobre a iniciativa e como seria sua operacionalização, bem como construir o entendimento sobre qual seria exatamente o papel da esfera estadual diante dos municípios. Uma vez vencida essa primeira etapa, de “convencimento” do agente implementador estadual, passou-se à fase de mobilização dos municípios, na qual se contou também com reuniões, seminários, contatos diretos, discussões sobre questões jurídicas, negociação e pactuação. O relato sobre os consórcios indica ainda que havia um forte incentivo para a adesão: todas as regiões do estado do Ceará seriam contempladas pelas distribuições de recursos previstas na proposta. Aparece também uma necessidade no contexto que dava um lastro bastante concreto à iniciativa: a dificuldade da maior parte dos municípios em oferecer à população o atendimento necessário para o cumprimento do direito à saúde.

No caso do Paic, o relato de Maia indica haver mobilização dos agentes implementadores e dirigentes em torno de ideia forte e de fácil compreensão: alfabetização na idade certa, para trajetória escolar adequada. Problema constituído também na relação com uma necessidade de contexto: a falta de capacidade das escolas para alfabetizar as crianças. O relato descreve as estratégias de distribuição da quota-parte do Imposto sobre Operações relativas à Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação (ICMS) como meio de trazer os prefeitos para o campo de interesse do Paic, tentando mobilizá-los em torno de práticas condizentes com a melhoria da qualidade da gestão da educação: por exemplo, alocação de gestores educacionais nos municípios com critérios técnicos e interesse em acompanhar os resultados educacionais das escolas de suas localidades. O Prêmio Nota Dez é apresentado como meio de mobilização de dirigentes municipais, agentes implementadores de nível micro (professores e gestores educacionais). O resultado de mobilização do prêmio é descrito como elemento capaz de influenciar diversas dimensões. Destaque-se a simbólica, com a mobilização dos atores políticos de todo o estado, sendo, assim, capaz de incidir no capital político dos prefeitos com seus pares e eleitores. E também a dimensão pedagógica, colocando escolas com melhores resultados em parceria com escolas de piores resultados, para troca de experiências e apoio.

A adesão dos agentes implementadores e dirigentes à experiência do Sistema Único de Assistência Social (Suas), no Paraná, aparece colada a atuações de atores em torno da produção do conhecimento sobre assistência social em várias universidades do estado. A mobilização dos profissionais dessas universidades angariou poder de interferência na produção de legislações municipais e na disputa entre uma agenda bastante

tradicional de ações de assistência social e uma nova concepção advinda da CF/1988. O elemento de contexto que ganha destaque para obter adesão é a possibilidade de fortalecimento e profissionalização da área. E a constituição de espaços de negociação entre estado e municípios, estratégia fundamental de implementação, por enquadrar a disputa entre as concepções de assistência social mencionadas anteriormente.

Os relatos indicam que as três experiências, em seus processos de implementação, adotaram variados instrumentos, bem como novas técnicas e ferramentas para a implementação dos objetivos traçados. Lascoumes e Les Galès (2012, p. 22) propõem que esses objetos têm papel relevante na articulação dos atores em torno de objetivos comuns. Representam dispositivos técnicos com concepção própria de regulação e capacidade de orientar e tornar previsível o comportamento dos atores. Entre os consórcios de saúde, observa-se a instituição de contratos para ações comuns; a instituição dos consórcios como autarquia; o estabelecimento de diretrizes por meio de legislações; a gerência de acesso aos serviços de saúde com uso da tecnologia; as definições sobre o investimento financeiro e o papel de cada ente federado, medida delimitadora da ação de cada um; e critérios e parâmetros claros de acesso aos serviços de saúde. Na experiência do Paic, vê-se a instituição de padrões de aprendizagem em torno dos quais todos devem tomar suas decisões, incluindo-se um parâmetro de idade para alfabetização; avaliações externas, como seus exames de diagnóstico e de monitoramento; metas; materiais didáticos estruturados, cujos conteúdos se articulam a uma rotina predefinida; visitas às escolas e às salas de aula; currículo centralizado; formação continuada articulada com os padrões de aprendizagem e o currículo; métricas e critérios para premiação das escolas; e métricas e critérios para distribuição da quota-parte do ICMS.

