



MARÍLIA DELLA LUCIA GOMES

**DESCENTRALIZAÇÃO E FORMULAÇÃO DE
POLÍTICAS DE SAÚDE: UM ESTUDO DA
CAPACIDADE INSTITUCIONAL ADMINISTRATIVA
EM UM MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE DO SUL DE
MINAS GERAIS**

LAVRAS-MG

2016

MARÍLIA DELLA LUCIA GOMES

**DESCENTRALIZAÇÃO E A FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS DE
SAÚDE: UM ESTUDO DA CAPACIDADE INSTITUCIONAL ADMINISTRATIVA
EM UM MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE DO SUL DE MINAS GERAIS**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Lavras, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Administração Pública, área de concentração em Gestão de Organizações Públicas, para a obtenção do título de Mestre.

Orientadora

Dra. Patrícia Aparecida Ferreira

LAVRAS-MG

2016

**Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da Biblioteca
Universitária da UFLA, com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).**

Gomes, Marília Della Lucia.

Descentralização e formulação de políticas de saúde : um estudo da capacidade institucional administrativa em um município de médio porte do sul de Minas Gerais / Marília Della Lucia Gomes. – Lavras : UFLA, 2016.

180 p.

Dissertação (mestrado profissional)–Universidade Federal de Lavras, 2016.

Orientador(a): Patrícia Aparecida Ferreira.

Bibliografia.

1. Descentralização. 2. Federalismo. 3. Capacidade Institucional-administrativa. 4. Formulação. 5. Políticas de Saúde. I. Universidade Federal de Lavras. II. Título.

MARÍLIA DELLA LUCIA GOMES

**DESCENTRALIZAÇÃO E A FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS DE
SAÚDE: UM ESTUDO DA CAPACIDADE INSTITUCIONAL ADMINISTRATIVA
EM UM MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE DO SUL DE MINAS GERAIS**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Lavras, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Administração Pública, área de concentração em Gestão de Organizações Públicas, para a obtenção do título de Mestre.

APROVADA em 29 de fevereiro de 2016.

Dra. Júlia Moretto Amâncio UFLA

Dra. Suely de Fátima Ramos Silveira UFV

Dra. Patrícia Aparecida Ferreira

Orientadora

LAVRAS-MG

2016

Ao meu esposo Wesley, meu maior incentivador
e companheiro durante esta jornada.

Ao meu filho Gabriel, razão da minha vida e do meu esforço.

AGRADECIMENTOS

Muitos foram os desafios enfrentados durante esta jornada, de todas as ordens e tamanhos. Não foi fácil conciliar todas as obrigações e afazeres, profissionais e familiares, em prol de um objetivo como este. Foi árduo, mas foi revelador e engrandecedor. O melhor de tudo isso é saber que nunca estive sozinha nesta empreitada e sempre pude contar com pessoas maravilhosas.

Primeiramente, agradeço a Deus, pela sua força Divina, que sempre tem guiado meus passos, dando-me forças e serenidade para seguir em frente na busca de meus objetivos.

Agradeço à Universidade Federal de Lavras e ao Programa de Pós-Graduação em Administração Pública, pela excelência do ensino, que me possibilitou esta formação ímpar.

Aos professores e colegas do curso de mestrado profissional em Administração Pública pelos momentos de saber compartilhados.

Às professoras Suely de Fátima Ramos Silveira e Júlia Moretto Amâncio, pelas valorosas contribuições a este trabalho.

Aos colegas da Prefeitura Municipal de Lavras, especialmente da Procuradoria Geral do Município, pelos momentos de trabalho e de experiências partilhados, que tanto contribuíram para este trabalho.

Em especial, à Professora Patrícia Aparecida Ferreira, minha orientadora, que a todo o momento me conduziu de forma tão profissional, carinhosa e compreensiva. Desde o início da orientação, com sua leitura e comentários precisos, indicou-me os caminhos, concedendo espaço para que eu pudesse expressar minhas ideias.

À minha amada família, em especial aos meus pais, Antônio Fernando e Semíramis, ao meu irmão, Estêvão, cunhadas, sogros, primos e tios, e amigos, pelo apoio, carinho e incentivo.

Por fim, aos meus amores, Wesley e Gabriel, que vivenciaram tudo isso ao meu lado, sabendo entender e respeitar os momentos de necessária ausência. Esta vitória também é de vocês!

A todos, o meu muito obrigada!!!

RESUMO

O processo de descentralização estabelecido pela Constituição Federal de 1988 e reconhecimento da autonomia dos municípios, sendo uma especificidade do federalismo brasileiro, foi desenhado a fim de garantir empoderamento local. Porém, pode-se perceber uma reconversão nesta discussão acerca dos papéis do Estado e especialmente no âmbito da centralização e descentralização. O Governo Federal, por meio de estabelecimento de políticas sociais centrais, dentre as quais estão as de saúde, tem buscado promover uma maior coordenação/formulação de políticas públicas, delegando aos municípios apenas o papel de implementadores. Neste cenário, as políticas de saúde desenvolvidas dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) são importantes objetos de análise sobre o processo de descentralização administrativa no federalismo brasileiro, se considerada, sobretudo, a formulação e coordenação exercida pela União e a eminentemente atividade implementadora dos estados e, principalmente, municípios. O presente trabalho realiza um estudo de caso, em um município de médio porte do sul de Minas Gerais, a fim de avaliar a capacidade deste município para a formulação de políticas de saúde. Portanto, o trabalho avalia a capacidade estatal para formulação de políticas de saúde no Município de Lavras/MG, tendo como base a dimensão institucional-administrativa. Para tanto, são identificadas as principais políticas de saúde formuladas no período de janeiro de 2011 a junho de 2015. Com base nesta pesquisa empírica, de forma a analisar se as políticas identificadas decorrem da atividade de formulação de políticas locais ou de implementação de políticas definidas pelo Governo Federal, é reservado um tópico à discussão dos dados levantados em contraposição às perspectivas teóricas apresentadas. Com base nas análises a respeito da configuração federativa das políticas de saúde, propõe-se o redesenho do ciclo de políticas públicas dentro do Estado Federativo Brasileiro.

Palavras-chave: Descentralização. Federalismo. Capacidade Institucional-administrativa. Formulação. Políticas de Saúde.

ABSTRACT

The decentralization process established by the Constitution of 1988, as well as the recognition of the autonomy of the municipalities, being a specificity of Brazilian federalism, were designed to ensure local empowerment. In recent years, a reconversion in the discussion concerning the role of a State, especially in the field of centralization and decentralization, was noticed. The Federal Government, has sought to promote greater coordination/formulation of public policies, delegating the role of implementers to the municipalities, by means of establishing central social policies, among which are health policies. In this scenario, health policies developed within the Unified Health System (SUS) are important objects of analysis concerning the process of administrative decentralization in Brazilian federalism, especially considering the formulation and coordination exercised by the Union and the eminent implementing activity of the States, and especially municipalities. This paper is a case study in a medium-size southern municipality of Minas Gerais (MG), Brazil, aimed at evaluating the capacity of the municipality in formulating health policies. Therefore, the study evaluates the state's capacity to formulate health policy-making in the municipality of Lavras - MG, based on institutional and administrative dimensions. To this end, we identified the main health policies formulated between January 2011 and June 2015. Based on this empirical research, and in order to analyze if the identified policies stem from the local policy-making activity or from the implementation of policies defined by the Federal Government, we reserved a discussion topic of the collected data opposing the theoretical perspectives presented. Based on the analyzes of the federal configuration of health policies, we proposed to redesign the cycle of public policies within the Brazilian Federative State.

Keywords: Decentralization. Federalism. Institutional and Administrative Capacity. Formulation. Health Policy.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Dimensões das capacidades estatais	78
Quadro 2 Resumo das Características das Políticas de Saúde	90
Quadro 3 Quantitativo dos documentos analisados	93
Quadro 4 Dimensões investigadas na pesquisa documental	95
Quadro 5 Leis Ordinárias – Políticas de Saúde	102
Quadro 6 Programas criados visando a incentivos remuneratórios aos servidores da área da saúde	109
Quadro 7 Convênios, Termos de cooperação e congêneres	111
Quadro 8 Estrutura Orgânica da Secretaria Municipal de Saúde de Lavras no Período de 2011 a 2015	119
Quadro 9 Composição e escolaridade do quadro de pessoal ativo da Secretaria Municipal de Saúde x Total de Servidores da Administração Pública Direta do Poder Executivo de Lavras/MG	128
Quadro 10 Porcentagem aproximada da prevalência de servidores de nível médio e superior na Secretaria de Saúde	129
Quadro 11 Porcentagem de servidores da saúde com relação ao total de servidores do Poder Executivo	132

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Distribuição per capita dos tributos arrecadados	77
---	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Coordenação da Política de Saúde no Federalismo Brasileiro – espiral descendente	150
Figura 2 Coordenação da Política de Saúde no Federalismo Brasileiro – espiral ascendente	153

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	Problema	15
1.2	Objetivo Geral	15
1.2.1	Objetivos Específicos	15
1.3	Justificativa	15
2	REFERENCIAL TEÓRICO	22
2.1	Políticas sociais, federalismo e descentralização	22
2.1.1	Abordagens gerais sobre federalismo e descentralização	25
2.1.2	O Estado Federal Brasileiro	31
2.1.3	Efeitos da descentralização do Brasil sobre os municípios e suas políticas sociais	37
2.2	Capacidade de formulação de políticas sociais	48
2.2.1	Capacidades Estatais e as políticas sociais	57
2.2.1.1	Dimensão institucional-administrativa	63
2.2.1.2	Dimensão sociopolítica	67
2.2.1.3	Dimensão econômico-financeira	72
2.3	Políticas sociais e o Sistema Único de Saúde	79
3	METODOLOGIA	91
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES	99
	As políticas de saúde do Município de Lavras	
4.1	O Município de Lavras/MG	99
4.2	Políticas sociais na área de saúde formuladas entre janeiro de 2011 a junho de 2015	101

4.3	Capacidade institucional-administrativa do município de Lavras para formular políticas de saúde	117
4.3.1	Estrutura administrativa da gestão em saúde	118
4.3.2	Recursos humanos da área de saúde	126
4.3.3	Participação social	135
4.4	Políticas de saúde em Lavras: capacidade de formulação ou implementação de políticas formuladas pelos governos centrais?	139
5	CONCLUSÕES	157
	REFERÊNCIAS	162

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 (CF/88), ao estabelecer sua força normativa e a necessidade de efetivação dos direitos civis, políticos e sociais positivados no texto constitucional, trouxe um alargamento das responsabilidades do Estado Democrático Brasileiro, no sentido de estabelecer atividades prestacionais ao cidadão, as quais são efetivadas por meio das políticas públicas.

Neste contexto, o Pacto Federativo foi estabelecido na Carta Magna como cláusula pétrea, com a repartição da soberania estatal entre os governos da União, dos Estados Federados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Houve, então, uma inovação no processo de descentralização do poder político, engendrada pela CF/88, que distribuiu competências e reconheceu a autonomia dos municípios, lugar de execução e de disponibilização de serviços públicos e de elaboração de políticas públicas condizentes com as necessidades da população local.

Este novo cenário político-administrativo tem despertado estudos acadêmicos visando compreender as questões relacionadas ao funcionamento do federalismo de forma concreta, em especial, o interrelacionamento entre as entidades federadas de modo a possibilitar a efetivação dos direitos e garantias que a CF/88 delegou ao provimento do Estado.

Com a escassez de recursos, o aumento das atribuições estatais e os constantes conflitos gerados pelas inúmeras demandas, os governantes dos entes federados veem a necessidade de selecionar os interesses que devem ser tutelados ou atendidos, estabelecendo, assim, uma ordem de prioridades e de questões que entrarão na pauta das decisões políticas, a fim de que sejam formuladas as políticas públicas.

A agenda de política pública dependerá, além do plano de governo e de questões ideológicas, de outras influências como as restrições orçamentárias, numa concepção de Estado Mínimo, ou as questões sociais, numa concepção de Estado do Bem-Estar Social (GELINSKI; SEIBEL, 2008).

Com relação às políticas de saúde, destaca-se que, embora estejam garantidas no texto constitucional, a efetivação delas reflete, muitas vezes, a capacidade dos municípios para a formulação de políticas que atendam às reais necessidades da população local.

Para tanto, foi atribuída ao município a competência para legislar sobre assuntos de interesse local, a chamada competência exclusiva, para complementar a legislação federal e estadual no que couber (competências concorrentes e suplementares) e a competência comum, exercida pelos diversos entes federativos.¹

Todavia, a posição jurídica extraordinariamente forte do município brasileiro se contrapõe a sua capacidade bastante limitada de atuação prática. Por esta razão, é comum a constante reprodução da legislação federal ou estadual em âmbito local. Esta prática tem sido criticada devido à insegurança e ao comodismo de legisladores e servidores municipais e, também, pela incapacidade técnica de promoverem inovações legislativas em programas municipais (ANDRADE, 2004).

Por essas e outras razões é que o pacto federativo é, com frequência, contestado pelos autores ou torna-se objeto de acirradas discussões sobre a necessidade de revê-lo, as quais se baseiam, muitas vezes, no dilema entre a competência para fazer *versus* recursos para poder fazer. Tais discussões centravam-se na insuficiência ou forma de repartição dos recursos financeiros

¹As competências estão elencadas nos artigos 23 (comum), 30 (exclusiva e suplementar), da CF/88.

entre as entidades federadas para atender à grande e progressiva demanda social (ANDRADE, 2004; ANTINARELLI, 2012; GOMES, 2010).

Nos últimos anos, pode-se perceber uma reconversão nesta discussão acerca dos papéis do Estado e, especialmente, no âmbito da centralização e descentralização. O Governo Federal, através de estabelecimento de políticas sociais centrais, dentre as quais estão as de saúde, tem buscado promover uma maior coordenação/formulação de políticas públicas, delegando aos municípios, apenas o papel de implementadores (ARRETCHE, 2004; GOMES, 2010; PAPI, 2013).

Com isso, embora os governos locais tenham papel de destaque, a formulação e a execução de políticas de saúde podem ser afetadas por diretrizes e pela regulação federal, principalmente, quando limitam a autonomia decisória dos municípios com relação à alocação de recursos (ARRETCHE, 2010).

Neste cenário, as políticas de saúde desenvolvidas dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) são importantes objetos de análise sobre o processo de descentralização administrativa no federalismo brasileiro, se considerada, sobretudo, a formulação e coordenação exercida pela União e a eminentemente atividade implementadora dos estados e, principalmente, municípios.

Ademais, tem-se reconhecido a insuficiência dos municípios para isoladamente darem respostas adequadas em termos de formulação de políticas de saúde. Para superar essas limitações do poder local, há a necessidade de buscar novas estratégias de colaboração interfederativa (ZIMBRÃO, 2013), que perpassam, também, pela cooperação entre os municípios e suas regiões para melhorar a qualidade de vida da população abrangida, através de redes de cooperação – regional, macrorregional ou internacional – para interagirem em uma temática concreta, através de relações intermunicipais (ESTEVE, 2009).

Consideradas as limitações dos entes municipais em utilizarem-se da autonomia político-administrativa a eles conferida constitucionalmente, para a

formulação de políticas públicas, é necessário trazer à baila os estudos sobre as capacidades estatais dos municípios de formularem suas políticas de saúde num federalismo centralizado como o brasileiro, considerando, ainda, a necessidade de coordenação das políticas nacionais.

Levando-se em conta que o conceito de capacidades estatais refere-se aos recursos (administrativos, financeiros, políticos, etc.) disponíveis, para moldar as intervenções estatais (PIERSON, 1995), de forma a atingir maior eficiência e eficácia para atingir objetivos em políticas públicas, parte-se, pois, do pressuposto de que, para que se demonstre uma boa capacidade estatal para a formulação de políticas de saúde locais, o município deve basear-se na construção de uma gestão pública democrática, a qual passa pela análise e desenvolvimento de três dimensões fundamentais:

1) a dimensão econômico-financeira, que se relaciona com os problemas do âmbito das finanças públicas e investimentos estatais, envolvendo questões de natureza fiscal, tributária e monetária; 2) a dimensão institucional-administrativa, que abrange os problemas de organização e articulação dos órgãos que compõem o aparato estatal, como as dificuldades de planejamento, direção e controle das ações estatais, e a questão da profissionalização dos servidores públicos para o desempenho de suas funções; 3) a dimensão sociopolítica, que compreende problemas situados no âmago das relações entre o Estado e a sociedade, envolvendo os direitos dos cidadãos e sua participação na gestão (PAES DE PAULA, 2005, p. 40).

Assim, considera-se que, quanto mais próximo de uma gestão pública democrática, ou seja, quanto melhor o município souber trabalhar e resolver os problemas relativos às dimensões citadas, maior será a sua capacidade de formulação de políticas de saúde locais.

Desta forma, para fins desta pesquisa, a análise da capacidade estatal de formulação de políticas sociais será baseada na avaliação da dimensão institucional-administrativa do município a ser estudado.

1.1 Problema

O problema da pesquisa proposta funda-se no seguinte questionamento: qual a capacidade estatal de formulação de políticas de saúde em um município de médio porte no sul de Minas?

1.2 Objetivo Geral

Avaliar a capacidade estatal de um município de médio porte, para formular políticas de saúde, no período compreendido entre janeiro de 2011 e junho de 2015.

1.2.1 Objetivos Específicos

a) Identificar as principais políticas de saúde formuladas pelo município a ser estudado.

b) Avaliar a capacidade estatal, de acordo com a dimensão institucional-administrativa desse município, para formular essas políticas sociais, considerando o período analisado e

c) Verificar se as políticas identificadas decorreram de processo de formulação de políticas locais ou visaram à implementação de políticas formuladas pelos governos centrais.

1.3 Justificativa

Houve, a partir dos anos de 1990, o ressurgimento da importância do campo de conhecimento das políticas sociais, dando maior visibilidade à área, em razão de vários fatores, como as políticas restritivas de gasto, em especial

por causa da substituição do padrão Keynesiano do pós-guerra, com a adoção de orçamentos equilibrados. Entretanto, apesar de tais tentativas, ainda não foi possível a promoção do desenvolvimento econômico juntamente à promoção da inclusão social e à garantia dos direitos sociais para grande parte da população (SOUZA, 2006), de forma ampla igualitária e emancipadora.

De outro lado, viu-se, no Brasil, uma reforma constitucional que, ao mesmo tempo em que trouxe a garantia dos direitos sociais ao texto da Constituição Federal de 1988, operou a descentralização político-administrativa, por meio de um pacto federativo *sui generis*, que “empoderou” os governos municipais e delegou a eles várias obrigações no sentido da execução de políticas de cunho social.

Dentro desta perspectiva, a elaboração e a execução de políticas sociais ganharam maior visibilidade acadêmica, sobretudo, o estudo sobre as questões federativas que as envolvem, tendo em vista que, em tese, essas políticas possuem maior eficácia, se baseadas nas relações específicas de uma determinada população, o que pode ser feito em âmbito municipal. Entretanto, nos últimos anos, as políticas sociais foram marcadas pela forte regulamentação federal.

Ademais, são poucos os estudos no Brasil que abordam as questões referentes à esfera municipal, muito embora a política local esteja longe de ser insignificante para o sistema democrático do país, pois é de onde emergem as formas de participação dos cidadãos (ALMEIDA; CARNEIRO, 2003), onde as pessoas vivem.

Tem-se enfatizado a produção de pesquisas que abordam o sistema constitucional do federalismo brasileiro, os efeitos da descentralização sobre a implementação de políticas públicas e programas específicos e a distribuição de recursos fiscais e encargos entre os entes da Federação (PALOTTI; MACHADO, 2014).

Surge, então, a necessidade de realizarem-se estudos que procurem verificar a dinâmica da elaboração de políticas sociais por municípios, em contraposição à realidade estritamente centralizadora verificada historicamente no Brasil e a limitação dos municípios em termos técnicos e financeiros.

De outro lado, considera-se que muitas decisões de política pública são tomadas além do momento da formulação, no processo de implementação, não ocorrendo na prática uma separação estanque entre estas etapas (LINDBLOM; WOODHOUSE, 1993 apud GOMIDE; PIRES, 2014, p. 139).

Com base na referência teórica de autores como Arretche (2010) e Gomes (2010), defende-se que, possivelmente, o principal interesse dos estudos sobre a descentralização não seja a entrega descentralizada de serviços, mas o grau de autonomia para a tomada de decisões sobre as políticas e serviços locais. Neste sentido, o grau de autonomia obtida pelos governos subnacionais em cada dimensão da descentralização é o que realmente se torna relevante analiticamente para entender os impactos da descentralização no desempenho dos governos locais.

Porém, a autonomia dos municípios para decisão pode não significar apenas em capacidade de utilização desta discricionariedade, para formulação de políticas sociais locais, mas na elaboração de ações, planos, programas visando à implementação das políticas desenhadas em âmbito federal.

Portanto, o trabalho avaliou a capacidade estatal para formulação de políticas de saúde em um município de médio porte, tendo como base a dimensão institucional-administrativa. Esta dimensão se baseia na perspectiva da gestão pública democrática, formulada por Paes de Paula (2005), a qual contempla, também, as dimensões econômico-financeiras e sociopolíticas.

Embora o conceito de capacidades estatais denote inicialmente a ideia de se tratar da análise das capacidades de um Estado como um todo, como um ente soberano, os estudos atuais, como o que será apresentado adiante, também, têm

utilizado este conceito para análise de políticas públicas de entes federados, no caso do Brasil, estados e municípios.