No caso do Suas, no Paraná, chamam a atenção as comissões intergestores para unir entes federados; os pactos de aprimoramento – que estabelecem princípios, prioridades e metas em uma perspectiva de “todos juntos”; os planos decenais, como norteadores das ações; orientações técnicas e normatizações; padronização de nomenclaturas; e padrões e normas de cofinanciamento. Os exemplos mencionados anteriormente parecem típicos dispositivos, instrumentos/técnicas/ferramentas, que enquadram as ações dos agentes implementadores e dos dirigentes dos entes federados na relação com objetivos comuns, ampliando a capacidade estatal e propiciando maior profissionalização da ação pública, devido a padrões, critérios e normas que visam dinamizar o serviço público em perspectiva distinta daquela própria dos mecanismos clientelistas, descritos pela literatura.

Essas experiências alcançaram ampla gama de resultados, na visão de seus gestores (elaboradores dos relatos que compõem os capítulos deste livro). Maia expõe o crescimento dos resultados educacionais de aprendizagem em curto espaço de tempo. O Paic vem sendo estudado por uma variedade de pesquisadores, de áreas

distintas, sendo que alguns citam a ampliação de equidade educacional: escolas de municípios com menos influência econômica expandiram mais suas proficiências (Padilha *et al.*, 2013); e também alunos com menor nível socioeconômico e grupos sociais menos favorecidos, como pretos e pardos (Kasmirski, Gusmão e Ribeiro, 2017). Esse último estudo evidenciou, por meio do uso do método *dif em dif*, que o Paic explica parte desses resultados. Neto, em seu relato sobre os consórcios de saúde, indica que o atendimento especializado em saúde chegou a regiões desassistidas, com garantia de acesso à população de municípios mais pobres; houve racionalização de recursos humanos e financeiros, e dotaram-se municípios pobres de equipamentos modernos. A implementação do Suas, de acordo com Colin, gerou adesão, ainda que em estágios diferenciados; edição de marcos regulatórios; instâncias de pactuação e deliberação sobre as políticas de assistência social; profissionalização da área; e instalação de formas de vigilância e controle social.

O alcance desses resultados não ocorreu sem dificuldades e conflitos de interesses. O relato da implantação do Suas é ímpar nesse quesito, por evidenciar a disputa pela concepção de assistência social entre uma visão mais tradicional de dirigentes estaduais e seus agentes implementadores – que faziam uso da assistência social para uma agenda própria no âmbito da gestão estadual – e os profissionais da assistência social organizados em fóruns de discussão da sociedade civil e presentes nas universidades do estado, que apoiavam concepção de proteção social não contributiva e profissionalizada. Sem percentual constitucional de vinculação orçamentária definido, o relato de Colin mostra a assistência social como área bastante sujeita às disputas por recursos financeiros; situação essa que, segundo Colin, dificultou decisões sobre normatização. Tratando-se de área com apelo filantrópico e voluntarista, com uma grande marca de “primeiro-damismo” na administração estadual, como indica Colin, foi difícil a consolidação de novos padrões de profissionalização, devido às implicações nas relações de poder estabelecidas entre a administração estadual e as entidades que prestavam serviços e também na ligação direta dos dirigentes com a população mais vulnerável. Colin cita ainda a questão da certificação das entidades receptoras de recursos e prestadoras de serviços à população, uma forma de profissionalização que igualmente gerou conflitos, com formas tradicionais de alocação de recursos e relações políticas. Outro ponto de conflito se refere à disputa de espaço com a área da criança e do adolescente, cujas normas e modos de financiamento datam dos anos 1990, após a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Muito importante também salientar a dificuldade do desequilíbrio, apontado por Colin, na definição dos papéis dos entes federados. Em sua visão, os municípios e a União têm papéis mais claros para a consecução da concepção de assistência social presente na CF/1988; os primeiros como prestadores diretos dos serviços e a segunda, na coordenação e arrecadação. O Estado teria um papel mais enfraquecido na decisão e no protagonismo. Essa situação que gerou disputa de espaço e dificuldade na definição da cooperação e do cofinanciamento.