Sem desconsiderar a importância e relevância das demais dimensões pelas quais são consideradas e estudadas as capacidades estatais², o estudo foi realizado com foco na dimensão institucional-administrativa, por ser esta considerada primordial para o desenvolvimento de qualquer ação do estado. Corroborando este entendimento, Garcia (2015) constata que as definições e propostas de dimensionamento da capacidade estatal apresentam dois importantes consensos. O primeiro é que o Estado interfere nas condições de desenvolvimento das sociedades e, o segundo “é que a habilidade administrativa do Estado é uma dimensão estratégica para a execução dos objetivos pactuados socialmente” (GARCIA, 2015, p. 11). Esta constatação leva a autora a afirmar que “o conceito de capacidade estatal necessariamente vincula-se à lógica da finalidade de ação estatal e que a dimensão administrativa estará sempre presente” (GARCIA, 2015, p. 11).

Foram escolhidas as políticas de saúde, para o desenvolvimento da pesquisa, tendo em vista que, dentre as políticas sociais, essas tiveram um processo de estruturação iniciado mesmo antes da CF/88 e que ganhou força com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na década de 1990, enquanto outras, como as políticas de assistência social, ainda, passam por processos de estruturação federativa nos últimos anos (BICHIR, 2011). Por tal razão, a escolha das políticas de saúde, o que garantiu maiores subsídios práticos e teóricos para a análise pretendida.

Foram verificadas as políticas sociais de saúde formuladas no Município de Lavras, no período de janeiro de 2011 a junho de 2015.

² Conforme será apresentado na seção 2.2, as capacidades estatais são discutidas e analisadas pelos autores sob a ótica de diferentes dimensões (financeira, institucional, administrativa, política, técnica, de participação social, etc).

Optou-se por analisar um município de médio porte, por ser considerado, muitas vezes, como centro de referência regional em execução de serviços sociais, muito embora estudos como os de Antinarelli (2012) de Arretche (2004) e de Prado (2001), tenham demonstrado que, tendo em vista a repartição de receitas fiscais, em particular pelo Fundo de Participação dos Municípios, municípios desta natureza passam por maiores dificuldades financeiras, considerando-se a transferência de recursos per capita, do que aqueles de pequeno porte.

Sugere-se que esta disparidade possa influenciar a forma como as políticas sociais são planejadas, elaboradas e implementadas.

Por outro lado, para a avaliação das capacidades institucionais administrativas na área de saúde, escolheu-se explorar a base de dados fornecida pela Pesquisa de Informações Básicas Municipais (MUNIC), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), por contemplar profundas análises e dados de diferentes aspectos da gestão pública municipal que orientam o trabalho realizado (IBGE, 2015b).

Sendo atinente à linha de pesquisa de Gestão de Organizações Públicas do Mestrado Profissional em Administração Pública da Universidade Federal de Lavras, o trabalho visa contribuir para tais discussões. Entende-se que o estudo venha somar a outras pesquisas realizadas por este programa de pós-graduação, seja as que possuem foco na formulação de políticas públicas ou aquelas que discutem questões relativas à administração pública municipal.

Além disso, no trabalho procurou-se compreender melhor as relações federativas atinentes à capacidade estatal e formulação de políticas sociais de saúde. Visionou-se analisar criticamente as práticas administrativas, entendendo-se que os resultados da pesquisa trarão contribuições em termos teóricos e empíricos.

Pretendeu-se, em especial, contribuir para as discussões sobre o processo de descentralização federativa no Brasil e sobre o papel do município no que se refere às políticas sociais de saúde. Para isso e, com relação ao espaço reservado ao município dentro do sistema federalista brasileiro para a gestão de políticas públicas, almejou-se abordar o liame existente entre a ideia de formulação de políticas sociais e a discricionariedade existente na implementação destas políticas, considerando o ciclo de políticas públicas como algo dinâmico. Por outro lado, o trabalho visou acrescentar, em termos teóricos e empíricos, elementos à recente e importante discussão acadêmica acerca das capacidades estatais.

Com relação ao município pesquisado, buscou-se contribuir para que os gestores, servidores públicos e acadêmicos e pesquisadores interessados na área tenham, com base nos resultados obtidos na pesquisa, uma ferramenta para verificar e avaliar as práticas, estratégias e limitações administrativas na gestão das políticas de saúde no município, em especial no que se refere à prática da formulação destas políticas, a fim de que elas possam ser analisadas, criticadas e, possivelmente, melhoradas.

O estudo visou fornecer, ainda, subsídios para que outros municípios tenham embasamento teórico e prático para a discussão de suas realidades locais, podendo se socorrer às análises apresentadas neste trabalho para reavaliar suas práticas na gestão de políticas públicas.

O trabalho está estruturado da seguinte forma:

Após a introdução, a primeira Subseção do referencial teórico abordará o tema das políticas sociais, federalismo e descentralização, em que são abordadas as questões teóricas sobre o federalismo e o seu desenvolvimento histórico no Brasil, bem como o papel no município neste contexto e os impactos da descentralização sobre suas políticas sociais. A segunda Subseção apresentará o tema das capacidades estatais, bem como as abordagens sobre as

dimensões da gestão pública democrática que servirão de base teórica para analisar a capacidade estatal de formulação de políticas sociais em municípios. A terceira Subseção faz um estudo do funcionamento do Sistema Único de Saúde no sistema de proteção social brasileiro e de suas características e especificidades institucionais.

Após o referencial teórico, serão apresentados os procedimentos metodológicos utilizados para o desenvolvimento da pesquisa e os métodos de coleta e análise de dados.

Na quarta parte, apresentar-se-ão os resultados do estudo, realizado no Município de Lavras, visando identificar, relacionar e delimitar as principais políticas de saúde formuladas no período de janeiro de 2011 a junho de 2015. Após, será destinada uma Subseção para a avaliação da capacidade institucional administrativa do Município de Lavras, com vistas à formulação de políticas de saúde. Com base nesta pesquisa empírica, será reservado um tópico à discussão dos dados levantados em contraposição com as perspectivas teóricas apresentadas, de forma a analisar se as políticas identificadas decorrem da atividade de formulação de políticas locais ou de implementação de políticas definidas pelo Governo Federal.

Depois, serão apresentadas as conclusões e apresentadas as referências bibliográficas.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Políticas sociais, federalismo e descentralização

Entendendo ser importante uma análise de forma ampla, acerca do sistema de proteção social do país, a presente seção traz uma discussão geral sobre o modelo brasileiro de política social, considerando sua inserção no nosso sistema federalista descentralizado.

A análise da formação do federalismo no Brasil permite compreender a forma de concessão dos direitos sociais e as políticas públicas deles decorrentes, o que influencia suas especificidades históricas e institucionalidades, apresentando reflexos claros nas políticas de saúde, objeto principal de análise neste trabalho. Portanto, é necessária essa digressão, para que as práticas atuais em termos das políticas sociais e, em especial das políticas de saúde, possam ser entendidas de forma contextualizada.

Além desta introdução, a seção é dividida em três subseções. Primeiramente, apresenta-se a aceção e conceito de políticas sociais e a trajetória resumida delas no contexto brasileiro. A primeira subseção aborda noções gerais sobre federalismo e descentralização, a segunda subseção faz uma análise sobre a formação e o desenvolvimento do Estado Federal Brasileiro e a terceira subseção procura trazer uma discussão acerca dos efeitos da descentralização orquestrada pelo federalismo brasileiro sobre os municípios e suas políticas sociais.

As políticas sociais brasileiras começaram a ganhar relevo com a emergência do estado do bem-estar social, que se deu, inicialmente, em contextos autoritários (período de 1930 a 1945, bem como durante o regime

militar instaurado em 1964³). Neste contexto, as políticas sociais não estavam relacionadas com a ideia de necessidade ou ao pertencimento a uma comunidade, mas com a inserção no mercado de trabalho. Esse contexto é o que Wanderley Guilherme dos Santos (1981) chamou de “cidadania regulada”, pois o Estado se antecipou às demandas populares e às categorias socioprofissionais, em vez de buscarem conquistas sociais e trabalhistas de forma solidária, competiam entre si pelo acesso a serviços (MATIJASC, 2015).

Apenas com a democratização e consequente promulgação da CF/88, com sua importante evolução normativa, que clarificou o reconhecimento dos direitos sociais como fundamentais e universais e os delegou ao provimento do Estado, ganhou maior espaço e relevância a discussão sobre as políticas sociais, suas especificidades e a necessidade de garantir que os governos as formulem e as gerenciem de forma a atender o interesse público e garantir uma cidadania plena.

Embora os autores não apresentem um conceito claro, único e pacífico sobre políticas sociais, não se pode deixar de considerá-las como políticas públicas. Segundo Abranches, Santos e Coimbra (1998), a política social se relaciona com o processo estatal de alocação e distribuição de valores.

Assim, a política social é reconhecida como a ação governamental com objetivos relacionados à proteção social, ou seja, são as políticas públicas referidas àquelas ações que exercem — pelo menos em tese — um impacto direto sobre o bem-estar dos cidadãos.

Conforme esclarece Gomez (2012), as políticas públicas são dispositivos utilizados para controle social, definidos pelos sistemas políticos modernos, com o propósito de regulamentar um assunto de interesse público, bem como a forma de aplicação dos recursos. Este autor afirma, ainda, que, nas sociedades em que

³ Os direitos sociais não foram conquistados, mas consequência de concessões de governos centralizadores e autoritários (CREMONESE, 2007).

predomina o Estado de Direito, as políticas públicas podem ser definidas como diretrizes obrigatórias firmadas com o propósito de regular um assunto considerado de interesse público.

Souza (2007) afirma que a política pública, em geral, e a políticas sociais, em particular, são campos multidisciplinares, mas reconhece que, poucas vezes, temos clareza de que existem distinções importantes entre o estudo destas políticas, cada qual detém um foco diferente⁴.

Assim, as pesquisas sobre as políticas sociais expandiram-se através dos primeiros estudos sobre o Estado do bem-estar social e atualmente abrangem áreas como: política e gestão de serviços sociais, problemas sociais diversos e grupos sociais minoritários e excluídos (SOUZA, 2007).

Em termos de provisão, as políticas sociais podem ser de acesso universal ou focalizado, neste caso, podendo ser direcionadas para determinados grupos sociais.

Por sua vez, Arretche (2010) classifica as políticas sociais descentralizadas em dois tipos:

a) Políticas sociais *reguladas*, que são aquelas em que a autonomia decisória dos governos dos entes da federação é limitada pelo estabelecimento de limites de gasto e de modalidades de execução das políticas.

b) Políticas sociais *não reguladas*, que são caracterizadas pela autonomia dos entes federados descentralizados para tomar decisões (policy decision-making) acerca da execução das políticas (policy-making).

O sucesso de uma política social, em termos de atendimento de sua finalidade social, não depende somente das escolhas das alternativas de solução dos problemas enfrentados, é preciso, acima de tudo, possibilitar que as ações planejadas sejam colocadas em prática de modo efetivo.

⁴As pesquisas em políticas públicas se distinguem daquelas direcionadas às políticas sociais, tendo em vista que o foco das primeiras está em responder questões como “por quê” e “como” e as segundas centram-se nas consequências da política (SOUZA, 2007).

Porém, ainda temos um longo caminho a percorrer, a fim de retirar das práticas decisórias as políticas baseadas em paradigmas corporativistas e clientelistas que ocorrem no país, as quais, muitas vezes, acabam por impedir o desenvolvimento de políticas devidamente planejadas de forma técnica e eficiente. Desta forma, ainda é corrente, principalmente em âmbito local, a preterição de políticas públicas planejadas de interesse público em função de práticas clientelistas e antidemocráticas (IIZUKA, 2013; OLIVEIRA, 2006).

Superar este entrave é um desafio, em especial ao desenvolvimento de políticas sociais efetivas, que sejam garantidoras de direitos e que promovam a cidadania, de forma a possibilitar uma relação entre Estado e sociedade capaz de garantir aos cidadãos acesso a seus interesses e sua defesa de forma mais igualitária dentro da esfera pública.

A política social é, pois, uma área por excelência para discussão dos conflitos inerentes a todas as formas de desigualdade e exclusão. Conforme Lobato (2006), nos últimos vinte anos, o Brasil tem feito esforços importantes para mudar o padrão tradicional de tratamento dos problemas sociais e construir uma nova institucionalidade para a questão social.

Por fim, conclui-se que as políticas sociais são a forma de efetivação das promessas e direitos garantidos pelo Estado ao cidadão. Num estado federativo, como é o caso brasileiro, caracterizado pela forte descentralização político-administrativa, esta efetivação fica a cargo dos entes federados, de acordo com suas competências constitucionais e autonomias.

2.1.1 Abordagens gerais sobre federalismo e descentralização

A palavra federalismo vem do latim (*foedus*) e significa aliança. Como expressão do Direito Constitucional, refere-se à forma de Estado, denominada federação ou Estado Federal, caracterizada pela união de coletividades públicas

dotadas de autonomia político constitucional, ou seja, autonomia federativa (SILVA, 2001).

O Estado federado é, portanto, caracterizado pela repartição do poder político entre as diferentes entidades governamentais autônomas que coexistem em um mesmo território. A descentralização política é dada pela repartição constitucional de competências entre as entidades federadas autônomas que integram o Estado federado (BARROSO, 2013; MENDES; BRANCO, 2014; SILVA, 2001).

O federalismo clássico teve origem no Estado norte-americano, através do modelo formado por duas esferas de poder, a União e os Estados (federalismo de dois níveis), com uma progressão histórica centrípeta (BARROSO, 2013). Este modelo resultou de um lento processo, onde os Estados independentes, unidos pela cultura e pelas origens étnicas, procuraram a formação da federação (MENDES; BRANCO, 2014).

O federalismo surgiu, pois, da organização do Estado norte-americano, para fazer face à necessidade de um governo eficiente em um vasto território, formado de uma efetiva união de estados anteriormente soberanos, que renunciaram sua soberania para formar novas entidades territoriais, o Estado Federal e os Estados membros. Ressalta-se, ainda, que o Estado federado assegurou os ideais republicanos que vieram da revolução de 1776 (MENDES; BRANCO, 2014).

Por tais razões, entende-se que o federalismo norte-americano experimentou uma progressão histórica centrípeta (de fora para dentro), uma vez que se originou de uma efetiva união de estados anteriormente soberanos e que abdicaram de sua autonomia, ou de parcela dela, para formar novas unidades territoriais: “o estado federal (pessoa jurídica de direito público internacional) e a União (pessoa jurídica de direito público interno). A União constitui-se numa

das esferas de poder, ao lado dos estados membros, diante dos quais não se coloca em posição hierarquizada” (MAGALHÃES, 2004, p. 06).

Nos Estados Federativos, o governo central e os governos locais são independentes entre si e soberanos em suas respectivas jurisdições, ou seja, são autônomos com capacidade para elaborar e implementar suas próprias políticas públicas, dentro dos limites estabelecidos na Constituição (ARRETCHE, 2002).

Existem, na contemporaneidade, várias formas de estados federados, os quais apresentam características peculiares, inerentes às suas realidades locais, mas alguns elementos comuns podem ser identificados:

a) Repartição de competências, por via da qual cada entidade integrante da Federação receba competências políticas exercitáveis por direito próprio, frequentemente classificados em político-administrativas, legislativas e tributárias; b) a autonomia de cada ente, descrita classicamente como poder de autodeterminação exercido dentro de um círculo pré-traçado pela Constituição, que assegura a cada ente estatal poder de auto-organização, autogoverno e autoadministração; c) a participação na formação da vontade do ente geral, do poder nacional, o que tradicionalmente se dá pela composição paritária do Senado onde todos os Estados têm igual representação (BARROSO, 2013, p. 172).

Outra importante característica diz respeito às competências dos entes descentralizados que, além das competências administrativas e legislativas ordinárias, possuem competências legislativas constitucionais, ou seja, podem auto organizar-se através da elaboração de suas Constituições, sem a intervenção da União, que fará apenas o controle de constitucionalidade posterior (MAGALHÃES, 2004).

Sendo assim, a autonomia dos entes federados implica a competência do poder político para editar suas próprias leis, podendo aplicá-las mediante seus representantes políticos e demais autoridades locais, compreendendo, ainda,

aspectos políticos, administrativos e financeiros. No entanto, ela não é ilimitada, pois encontra definições e limitações na ordem jurídica constitucional (SANTIN; FLORES, 2006).

Ao contrário, nos Estados unitários, a autoridade política pertence apenas ao governo central, que está garantida pela concentração de autoridade política, fiscal e militar no governo central, ao passo que a autoridade política dos governos locais é derivada de uma delegação da autoridade política central (ARRETCHE, 2002).

Gomes (2010) constata que não há consenso entre os autores na definição acerca de quais sejam as dimensões da descentralização e nem de qual delas estaria associada à autonomia de decisão dos governos locais sobre suas ações, apesar de se reconhecer o entendimento comum de que tal definição seja necessária.

Atendo-se às questões atinentes ao funcionamento do federalismo e suas características, verifica-se que, dentro da autonomia político-administrativa, faz-se importante trazer a distinção entre descentralização política e descentralização administrativa ou desconcentração.

Assim, para uma definição de descentralização é mister uma leitura cruzada entre direito, ciência da administração, ciência política e economia, de modo a compreender fenômenos de (1) desconcentração administrativa, territorial ou funcional; (2) devolução de competências a órgãos eleitos, dotados de autonomia política; (3) terceirização de serviços públicos, parcerias com a sociedade civil e introdução de instrumentos de mercado (contratação); e (4) participação popular no processo de decisão sobre o gasto público. (...) pode-se distinguir entre três modalidades de descentralização: a administrativa, que compreende a desconcentração territorial e funcional, delegando-se maior competência e poder decisório aos graus mais baixos da hierarquia administrativa, e exercendo a atividade regulatória mediante agências autônomas; política, que se reflete na reformulação do pacto federativo, devolvendo-se

as unidades políticas subnacionais, inclusive aos municípios, a competência para decidir sobre o gasto público e sobre os meios pelos quais a comunidade suportará seus investimentos (BENTO, 2003, p. 116).

A descentralização política deriva do próprio federalismo, que concede autonomia aos entes federados para elaborar suas constituições próprias, suas leis ordinárias, para administrar-se conforme seus interesses, desde que em conformidade com os princípios da Constituição Federal (MENDES; BRANCO, 2014).

Segundo o entendimento de Schneider (2003), a dimensão política da descentralização refere-se às diferentes formas de representação dos interesses locais em instâncias locais, não estando limitadas somente aos órgãos eleitos. Para este autor, as funções políticas são consideradas descentralizadas quando existem canais de participação local e contestação que resultam em decisões públicas.

Por sua vez, a descentralização administrativa implica o reconhecimento de um maior ou menor grau de capacidade e responsabilidade decisória por parte dos agentes da administração de hierarquia mais baixa, devidamente delegadas pela autoridade superior (BENTO, 2003).

Portanto, para Schneider (2003), a dimensão fiscal está diretamente relacionada à autonomia de decisão, posto que a capacidade de decidir onde e de que forma as receitas públicas serão alocadas é a essência da descentralização em termos administrativos.

De outro lado, Treisman (2007) possui entendimento contrário, para quem a descentralização administrativa não tem relação com autonomia de decisão, a qual seria incluída na dimensão política da descentralização.

Segundo Mafra (2009), no âmbito das políticas públicas, a descentralização significa um processo de reestruturação interna no aparelho do

Estado, baseado na ideia de que é preciso conferir mais poder àqueles que estão junto aos cidadãos e conhecem suas principais necessidades. Assim, a descentralização perpassa as várias esferas de governo, envolvendo aspectos políticos, administrativos, técnicos e financeiros.

Neste sentido, a descentralização, considerada um princípio norteador de reformas no setor público e das mudanças nas relações entre Estado e sociedade, ganhou espaço, no fim da década de 1979 e década de 1980, oferecendo uma alternativa à crise do Estado do Bem-Estar Social.

Dentre os argumentos em defesa da descentralização, como fator impulsionador do desenvolvimento econômico e social e da própria democracia, estavam ideias como a melhor possibilidade de execução das políticas públicas por autoridades locais e de que as autoridades subnacionais teriam maior responsabilidade política, vez que estão mais próximas de seu eleitorado (THOMAZ; CUNHA, 2014).

Gomes (2010) afirma que os estudiosos e os governos partem do pressuposto de que a descentralização pode criar efeitos positivos em diferentes contextos nacionais: formando um canal político em sociedades etnicamente divididas; sendo um instrumento de democratização e participação; incentivando a capacidade de resposta do governo; melhorando a prestação de serviços públicos.

Por outro lado, existe um consenso entre os estudiosos de que a descentralização não é uma condição suficiente para garantir os resultados esperados.⁵

⁵Para Prud'Homme (1995), a suposição de que os governos locais atenderão os interesses da comunidade local não se aplica ao caso de países em desenvolvimento. Nesses países, argumenta o autor, não há recursos suficientes para responder a todas as necessidades e exigências. O voto é pessoal, carismático e não funciona como um mecanismo em que os eleitores revelem claramente suas preferências; as plataformas eleitorais são frágeis e pouco realistas e o prefeito não tem sua carreira política vinculada necessariamente à observância das preferências locais. Com base neste ponto de vista, Prud'Homme

Tal processo descentralizador clarifica tanto as possibilidades e oportunidades existentes, como os problemas, conflitos e obstáculos surgidos em âmbito local ao longo da história e da formação da cultura política local. Esta questão dificulta a realização de ações e políticas necessárias para atender à população próxima, em termos de políticas sociais (MAFRA, 2009).