Na experiência de implementação dos consórcios de saúde no Ceará, Neto indica como dificuldades a presença da discricionariedade de agentes implementadores, que – até então, na ausência de normas e instrumentos de enquadramento da ação pública – selecionavam beneficiários e tomavam decisões segundo seus interesses e/ou em função de indicações políticas. Ressalta que o modelo de gestão pautado na autonomia de cada gestor dos entes federados fortaleceu resistências, sobretudo dos municípios mais ricos, que já possuíam os recursos necessários para a oferta de todos os serviços de saúde, situação que implicava um atendimento dos serviços de saúde iníquo à população do estado.

No caso do Paic, Maia refere-se à inércia do poder público perante a incapacidade de gerar serviços educacionais de qualidade como dificuldade a ser enfrentada pelo novo modelo de política implementado pelo programa. Cita ainda a relação com a União, que – ao implementar o Pacto Nacional pela Alfabetização na Idade Certa (Pnaic), um programa desenhado à luz do Paic – não compreendeu a importância de garantir a possibilidade de diferenças de métodos de ação em torno da alfabetização na idade certa nas distintas localidades do país.

Os relatos das três experiências explicitam também o que, para seus elaboradores, foram condições de contexto importantes para a implementação da experiência. Na experiência dos consórcios de saúde no Ceará e na implementação do Suas, Neto e Colin afirmaram ser primordial a existência de intencionalidade comprometida com distribuição de recursos que favoreçam o enfrentamento das desigualdades. Maia, no caso do Paic no Ceará, trata de outras questões: a importância da existência prévia de elementos de capacidade estatal coerentes com os objetivos da nova política no que concerne à colaboração entre estado e municípios; o fato de ter sido possível contar com a experiência de Sobral no uso dos principais instrumentos e estratégias adotados pelo Paic; e a mobilização prévia que havia no estado em torno da ideia de alfabetização na idade certa.

As três experiências estaduais em foco neste livro denotam esforços de colaboração entre entes federados – sobretudo entre estados e municípios – pela implementação dos direitos estabelecidos na CF/1988. A análise dos relatos traz indicativos de que há algumas características comuns que interferiram na capacidade de implementação das iniciativas: estabelecimento de espaços de negociação e mediação de interesses e conflitos; adoção de instrumentos, ferramentas e técnicas que foram capazes de dar rumo claro às tomadas de decisão e ações dos agentes implementadores e dirigentes estaduais e municipais, colocando-os em torno de objetivos comuns; medidas de profissionalização dos agentes implementadores; valorização, no processo de adesão, de situações que indicavam claras necessidades nos distintos contextos; definição do papel dos entes federados nas colaborações; concepções e conceitos bem-definidos e passíveis de comunicação; presença de

atores comprometidos com a intencionalidade de enfrentamento de desigualdades; e, por fim, distribuição de recursos de forma a ser possível indicar vantagens para boa parte dos envolvidos.

#### 4 REFLEXÕES A PARTIR DAS EXPERIÊNCIAS MUNICIPAIS

O capítulo 3, *Inovações nas práticas de gestão do SUS: desafios para reduzir desigualdades em saúde*, de Adriano Massuda; o capítulo 6, *Superando desafios, produzindo resultados: experiências na gestão municipal das políticas de educação*, de Carla Rabello; e o capítulo 9, *Gestão local do Sistema Único de Assistência Social e o enfrentamento às desigualdades sociais em Maracanaú (CE)*, de Ieda Castro, apresentam as reflexões de gestores municipais sobre suas experiências com a implementação local de políticas públicas.