Apesar dessas críticas, o debate que associa a descentralização com o aumento da reação dos governos locais, por um lado, e o desempenho de políticas que determinam o bem-estar coletivo, por outro lado, influenciou e continua a influenciar a agenda dos governos tanto em nível nacional e internacional.

Em resumo, as reformas de descentralização devem tomar em conta um desenho institucional que contenha incentivos e restrições apropriadas. Dentre os mecanismos que devem ser estabelecidos estão: a criação de conjuntos institucionais que visem promover accountability, o comportamento fiscal responsável e uma garantia de um nível mínimo das capacidades administrativas e fiscais (GOMES, 2010).

Gomes (2010) cita, ainda, que as transferências intergovernamentais seriam um dos caminhos institucionais para compensar as disparidades internas. Ademais, neste modelo, o papel dos governos centrais deve ser restrito às políticas que necessitam de coordenação nacional: o equilíbrio macroeconômico e mecanismos de compensação para as disparidades locais, como a adoção das transferências intergovernamentais.

2.1.2 O Estado Federal Brasileiro

apresenta o argumento de que as transferências intergovernamentais são mecanismos essenciais para minimizar um dos "perigos" da descentralização que é aumentar as disparidades.

Com base na leitura de autores como Almeida (2006), como Araújo (2010), Barroso (2013), Magalhães (2004, 2007), Mendes e Branco (2014), e Palotti e Machado (2014), a presente subseção descreverá de forma sintética a evolução histórica, institucional e legal do Estado Federal Brasileiro, enfatizando os aspectos considerados relevantes para o estudo em apreço.

Diferentemente do modelo de federalismo clássico, o modelo de Estado Federal adotado pelo Brasil surgiu a partir de um estado unitário, criado pela Constituição de 1824, descentralizado em decorrência de sua própria extensão territorial, o que ocasionava profundas diferenças regionais e culturais.

A forma de governo federalista foi introduzida pela primeira vez, no Brasil, por meio do Decreto n.1 de 15 de novembro de 1889, por um golpe militar, que afastou o poder de D. Pedro II, ao instalar um Governo Provisório. Até isso, existia um estado unitário com governo monárquico e hereditário, caracterizado pelo centralismo administrativo e político, em função do Poder Moderador, constitucionalizado pela Constituição Política do Império do Brasil, em 1824.

Assim, na realidade, o processo de federalização do Estado Brasileiro fez com que a União concentrasse o poder decisório em suas mãos, em detrimento à participação autônoma dos estados nas tomadas de decisão.

Em 1891, foi promulgada a primeira constituição da República do Brasil, a qual copiou várias instituições norte-americanas, dentre elas o federalismo.

A Constituição de 1934 procurou promover um reequilíbrio entre estados membro e governo central, que foi interrompida pelo golpe de Estado e a criação do “Estado Novo” em 1937, por Getúlio Vargas, líder do movimento revolucionário 1930.

A Carta Constitucional de 1937 conservou o sistema de estado federal, mas os estados federados se submetiam à supervisão, controle e fiscalização do presidente da República.

Com o processo de abertura política, após o Estado Novo, o municipalismo ganhou espaço, como movimento reivindicatório que conseguiu assegurar, na Carta de 1946, dispositivos que previam a repartição de rendas e de competências para os municípios.

Desta forma, a Constituição de 1946, liberal na sua forma e conteúdo, procurou recuperar o espírito federalista, presente na Constituição de 1934, com uma posição mais cooperativa entre Estado Central e Estados membros. Entretanto, esta redefinição do poder se deu pela redivisão do poder pela via do federalismo fiscal-financeiro, ou seja, com maior repartição das receitas e despesas federais (ARAÚJO, 2010).

A partir desta época, podem ser verificados os primeiros mecanismos objetivando um certo reequilíbrio estrutural e compensatório entre os Estados membros da federação brasileira, preocupando-se com o desenvolvimento regional, que ocupará um maior espaço nos governos posteriores (ARAÚJO, 2010).

Esse movimento de descentralização fiscal-financeira da União, em direção dos subsistemas nacionais, foi novamente detido a partir do golpe militar de 1964, que ocasionou na Constituição de 1967. Neste sentido, foram implementadas reformas, dentre as quais profundas reformas nos campos fiscal e financeiro, no sentido da centralização.

A reforma fiscal do regime militar promoveu o equilíbrio orçamentário e criou um novo modo de financiamento para o setor público, na qual o Governo Federal passou a se responsabilizar pela cobrança da maioria dos impostos (ARAÚJO, 2010).

Como reação a este federalismo extremamente autoritário e centralizado, Almeida (2006) afirma que o regime democrático, a descentralização dos recursos fiscais e das responsabilidades era a maior aspiração da opinião pública e dos movimentos sociais.

Therefore, it was only natural that democratic opposition to military rule took decentralization as one of its most cherished aims, together with social justice, rule of law and citizens participation. Decentralization on the local level was argued for the name of democracy as much as in then a me of governmental efficiency and efficacy. It would supposedly allow for citizens' influence in decision-making, as well as for citizens' control over government actions, reducing red tape, clientelism and corruption (ALMEIDA, 2006, p. 1).

Durante o regime militar, as relações intergovernamentais do Estado brasileiro caracterizam-se com as de um Estado unitário, especialmente porque governadores e prefeitos detinham escassa autonomia fiscal (ARRETCHE, 2002).

Nos anos de 1980, a democratização fez retornar as bases do Estado federativo no Brasil. A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2002) ⁶ estabeleceu o pacto federativo como cláusula pétrea, com a repartição da soberania estatal entre os governos da união, dos estados federados e dos municípios.

Vivenciou-se, no Brasil, um federalismo centrífugo e inovador, ao criar o federalismo de três níveis, tendo o município como um dos entes federados

⁶O artigo 1º, *caput*, da CF/88 estabelece que a República Federativa do Brasil é formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constituindo-se em um estado Democrático de Direito (BRASIL, 2002, p. 3). Ainda, o artigo 18, *caput*, prevê que “a organização político-administrativa da República Federativa do Brasil compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos, nos termos desta Constituição” (BRASIL, 2002, p. 21).

com base na Constituição Federal de 1988, que manteve a autonomia dos municípios e lhes concedeu o poder constituinte decorrente (competência para elaborar suas Constituições Municipais, chamadas de leis orgânicas).

A visão de nosso federalismo como federalismo centrífugo explica a nossa federação extremamente centralizada, que, para aperfeiçoar-se, deve buscar constantemente a descentralização. Somos um estado federal que surgiu a partir de um estado unitário, o que explica a tradição centralizadora e autoritária que devemos procurar abandonar para construir uma federação moderna e um estado democrático de Direito (MAGALHÃES, 2004, p. 08).

Ainda, a Carta redefiniu o quadro das competências tributárias prevalecentes desde 1967, promovendo, no interior do sistema federal brasileiro, a maior descentralização fiscal em sua história, mas que ainda é considerada bastante centralizada se em comparação com repartição de competências, entre os demais entes federativos, elencadas na CF/88.

Entretanto, apesar das inovações, o número de competências destinadas à União em detrimento dos estados e municípios é muito grande, fazendo com que nós tenhamos um dos estados federais mais centralizados do mundo. Isto ainda é uma grave distorção, que tem raízes no autoritarismo das “democracias formais constitucionais” que tomaram conta da América Latina na década de noventa, com a penetração do perverso modelo neoliberal: o neautoritarismo ou o neopresidencialismo autoritário (MAGALHÃES, 2004, p. 09).

Outra questão que deve ser abordada, para que seja possível entender o modelo de federalismo brasileiro, diz respeito à repartição de competências⁷.

⁷Existem duas espécies de federalismo, quanto ao modo de separação de competências entre os entes: o federalismo cooperativo e o federalismo dual. O dual, que tem como exemplo os Estados Unidos da América, é caracterizado pela rígida separação de

O princípio geral que delinea a repartição de competências entre as Entidades componentes do Estado Federal, em decorrência da adoção do federalismo cooperativo, é o da “predominância do interesse”, que se manifesta nas afirmações de que à União caberão as matérias de “interesse geral”; aos estados, as de “predominante interesse regional”; e, aos municípios, aqueles “assuntos de interesse local”.

Com base nesse princípio geral, a Constituição estabelece as regras para a divisão das competências administrativas e legislativas, definindo as reservas de campos específicos. Concede à União competências exclusivas e comuns, conforme os poderes enumerados nos Artigos 21 e 22; destina aos estados os poderes remanescentes previstos no Artigo 25, parágrafo 1; aos municípios, transfere os poderes enumerados no Artigo 30. Estabelece, ainda, a previsão de competências concorrentes (art. 24), comuns (art. 23) e delegação de competências (art. 22, parágrafo único) (BRASIL, 2002).

Magalhães (1997), ao discorrer sobre a repartição de competências no texto constitucional, afirma que a forma federal brasileira é, ainda, imperfeita, com grande acúmulo de competências na esfera da União e pouco espaço para os demais entes federados.

Esse acúmulo de competências reflete na formulação de políticas, programas e planos nacionais, assim como na constituição de sistemas únicos, em que se busca a integração das ações dos diferentes entes governamentais. Esses programas, planos e sistemas, em sua maioria, estruturam-se em políticas nacionais baseadas em princípios de transferência de recursos e descentralização de ações coordenadas pelo governo federal, exigindo-se, no entanto,

competências entre a entidade central (União) e os demais entes federados. Porém este modelo tem perdido espaço e vem sendo substituído pelo federalismo cooperativo, ou de cooperação, em função das exigências impostas pelo Estado de bem-estar social. O cooperativo tem como característica a ausência de uma rígida divisão de competências entre a entidade central e os demais entes federados, como no caso da Federação brasileira.

contrapartidas dos entes subnacionais e oferecendo-se incentivos que interferem na distribuição das competências dentro da federação. Através desta dinâmica, a configuração do federalismo brasileiro incentivou que estados e municípios participassem diretamente da implementação de políticas originalmente executadas pelo governo central, como é o caso da saúde e da educação (LOTTA; GONÇALVES, BITELMAN, 2014).

2.1.3 Efeitos da descentralização do Brasil sobre os municípios e suas políticas sociais

Para compreender os efeitos da descentralização do estado federal brasileiro sobre os municípios e suas políticas sociais, é importante destacar as questões atinentes à autonomia municipal. Isso porque é exatamente a autonomia concedida ao município pela Constituição Federal de 1988 que lhes permite exercer atribuições no tocante à formulação de políticas públicas.

A autonomia municipal⁸, concedida pela CF/88, comporta quatro modalidades de autonomia: administrativa, financeira, normativa e política.

A autonomia administrativa refere-se à capacidade do município de se autoadministrar e organizar os serviços de interesse local de sua competência. De outro lado, a autonomia financeira implica na capacidade de instituição de tributos de sua competência e aplicação de suas rendas. Já, a autonomia normativa confere ao Município a capacidade de elaborar leis a respeito de matéria sob sua competência, ou seja, capacidade de autolegislação, em áreas

⁸ Segundo Arretche, a “interpretação de que os governos subnacionais têm excessiva autonomia está baseada na evidência empírica de que a parcela dos governos subnacionais na arrecadação e gasto público consolidado no Brasil é bastante elevada quando comparada a outras federações. Adicionalmente, a interpretação se baseia na extensão das competências subnacionais na execução de políticas públicas, bem como no *status* dos municípios na federação, características que são de fato peculiares ao arranjo institucional brasileiro” (ARRETCHE, 2010, p. 588).

que são reservadas à sua competência exclusiva e complementar, nos termos da Constituição Federal. Por fim, a autonomia política do Município diz respeito à capacidade de se autoorganizar, através da elaboração de sua lei orgânica e da capacidade de se autogovernar (BENTO, 2003).

Autores como Arretche (2010) e Gomes (2010) dividem a autonomia dos governos subnacionais em três dimensões:

a) fiscal: que representa o grau de autonomia que os governos subnacionais têm para promover a tributação local;

b) administrativa: que implica no grau de autonomia para escolher os serviços públicos ofertados localmente; e

c) política: que representa o grau de autonomia na representação política local.

Como visto na subseção anterior, após a Proclamação da República do Brasil, nos primeiros tempos do federalismo, a descentralização caracterizou-se pela restrição significativa da autonomia municipal (ABRUCIO, 1998).

Porém, com a CF/88, a elevação do Município à condição de ente federativo tem sido analisada sob diferentes formas. Na perspectiva política, tratava-se de um processo de redemocratização das estruturas de poder, de modo a transferir até a esfera local de governo as políticas sociais, onde elas poderiam ser mais bem submetidas ao controle social (ARRETCHE, 2000).

No período de 1989 a 1995, a autonomia municipal se deu através da elevação das receitas, em sua maioria das transferências intergovernamentais, o que contribuiu para fortalecer a autonomia política frente aos estados e à União (SANTOS, 2012).

Neste sentido, houve obrigatoriedade crescente de os municípios assumirem parte do financiamento das políticas públicas, em particular, nos setores da educação fundamental e da saúde. Desta forma, o Município tornou-

se o instrumento de redistribuição espacial de condições mínimas de direitos de cidadania (ARRETCHE, 2000).

Entretanto, argumenta-se que o fortalecimento dos municípios alimentou a ingovernabilidade, devido à perda de receitas da esfera federal de poder; à incapacidade técnica dos municípios para assumir as novas responsabilidades de políticas, além dos problemas derivados da insuficiência de escala que a maioria dos municípios apresenta no que tange a várias políticas públicas (PALOTTI; MACHADO, 2014; SILVA, 2001).

O contexto de enorme heterogeneidade entre os Municípios brasileiros fez com que “os poucos de maior peso demográfico e econômico pudessem beneficiar-se muito mais da sua condição de ente federativo do que a grande maioria”. Com isso, a estrutura federativa brasileira “assumiu uma feição mais competitiva entre seus entes do que aquela cooperação pretendida” (SANTOS, 2012, p. 06).

Por outro lado, a descentralização enfrentou o desafio das demandas por ampliação e efetividade dos direitos de cidadania, bem como a luta por maior autonomia financeira dos municípios, num contexto em que a União reagia à perda de receitas e com a imposição de uma recentralização das finanças públicas (SANTOS, 2012).

Percebe-se que, apesar de o Município seguir como ente federativo, porém a autonomia conquistada vem sendo limitada por reformas constitucionais que afetam a capacidade dos governos municipais de protagonizar políticas públicas.

Desta forma, durante o período 1995/2002, o presidente Fernando Henrique Cardoso logrou atingir a estabilização monetária, após quase duas décadas de descontrole inflacionário. A defesa da estabilização, conjugada à crise internacional de 1997/1998, levou sua administração a ter seu foco no

ajuste fiscal, o que resultou no ataque à autonomia dos municípios (ABRUCIO, 2005).

As emendas constitucionais que tiveram impacto sobre a autonomia municipal podem ser distribuídas entre quatro tipos: i) alteram o sistema tributário; ii) diminuem as transferências aos municípios; iii) criam políticas sociais com participação dos municípios no seu financiamento; e iv) afetam a autonomia política municipal (SANTOS, 2012).

De acordo com Santos (2012), desde o processo de descentralização instituído pela atual Constituição, a União, principalmente após 1995, tenta reaver os recursos que foram transferidos aos estados e municípios. Para isso, utilizou-se de argumentos como a incapacidade financeira e técnica de os Municípios assumirem maior protagonismo nas políticas públicas, o que produziu dois tipos de resultados: a recomposição da participação da União na arrecadação fiscal e a criação de instrumentos legais para controle dos gastos públicos como, por exemplo, a Lei de Responsabilidade Fiscal (SANTOS, 2012).

Tais modificações demonstram preocupação com a responsabilização quanto às finanças públicas, mas não necessariamente com a eficiência das políticas públicas.

Nos dois mandatos do presidente Luís Inácio Lula da Silva, 2003 a 2010, a disputa federativa entra na terceira etapa, havendo a continuação do fortalecimento institucional da União, que ficou responsável pela formulação das diversas políticas sociais. Porém, procurou-se atender ao interesse dos municípios, através da elevação das transferências intergovernamentais, promovendo uma “coordenação federativa”⁹ (SANTOS, 2012).

⁹“Caso nossas instituições federativas produzissem, de fato, um mundo *tieboutiano*, em que cada jurisdição tem uma estratégia dominante de competição com as demais, derivada de sua plena autonomia tributária e sobre políticas públicas, o resultado esperado seria uma “corrida para baixo” no gasto social. Cada jurisdição procuraria se

Segundo Lassance (2012), as políticas descentralizadas tornaram-se regra e as centralizadas, exceção, impulsionadas, financeiramente, sobretudo, pela transferência de recursos via fundos especiais¹⁰, o que gerou como consequência o fato de que, mesmo políticas regidas sob a forma de competências comuns ou concorrentes, passassem a contar com estratégias *top-down* de descentralização, como é o caso da área da saúde, do Programa Bolsa Família, dentre outros. Para este autor, a estratégia *top-down* de descentralização dos sistemas públicos e das políticas nacionais, unida à necessidade de garantir aos municípios recursos necessários à execução de ações, redesenhou o modelo federalista brasileiro, pois as políticas de cooperação induzidas passaram a prescindir de instituição de um marco legal, da dotação de recursos orçamentários próprios (o que implica na criação dos fundos específicos) e instrumentos destinados a facilitar a adesão municipal (LASSANCE, 2012).

Cerca de 80% do total das receitas da União já têm destinação previamente definida, principalmente para a educação e a seguridade social – saúde, assistência e previdência social (BRASIL, 2011). Tal situação demonstra que a União, para além das prerrogativas generosas que a Constituição lhe conferiu, possui razoável controle sobre expressivos recursos utilizados para irrigar políticas nacionais.

Todavia, a capacidade de controle e as possibilidades de integração pressupõem políticas institucionalizadas nacionalmente, com regras gerais que aperfeiçoem a “divisão de trabalho” entre os entes federados e os fluxos de financiamento requeridos. Falta à maioria dos sistemas públicos, para fazer jus à qualificação de “sistema”, o

livrar dos pobres, para investir em infraestrutura e atrair contribuintes ricos e firmas” (ARRETCHE, 2010, p. 610).

¹⁰ Fundo de participação dos municípios (FPM) e do fundo de participação dos estados e do Distrito Federal (FPE), do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação Básica (FNDE), dos royalties e dos recursos injetados por instituições financeiras como o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), o Banco do Nordeste do Brasil (BNB), a Caixa Econômica Federal (CEF) e o Banco do Brasil (MENDES, MONTEIRO NETO, 2011).

enquadramento da atuação das unidades descentralizadas de execução (LASSANCE, 2012, p. 31).

Verifica-se, pois, que com este fenômeno, a União passou a ter maior controle sobre a formulação das políticas sociais, destinando fundos aos demais entes federativos visando à implementação dessas políticas, respeitando, no entanto, a autonomia política de estados e municípios, que não poderiam ser obrigados a aderir a elas.

De maneira sintética, esses estudos apontam três tipos de diretrizes nacionais que têm sido utilizados pelo governo central:

1) normas que restringem a liberdade de gasto dos governos subnacionais; 2) normas que definem responsabilidades ou competências dos entes da federação com relação à provisão e à gestão de determinadas políticas públicas; ou 3) normas que criam incentivos para que os governos subnacionais passem a assumir a responsabilidade de prover políticas, especialmente as de cunho social (GOMES, 2010, p. 664).

Com relação às regras do primeiro tipo, as quais restringem a autonomia de gastos dos governos subnacionais, Gomes (2010) destaca os gastos mínimos com educação e saúde, os gastos máximos com pessoal, as regras de endividamento, entre outras.

As regras do segundo tipo são aquelas que definem as competências legais de cada nível de governo no caso de diversos serviços e políticas, tais como assistência social, saúde, educação. Segundo Gomes (2009), apesar de muitas dessas regras terem sido definidas pela Constituição de 1988, mesmo assim ainda existe a sobreposição de atividades. Portanto, esta autora conclui que: “assim, o aprendizado histórico desse tipo de instrumento é que a simples definição desses marcos legais não é suficiente para garantir a provisão dos serviços pelos governos subnacionais” (GOMES, 2009, p. 665).

Por tal razão, o terceiro tipo de norma começa a ser criada, a partir de meados da década de 1990, pelo qual o repasse de recursos para os governos subnacionais é condicionado ao cumprimento de certas contrapartidas. O Sistema Único de Saúde (SUS) é o grande exemplo deste tipo de norma, que, reconhecendo a insuficiência da mera definição legal de competências, utiliza-as como forma de promover a coordenação nacional (GOMES, 2009).

Por outro lado, entendendo ser importante a união dos municípios com vistas a combater as fraquezas verificadas na autonomia dos municípios e possibilitar a coordenação e cooperação interfederativa, em abril de 2005, entrou em vigor a Lei nº 11.107, regulamentada pelo Decreto 6.017, de 17/01/2007, que instituiu os consórcios intermunicipais como figuras de direito público, o que vem incrementando o associativismo municipal voluntário, já bastante disseminado nos setores de saúde e meio ambiente. Visando estimular a prática da associação, o artigo 37 da lei orienta os órgãos e entidades federais no sentido de darem preferência às transferências voluntárias para Estados e Municípios cujas ações se desenvolvam por meio de consórcios públicos (BRASIL, 2015g).

Todas as diretrizes explicitadas acima são utilizadas como instrumentos que visam a um ordenamento nacional na provisão dos serviços públicos, o que implica na diminuição da autonomia decisória dos governos subnacionais com relação às formas de alocação de recursos públicos e/ou de prioridades de políticas (ARRETCHE, 2007, 2010; GOMES, 2010).