Uma das primeiras observações que se destaca na leitura dos relatos dos gestores municipais é a diversidade dos contextos municipais em que foram realizadas as experiências de implementação de políticas descritas. No caso da política de saúde, o contexto foi uma capital de estado da região Sul com 1,7 milhão de habitantes (Censo Demográfico 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE), em cujo contexto se vivencia, na gestão municipal, considerável impacto de políticas federais e estaduais. No caso da política de assistência social, o contexto foi uma cidade que integra a região metropolitana (RM) de uma das capitais da região Nordeste com 209 mil habitantes (Censo Demográfico 2010), qualificada como “cidade dormitório” pela autora. No caso da política educacional, o contexto foi uma cidade do interior de um estado do Sudeste, que mesmo próxima da capital não integra a RM – a segunda maior do país – e possuía quase 164 mil habitantes no censo, sobre a qual a autora chama a atenção para certo isolamento e escasso acesso a informações sobre as políticas do governo central e, inclusive, do estadual.

Além disso, cabe ressaltar que os relatos apresentados se alimentaram de diferentes formações e experiências profissionais, sobretudo no que se refere à relação prévia dos autores com a realidade do atendimento da saúde, da assistência social e da educação de cada contexto, inclusive em termos da duração diferenciada de cada experiência e da autonomia de cada agente no que concerne ao contexto político local. Esses contrastes tornam a leitura extremamente instigante, no sentido de buscar elementos comuns e realçar as diferenças em perspectiva de possibilitar reflexão mais densa e multidimensional sobre os processos de implementação, para além das especificidades das áreas temáticas de cada política. Essa é a proposta dessa breve reflexão.

Embora as duas últimas cidades não se mostrem tão distantes, em termos populacionais, o fato de uma integrar uma RM e a outra se caracterizar como um polo do interior – com área rural que ostenta considerável produção agrícola,

inclusive – marca diferenças importantes no que toca ao acesso às informações sobre as políticas federais – como no caso de Teresópolis – que podem configurar oportunidades em perspectiva indutora de mudanças nas políticas sociais locais. Esse aspecto poderia reforçar o interesse da pesquisa sobre implementação também a se debruçar sobre a consideração de tipologias de municípios, ou de contextos municipais, para estabelecer contrastes heurísticamente relevantes e possibilitar também o aprimoramento das ferramentas de análise, com o objetivo de ampliar a compreensão dos processos locais de implementação, como parece sugerir a reflexão de Celina Souza e Flávio Fontanelli no capítulo 2 deste livro.

As características distintas dos três casos municipais apresentados parecem impactar sobremaneira as condições objetivas de construção de parcerias com outras esferas governamentais: as possibilidades de seleção, engajamento e fixação de profissionais qualificados para compor os quadros burocráticos locais e, desse ponto de vista, reforçar as capacidades estatais locais tão relevantes para os processos de implementação de políticas, como diversas pesquisas indicam – como é o caso de Gomide, Pereira e Machado (2017), entre outros. Assim, o peso de certos fatores – como planos de carreira de servidores, proporção de pessoal contratado e efetivo, regularidade de realização de concursos públicos etc. – aparece com pesos diferentes segundo o “tipo” de município, sobretudo no que se refere às possibilidades de atrair e manter quadros tecnicamente competentes, como explicitado no caso de Maracanaú.

Outro aspecto interessante como traço comum é a questão da participação social no processo de implementação, assinalada nas três situações. Os três relatos trazem descrições ou referências a processos participativos. No caso de Curitiba, que tem no planejamento estratégico sua espinha dorsal, a gestão participativa e a participação comunitária foram marcas importantes da gestão da implementação da política – expressas em rotinas semanais de reunião em todas as fases do processo, do diagnóstico e da elaboração do planejamento até o monitoramento permanente de sua implementação. Em Maracanaú, a perspectiva da participação integrou o que a autora denomina diálogo social, criação de espaço de discussão com diferentes agentes, em particular, diferentes grupos de interesses com relação à política de assistência social: entidades filantrópicas e comunitárias, parlamento municipal e lideranças comunitárias. Nesse caso, os espaços de participação (fóruns, encontros e, inclusive, espaços de planejamento estratégico nos diferentes níveis de gestão, das unidades de atendimento territoriais aos níveis hierarquicamente superiores de gestão) foram também campos de negociação de sentidos sobre a política e de construção de consensos. Dessa forma, foi possível obter ou consolidar o necessário apoio político e o engajamento dos diferentes atores na implementação da política, em certa medida na contramão dos questionamentos levantados na literatura latino-americana, no texto de Souza e Fontanelli sobre relevância da democracia para o fortalecimento das capacidades estatais. Aparentemente, no caso da experiência de

Maracanaú, os espaços públicos de debate inspirados e/ou induzidos pelas diretrizes da política parecem ter oportunizado o empoderamento político do núcleo gestor para negociar consensos em prol de mudanças institucionais nos processos de implementação. No caso da política educacional de Teresópolis, a convocação à participação também se alinhou, em boa medida, à política (PDE) e até mesmo à legislação (Lei de Diretrizes e Bases da Educação – LDB/1996), fomentando reuniões e encontros dos diferentes agentes escolares e extraescolares (famílias, comunidades, gestores e, inclusive, agentes de outros setores sociais) em torno da discussão do projeto político-pedagógico (PPP) das escolas e da implementação de diferentes ações (Programa de Saúde do Profissional da Educação – PSPE, atuação intersetorial de prevenção de catástrofes ambientais e Programa Educação Integrada), com potencial de reflexo relevante nos resultados educacionais. Nesse caso, os espaços de participação parecem ter contribuído para o alinhamento e o desenvolvimento de perspectiva de complementaridade – também intersetorial – das iniciativas em benefício dos usuários do sistema educacional.

Nos três municípios, também desponta como aspecto comum a implementação dos instrumentos institucionais ou a institucionalização de processos organizacionais (redefinição dos organogramas, criação de cargos e funções, desenvolvimento de processos de diagnóstico compartilhado da situação da área identificando aspectos críticos, demandas de intervenção político-administrativa, definição de metas e estratégias, bem como instrumentos de monitoramento e avaliação). Em cada caso, esses esforços no campo institucional alcançaram maior ou menor organicidade e estabilidade, eventualmente estabelecendo, de forma deliberada, um modelo de operacionalização da política. Tanto no caso de Curitiba como no de Maracanaú, respeitando-se suas respectivas características contextuais, parece ter sido esse o caso, provavelmente também porque os processos foram desenvolvidos a partir dos burocratas de mais alto escalão, com forte apoio político dos prefeitos. Em Teresópolis, o processo – dirigido com menor apoio hierárquico, mas com forte coesão da equipe – parece ter alcançado menor grau de institucionalização, em que pese a relevância dos resultados da política também nesse município.

Nas três experiências, a questão da formação e qualificação dos servidores foi outra preocupação comum, registrando processos de formação continuada, definição de critérios de seleção e formação dos agentes implementadores, bem como fomento a processos públicos de seleção de novos gestores dos serviços – inclusive com participação dos usuários (Teresópolis e Curitiba), valorização e incentivo à formação também acadêmica (Maracanaú), entre outros aspectos. Nesse âmbito, Lotta (2019) e Bichir, Simoni e Pereira (2019), como assinala Renata Bichir no capítulo 1 deste livro, apontam a desigual distribuição de capacidades estatais para implementação e a necessidade de mais estudos sobre os desafios de implementação de políticas intersetoriais e integradas (Lotta, Galvão e Favareto, 2016). Cabe nesse

ponto assinalar a dificuldade de reter os quadros técnicos escolhidos (Maracanaú) e, ainda, o investimento no estudo e na interlocução com agentes de outros setores, e até mesmo instâncias federativas, com o objetivo de compreender as oportunidades ofertadas nas políticas federais e destas usufruir, que chegaram, por vezes, a induzir a criação de equipes específicas para o gerenciamento dos projetos oportunizados pelas outras instâncias federativas, como no caso de Teresópolis, que integrou ao organograma da secretaria a coordenação do Programa Mais Educação e a Coordenação de Articulação Pedagógica dos Programas Federais, com ênfase no PAR.

Ainda no que se refere às burocracias locais e à sua formação, cabe assinalar as consideráveis diferenças entre as áreas e os municípios, seja em razão das diferentes ofertas locais de formação acadêmica, seja pelas diferentes tradições de cultura organizacional de cada área e pelo acúmulo de capacidades técnico-burocráticas que se logrou desenvolver após a redemocratização do país. As capacidades estatais para formulação e implementação de políticas (Gomide, Pereira e Machado, 2017) apresentam-se bastante diferenciadas, tanto no que toca à dimensão técnico-administrativa como no que concerne à dimensão político-relacional.