Segundo Arretche (2010), esta atuação da União é legitimada tanto pela própria noção de Estado-Nação, que deve se utilizar de maneiras de legislar e supervisionar os governos subnacionais, quanto pela desconfiança com relação às práticas das elites políticas locais.

Por outro lado, entende-se que a regulamentação federal seria própria do federalismo brasileiro, caracterizado pelo seu sistema cooperativo em que prevalecem colaboração e coordenação interfederativa, associadas a questões

como competição, autonomia política das unidades subnacionais e ingerência/interferência federal, visando a ações redistributivas e à redução das desigualdades territoriais (ABRUCIO, 2005; ALMEIDA, 2005; ARRETCHE, 2010; LIMA et al., 2012; ZIMBRÃO, 2013)¹¹.

Em um federalismo predominantemente competitivo, alta desigualdade de receita entre as jurisdições seria o resultado mais provável. Este resultado não é encontrado no caso brasileiro, devido ao papel da União na redução das desigualdades de receita entre as jurisdições.

Estas evidências revelam que há um *trade-off* entre a redução das desigualdades territoriais e a plena autonomia dos governos locais. O papel redistributivo do governo federal parece ser uma condição para reduzir desigualdades interjurisdicionais de receita e, por consequência, a desigualdade de acesso dos cidadãos a serviços públicos no interior de um Estado-nação. Na ausência das transferências, a capacidade dos municípios brasileiros para prover serviços públicos seria altamente desigual.

Além disto, a regulação federal parece ser uma condição para “amarrar” subunidades independentes em torno de um dado objetivo nacional (ARRETCHE, 2010, p. 610).

A experiência brasileira demonstra que a questão da transferência de responsabilidade pela provisão de serviços sociais universais, através da descentralização, não é resolvida apenas com maior provisão de recursos financeiros para serem alocados livremente pelos governos locais, nem por disposições constitucionais (SOUZA, 2004). Segundo Souza (2004), uma importante variável para a promoção ou constrangimento da descentralização diz respeito ao desenho institucional da política pública, que se apresenta de forma diferente dependendo do setor analisado.

¹¹ Segundo Palotti e Machado (2014, p. 400), “nos países que adotaram instituições políticas federativas coloca-se o dilema de como atender aos requisitos de coordenação sem que a autonomia que define a própria existência do federalismo seja solapada”.

Conforme explica Arretche (2002), ao contrário do que ocorreu com o sistema federalista e de descentralização de outros países, no Brasil, as políticas sociais não estão no centro dos mecanismos de legitimação política dos governos, o que faz com que o processo de descentralização destas fosse realizado por indução do governo federal.

Souza (2004) entende que a decisão de aumentar o papel dos governos e das comunidades locais, ocorrido no âmbito da Constituinte, mostra que, no caso brasileiro, a descentralização/municipalização está longe de ser uma questão de ordem exclusivamente administrativa, impulsionada, nos seus anos iniciais, pelo governo federal ou por organismos multilaterais, como tem sido em muitos países em desenvolvimento, mas sim uma questão eminentemente política.

(...) embora a descentralização tenha sido um dos objetivos dos constituintes de 1988, desenvolvimentos recentes apontam para a consolidação de políticas voltadas para a implementação de políticas sociais e não para o aumento da capacidade de decidir sobre onde e como investir os recursos. (...) O desenho institucional da política – moldado em torno de mecanismos de recompensas e sanções, regras claras e universais – e o apoio do Executivo federal na liberação regular dos recursos parecem ser as variáveis mais importantes para a transferência de responsabilidades de implementação para os governos locais. Esses resultados mostram que a descentralização/municipalização no Brasil não implicou a transferência de capacidade decisória para as esferas subnacionais, mas sim na delegação de responsabilidade sobre a implementação de algumas políticas sociais universais o que não é tarefa fácil para milhares de municípios brasileiros (SOUZA, 2004, p. 35-37).

Com base na proposição de Tiebout (1956) apud Gomes (2010) de que só na arena local é que os cidadãos podem revelar suas preferências e de que a liberdade de alocar recursos pelos governos locais seja a chave para atender às

demandas dos cidadãos – produzindo a eficiência distributiva¹², o papel dos governos centrais deve ser restrito às políticas que precisam de coordenação nacional, produzindo o equilíbrio macroeconômico e mecanismos de compensação para as disparidades entre as jurisdições, como a adoção de transferências intergovernamentais.

Destaca-se que a institucionalização de reformas descentralizadoras na implementação de políticas sociais ocorre ao mesmo tempo em que as reformas centralizadoras na área fiscal que implicam um arranjo federativo em que os entes articulam-se de forma distinta nas várias áreas de ação governamental (FONSECA; LEITE, 2011). Portanto, as funções de financiamento nem sempre são assumidas em sua totalidade pelo Governo Federal.

Porém, a autonomia política dos entes federados lhes permite a possibilidade da discordância à regulamentação federal. O resultado disso é que, mesmo na presença da regulação, os governos locais encontram a possibilidade de emitirem decisões em função de sua autonomia política ou de sua autoridade sobre a execução de políticas (ARRETICHE, 2005).

Segundo Arretche (2005), se, de um lado, a autonomia dá aos entes subnacionais a possibilidade de não aderirem às políticas federais, enfraquecendo o poder do governo central ao colocar em prática os programas federais que envolvem estados e municípios, de outro lado, a dependência destes, principalmente financeira, faz com que tendam a incorporar a suas agendas as orientações políticas dos entes centrais com vistas ao financiamento de suas políticas.

Por outro lado, a formulação e implementação de políticas sociais, garantindo um acesso mais igualitário às políticas de Estado e dos serviços públicos, é apenas um primeiro passo para garantir os direitos dos cidadãos, no

¹² Gomes (2010) destaca que esta proposição tem recebido críticas por um grupo de autores, os quais defendem o pressuposto de que qualquer decisão política não está dotada de um equilíbrio ideal, ou seja, está longe de atingir eficiência alocativa.

sentido de promover a igualdade de status entre indivíduos ou o direito à igualdade de oportunidades (MARSHALL, 1967).

O que se percebe é que o desafio atual no contexto brasileiro (e, possivelmente, na América Latina) é aumentar a eficiência e eficácia das políticas, ou melhor, a qualidade dos serviços públicos (GOMES, 2010).

Entretanto, podem ser identificados vários problemas que comprometem a eficiência e eficácia das políticas e que estão, de alguma forma, relacionados com um projeto institucional inadequado. Dentre estes problemas, citam-se as disparidades regionais, a baixa capacidade de resposta do governo às necessidades sociais e o comportamento fiscal irresponsável dos governos.

Lotta, Gonçalves e Bitelman (2014), baseando-se em Souza e Carvalho (1999), afirmam que estas disparidades existentes no país se refletem em significativas diferenças nas condições financeiras, institucionais, políticas e técnico-administrativas dos entes subnacionais, o que interfere em sua capacidade de resposta às necessidades e demandas da população. Na esfera local, tais distinções revelam que a maioria dos municípios brasileiros, de menor porte, depende profundamente do governo federal e dos governos estaduais.

Estas questões referentes às capacidades estatais serão discutidas na Subseção seguinte. Também se apresentam aspectos teóricos do ciclo de políticas públicas, focando-se a análise nas capacidades estatais para a formulação de políticas públicas.

Conforme fundamentado acima, as discussões acerca do federalismo brasileiro têm demonstrado a predominância da coordenação de políticas sociais, impulsionada pelas diretrizes da União. Assim, o impasse entre formulação versus implementação de políticas sociais nos municípios permeia a discussão de capacidades estatais, uma vez que as próprias reformas de descentralização x centralização foram fundamentadas em razão das disparidades locais quanto à capacidade de respostas às demandas locais.

2.2 Capacidade de formulação de políticas sociais

Para analisar a capacidade estatal para a formulação de políticas sociais é importante ter um ponto de partida para a análise de políticas públicas. Por isso, esta seção inicia-se por meio de exame dos conceitos teóricos sobre as políticas públicas, além de apresentar o modelo de análises de políticas públicas utilizado neste trabalho – o ciclo de políticas públicas.

Dentre as formas de análise da policy-making, destaca-se a abordagem processual (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013), em que os estágios da política pública fluem de forma bastante sequencial, estabelecendo a política pública como um ciclo de três fases: formulação, implementação e avaliação (FREY, 2000). Esta análise, baseada inicialmente por uma lógica simples e linear, proposta por Lasswell e que recebeu as contribuições de Simon, Lerner e Brewer (BAPTISTA; RESENDE, 2011) foi bastante questionada. Argumentava-se que o ciclo das políticas públicas era um processo com vários momentos de reformulação e não um modelo estático e perfeito.

Na visão de Lasswell, o processo de produção da política pública consiste nas seguintes etapas: informação, promoção, prescrição, invocação, aplicação, término e avaliação. No entanto, esta abordagem dava excessiva ênfase à racionalidade, percebendo a política como um processo meramente administrativo e funcional, dividido em “etapas” estanques (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013).

Entretanto, em termos didáticos e analíticos, Howlett, Ramesh e Perl (2013) afirmam que pensá-la como um processo é uma das formas mais simplificadas de se entender a policy-making.

Conforme atestado por Baptista e Resende (2011), Howlett e Ramesh, na década de 1990, estabeleceram as fases do ciclo de políticas públicas, que talvez seja a classificação mais utilizada nos estudos atuais, denominadas de

montagem da agenda, formulação da política, tomada de decisão, implementação e avaliação.

Brewer complementou a ideia de Lasswell e propôs que a política pública fosse vista como um ciclo dinâmico, contínuo, não linear, chamando a atenção para a sua possível modificação, tendo em vista que o ciclo está em constante movimento (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013).

Por sua vez Frey (2000) destaca que o policy cycle pode ser dividido em formulação, implementação e controle dos impactos das políticas e, do ponto de vista analítico, as fases podem ser divididas em: percepção e definição de problemas, “agenda-setting”, elaboração de programas e decisão, implementação de políticas e, finalmente, a avaliação e a eventual correção da ação.

Neste sentido, “policy cycle” são fases parciais do processo político-administrativo de resolução de problemas e acaba se revelando um modelo heurístico bastante interessante para a análise da vida de uma política pública. As fases correspondem a uma sequência de elementos do processo político-administrativo e podem ser investigadas no que diz respeito às constelações de poder, às redes políticas e sociais e às práticas político-administrativas que se encontram em cada fase (FREY, 2000).

Howlett, Ramesh e Perl (2013), corroborados por Baptista e Resende (2011), destacam que, dentre as vantagens deste modelo, está o fato de facilitar o entendimento do processo, que é por natureza multidimensional, ao desagregar os seus estágios, possibilitando uma análise isoladamente de cada um e as suas relações com os demais, facilitando, inclusive, a construção teórica. Assim, o modelo ajuda a organizar as ideias, faz com que a complexidade de uma política pública seja simplificada e ajuda políticos, administradores e pesquisadores a criar um referencial comparativo para casos heterogêneos.