No plano municipal, parece lícito dizer que se verificou grande desenvolvimento das qualificações técnicas na área da saúde – em particular no campo da saúde coletiva – e da assistência social – que precisou desconstruir o discurso sobre a assistência como bem-estar e caritativa para reconstruí-lo como dever do Estado e direito social. Por sua vez, na área educacional, o desenvolvimento e a consolidação da perspectiva do direito de todos à educação básica ainda parece um processo incompleto e carente de maior qualificação técnica, como o relato da gestora de Teresópolis parece indicar, o que explica o considerável esforço de investimento na análise dos dados e em indicadores educacionais e sua socialização com os agentes implementadores, sobretudo nas escolas. Como assinala Renata Bichir no capítulo 1 deste livro, no contexto do arranjo político-institucional federativo consagrado em 1988, com autonomia política até mesmo para municípios, em um sistema político multipartidário e fragmentado, a questão da descentralização e das relações federativas pode denotar sentidos diversos conforme a área da política. De fato, como se observou anteriormente, cada área da política social tem uma história política própria, em que se definem também o lugar e o peso político dos diferentes atores federativos. Nesse sentido, parecem coexistir diferentes lógicas de indução e cooperação entre entes federados segundo a área da política a ser implementada, e o poder de indução do governo central configura-se de forma diferente, inclusive do ponto de vista técnico e político, o que se expressa em normativas centrais mais ou menos detalhadas, controles mais ou menos eficientes e repartição/distribuição de recursos com maior ou menor potencial, com o objetivo de garantir a implementação da política nos municípios. Também nesse aspecto, ser ou não capital, pertencer ou não a uma RM também integram a equação do potencial de indução e cooperação.



A questão sobre as relações agente-principal e o insulamento maior ou menor das burocracias, no que concerne à ingerência política das hierarquias sociais e políticas locais, assinalada por Celina Souza e Flávio Fontanelli no capítulo 2 deste livro, aparece de forma bastante interessante nas três experiências. Em Curitiba e em Maracanaú, o insulamento parece ter durado apenas o tempo do mandato dos respectivos prefeitos (no caso de Curitiba, quatro anos; no de Maracanaú, oito anos), mas nesses períodos as conquistas no campo da implementação e da institucionalização das políticas parecem ter sido expressivas e alcançadas a partir de trabalho estratégica e tecnicamente consistente, sem perder de vista as injunções e as buscas de negociação e consenso com os atores políticos locais. A equipe da secretaria em Maracanaú logra ainda certo apoio político direto para suas ações, por meio de emendas parlamentares. No caso de Teresópolis, mesmo com a enorme instabilidade política local (diversos prefeitos se sucederam, alguns cassados por corrupção) e o desastre humano, socioeconômico e ambiental causado pelas chuvas de 2011 – no meio do período analisado –, a área educacional parece ter sido politicamente menos valorizada – ao menos enquanto possibilidade de barganha político-eleitoral – e deixado as equipes técnicas *insuladas*, mantendo os serviços funcionando em conjuntura de grande turbulência social e política.

À guisa de considerações finais, registramos a relevância de aprofundamento e multiplicação de estudos sobre os múltiplos fatores que afetam a implementação, como pudemos visualizar de forma transversal nessas reflexões a partir das três experiências municipais de implementação de políticas que integram este livro. Como lembra Menicucci (2018), as diferentes burocracias e capacidades estatais envolvidas, bem como os arranjos e os instrumentos das políticas por estas atualizados em cada contexto específico, apontam dimensões técnicas e políticas que favorecem, em maior ou menor grau – conforme a área e as peculiaridades dos contextos culturais e organizacionais locais –, a coordenação federativa e a consistência dos processos de implementação.

## REFERÊNCIAS

- ARRETCHE, M. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. *In*: MOREIRA, M. C.; CARVALHO, M. C. B. (Orgs.). **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais**. São Paulo: PUC-SP, 2001.
- BICHIR, R. M.; SIMONI JUNIOR, S.; PEREIRA, G. A implementação do Sistema Único de Assistência Social (Suas) nos municípios brasileiros. *In*: LOTTA, G. S. (Org.). **Teoria e análises sobre implantação de políticas públicas no Brasil**. Brasília: Enap, 2019.

GOMIDE, A.; PEREIRA, A.; MACHADO, R. O conceito de capacidade estatal e a pesquisa científica: abertura do dossiê Capacidades Estatais para Políticas Públicas. **Sociedade e Cultura**, Goiânia, v. 20, n. 1, p. 3-12, jan./jun. 2017.

HILL, H. C. Understanding implementation: street-level bureaucrats' resources for reform. **Journal of Public Administration Research and Theory**, v. 13, n. 3, p. 265-282, 2003.

KASMIRSKI, P.; GUSMÃO, J.; RIBEIRO, V. M. O Paic e a equidade nas escolas de ensino fundamental cearenses. **Estudos em Avaliação Educacional**, São Paulo, v. 28, n. 69, p. 848-872, set./dez. 2017.

LASCOUSMES, P.; LES GALÈS, P. A ação pública abordada pelos seus instrumentos. **Revista Pós Ciências Sociais**, v. 9, n. 18, jul./dez. 2012.

LOTTA, G. S. (Org.) **Teoria e análises sobre implantação de políticas públicas no Brasil**. Brasília: Enap, 2019.

LOTTA, G. S.; GALVÃO, M.; FAVARETO, A. Análise do Programa Mais Médicos à luz dos arranjos institucionais: intersetorialidade, relações federativas, participação social e territorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2761-2772, set. 2016.

MENICUCCI, T. Perspectivas teóricas e metodológicas na análise de políticas públicas: usos e abordagens no Brasil. **Revista Política Hoje**, v. 27, n. 1, p. 42-55, 2018.

PADILHA, F. *et al.* Qualidade e equidade no ensino fundamental público do Ceará. **Cadernos Cenpec**, v. 3, n. 1, p. 82-110, 2013.



# **Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**

## **Assessoria de Imprensa e Comunicação**

### **EDITORIAL**

#### **Coordenação**

Reginaldo da Silva Domingos

#### **Assistente de Coordenação**

Rafael Augusto Ferreira Cardoso

#### **Supervisão**

Camilla de Miranda Mariath Gomes

Everson da Silva Moura

#### **Revisão**

Alice Souza Lopes

Ana Clara Escórcio Xavier

Clícia Silveira Rodrigues

Idalina Barbara de Castro

Luiz Gustavo Campos de Araújo Souza

Olavo Mesquita de Carvalho

Regina Marta de Aguiar

Amanda Ramos Marques (estagiária)

Hellen Pereira de Oliveira Fonseca (estagiária)

Ingrid Verena Sampaio Cerqueira Sodré (estagiária)

Isabella Silva Queiroz da Cunha (estagiária)

#### **Editoração**

Aeromilson Trajano de Mesquita

Bernar José Vieira

Cristiano Ferreira de Araújo

Danilo Leite de Macedo Tavares

Herllyson da Silva Souza

Jeovah Herculano Szervinsk Junior

Leonardo Hideki Higa

#### **Capa**

Herllyson da Silva Souza

*The manuscripts in languages other than Portuguese  
published herein have not been proofread.*

#### **Livraria Ipea**

SBS – Quadra 1 – Bloco J – Ed. BNDES, Térreo

70076-900 – Brasília – DF

Tel.: (61) 2026-5336

Correio eletrônico: [livraria@ipea.gov.br](mailto:livraria@ipea.gov.br)







## MISSÃO DO IPEA

Aprimorar as políticas públicas essenciais ao desenvolvimento brasileiro por meio da produção e disseminação de conhecimentos e da assessoria ao Estado nas suas decisões estratégicas.

ISBN 978-65-5635-000-4



9 786556 350004 >

**ipea** Instituto de Pesquisa  
Econômica Aplicada

MINISTÉRIO DA  
ECONOMIA



PÁTRIA AMADA  
**BRASIL**  
GOVERNO FEDERAL