Dentre as desvantagens, os autores apontam a probabilidade de este modelo ser mal interpretado, fazendo com que os policy-makers passem a

entender o processo de forma linear (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013) e o risco de se privilegiar uma análise fragmentada de cada fase, entendendo a política pública de forma previsível, livre de implicações políticas (BAPTISTA; RESENDE, 2011). Há que se reconhecer, ainda, como problema deste modelo, a não representação da realidade, pois as fases, na realidade, geralmente, misturam-se e as sequências se alteram.

Neste cenário, o modelo do ciclo das políticas públicas, ao passo que apresenta o risco da fragmentação do processo, oferece a possibilidade de desagregação dos estágios, de forma a possibilitar o desenvolvimento dos estudos teóricos, reconhecendo a política pública como uma construção interdisciplinar política e social.

Ao que pese as limitações do modelo do ciclo de políticas públicas, conforme levantado, não se pode deixar de reconhecer sua importância, ao permitir a análise da política pública, por se constituir em um processo dinâmico e de aprendizado, não estático, o que facilita a apreciação empírica e teórica. Por tais razões, a pesquisa utiliza este modelo de análise.

A seguir apresenta-se, mesmo que de forma sintética, cada uma das fases do ciclo.

Na primeira fase do ciclo de políticas públicas, a formulação, são dadas as condições para a tomada de decisão, muito embora os analistas reconheçam que nesta fase há um conhecimento limitado sobre o impacto das novas medidas propostas (BAPTISTA; RESENDE, 2011).

Neste sentido, Ferreira, Alencar e Pereira (2012) defendem a importância do processo de planejamento, que deve levar em conta os atores que estão mais próximos das ações resultantes das políticas públicas, a população afetada pela política pública a ser criada e os agentes do Estado em contato com ela, tornando o processo mais democrático ao aliar o saber técnico com o saber local.

Durante a fase de formulação das políticas públicas, é comum a ocorrência de choques e de pressões políticas para que a tomada de decisão seja favorável a um ou outro interesse. Tal fato pode fazer transparecer o contraste entre o interesse dos tomadores de decisão e os posicionamentos dos técnicos envolvidos neste processo. Tais conflitos são apontados, muitas vezes, como fatores que podem por em cheque a eficácia da política formulada (FERREIRA; ALENCAR; PEREIRA, 2012).

Portanto, ao elaborar uma política pública, os gestores devem se ater não apenas ao conteúdo da política em si, mas, sobretudo, ao contexto institucional e organizacional em que ela será implementada e com o compromisso dos implementadores, a fim de direcioná-la de acordo com a capacidade administrativa da entidade que a colocará em prática (CARVALHO; BARBOSA, 2011).

A segunda fase do ciclo, a implementação, é a materialização da política pública, quando se coloca a solução escolhida em prática, em que regras, rotinas e processos são convertidos de intenções em ações. Mais do que isso, permite visualizar erros anteriores às tomadas de decisão, a fim de detectar problemas mal formulados, objetivos mal traçados, otimismo exagerados. É nesta fase que, também, entram em cena outros atores políticos não estatais, além de grupos de interesse e dos destinatários da ação pública. A fase de implementação é aquela em que a administração reveste-se de sua função precípua: executar as políticas públicas (BAPTISTA; RESENDE, 2011; FERREIRA; ALENCAR; PEREIRA, 2012).

Embora algumas visões separem a formulação da implementação (em especial aquelas baseadas em políticas *top-down*), a separação entre estas duas fases, ou a elaboração sem a preocupação com a implementação, aumenta as chances de fracasso das políticas públicas. Noutra visão, a implementação pode ser considerada um processo decisório de execução da política, onde há

interação entre os objetivos estabelecidos no planejamento e elaboração desta e as ações apreendidas para atingi-los, ou seja, o planejamento e organização do aparelho administrativo e dos recursos humanos, financeiros, materiais e tecnológicos imprescindíveis para a sua execução (CARVALHO; BARBOSA, 2011). Silva e Melo (2000) apud Carvalho e Barbosa (2011) acrescentam que a implementação deve ser entendida como uma etapa subsequente à da formulação, mas também como um processo autônomo onde decisões cruciais são tomadas.

Vários autores propuseram modelos, para explicar o processo de implementação, em sua maioria, procuraram classificá-los como “de cima para baixo” (*top-down*) ou “de baixo para cima” (*bottom-up*). Em sua pesquisa, Carvalho e Barbosa (2011) procuram sistematizar tais abordagens, baseadas nos modelos de autores como Berman (1978), Lipsky (1978), Smith (1973) e Van Meter e Van Horn (1975). Na abordagem *top-down*, a decisão política é autoritária, por meio do pressuposto da hierarquia, definida em um nível central que planejou a política e detém todo o conhecimento para operá-la, com recursos legalmente obrigatórios. Por seu turno, a abordagem *bottom-up* questiona o pressuposto da hierarquia, pois, para os defensores deste posicionamento, como Lipsky (1978), a política é eficaz quando formulada por aqueles que a implementam, os *street-level bureaucrats*, conhecidos como “burocratas de nível de rua”, ou seja, os servidores públicos que ao cumprirem suas funções atuam diretamente com o cidadão e têm conhecimento das suas principais necessidades. Assim, as tensões entre políticos, formuladores e implementadores garantem um feedback, o que permite a reformulação da política (SMITH, 1973 apud CARVALHO; BARBOSA, 2011).

Gontijo (2012), ao expor sobre a perspectiva *bottom-up*, cita o trabalho de Cline (2000), que defende estar este modelo mais preocupado com a coordenação entre os atores que implementam a política formulada, que

convivem com os conflitos de interesses, questões constantes na gestão pública. Há, pois, o desafio de transformar estes conflitos em relações de parceria entre os gestores, agências e setores, promovendo um contexto cooperativo para os atores que participam desse processo. Assim, esta perspectiva tenderia a produzir melhores resultados, em comparação com o modelo *top-down*.

Pode-se perceber, com base nos autores que tratam de políticas públicas, que a implementação das políticas está diretamente ligada à ideia de coordenação e cooperação, um movimento que pode ser observado em algumas políticas desde a década de 1990 e, em outras, a partir dos anos 2000 (GONTIJO, 2012).

No campo das políticas públicas, o conceito de “coordenação” foi tratado por vários autores, como Alexander (1993), Brown e Waddell (1997), Peters (1998; 2005) e Reppeto (2005) (GONTIJO, 2012). Segundo Peters (1998; 2005) apud Gontijo (2012), a coordenação deve ser entendida como um “estado final” o qual é caracterizado pela existência mínima de redundância, incoerência e práticas lacunares. Ou seja, um conjunto de relações contínuas e homogêneas, em que as ações são coordenadas. Segundo este autor, a capacidade de coordenação é uma das maiores necessidades do poder público, de forma que se possa garantir que várias organizações, sejam elas públicas ou privadas, de diferentes níveis hierárquicos no âmbito do estado federativo possam atuar de forma conjunta no trabalho de formulação e execução de políticas públicas. Isso contribuiria para se evitarem as sobreposições e contradições entre elas.

Complementando este entendimento, Alexander (1993) defende que a coordenação de programas, instituições e gestores seja uma importante etapa do planejamento público, de forma a criar ações sinérgicas, como uma condição, não como processo, sendo possível o desenvolvimento de experiências particulares de coordenação e cooperação mesmo em ambientes dotados de desarticulação entre as demais políticas (GONTIJO, 2012).

O processo de implementação compreende, pois, todo o conjunto de decisões e “ações desempenhadas entre o lançamento de uma política governamental e a percepção dos seus resultados, envolvendo, simultaneamente, atividades de execução, (re)formulações e tomada de decisão sobre as ações necessárias” (GOMIDE; PIRES, 2014, p. 21).

Esse processo de mudança dos rumos das políticas públicas sofre grande influência dos burocratas de nível de rua, *street-level bureaucracy*, uma vez que sua atuação leva à compreensão de como “as ações são colocadas em prática e quais são os fatores que influenciam na mudança de rumos e nos resultados de políticas públicas”. Isso, porque as políticas públicas são permeadas por decisões vagas e conflituosas, o que garante aos implementadores espaço para o exercício da discricionariedade, ou seja, mesmo que existam políticas oficiais que modelem os padrões, bem como normas comunitárias e administrativas, os burocratas de nível de rua conseguem ter autonomia para decidir como aplicá-las e inseri-las nas práticas de implementação (LOTTA, 2012, p. 21-27).

Lotta (2012) elencam fatores que influenciam a ação dos burocratas de nível de rua em sua capacidade de moldar os resultados das políticas públicas a partir dos processos de interação que realizam, são eles: os fatores institucionais e organizacionais e os individuais e relacionais. Nesse contexto, a autora destaca que a literatura aponta existirem questões, como regras, normas, estrutura, que impactam nas escolhas e no espaço de discricionariedade dos burocratas de rua, assim como suas questões individuais, como valores, redes sociais, perfil, também, influenciam em suas atuações.

Segundo Berman (1978), o sucesso da implementação está ligada à interação entre a política e as características institucionais, mediante a abordagem de macro e microimplementação.

Macro enquanto governo federal central, onde as políticas se traduzem em planos de projeto e, micro é quando, em

resposta às ações do governo, as organizações locais planejam e realizam suas próprias políticas internas. Para este estudioso a implementação pode seguir quatro caminhos distintos: a) a não adaptação da política ao comportamento; b) cooptação – nenhuma adaptação no comportamento, mas adaptação da política para acomodar as rotinas existentes; c) aprendizagem tecnológica – nenhuma adaptação da política, mas adaptação do comportamento rotinizado; e adaptação mútua, tanto do comportamento quanto da política (CARVALHO; BARBOSA, 2011, p. 06).

A terceira fase, a avaliação da política pública, é o processo de julgamentos deliberados sobre a validade de propostas para a ação pública, bem como sobre o sucesso ou falha de projetos que foram colocados em prática. Por essa definição, há distinção entre avaliação *ex ante* (anterior à implementação) e a avaliação *ex post* (posterior à implementação). Existe, ainda, a avaliação *in itinere* (durante o processo de implementação) (BAPTISTA; RESENDE, 2011; FERREIRA; ALENCAR; PEREIRA, 2012).

Feitas estas considerações resumidas sobre as fases do ciclo das políticas públicas, vale destacar algumas questões sobre a fase de formulação de políticas públicas, a qual pressupõe a existência de uma seleção dos problemas que serão enfrentados pelo governo e que entram nas agendas de ações dos governos.

Dentre os autores que discutiram a fase da agenda estão John Kingdon, Richard Hofferbert e Roger Cobb e Charles Elder. Colbb e Elder conceituam a agenda como sendo uma lista de assuntos que um grupo de decisores de um determinado nível governamental identifica como problemas a serem analisados (IIZUKA, 2006). Dessa forma, a agenda é o espaço de constituição da lista de problemas ou assuntos que chamam a atenção do governo e dos cidadãos.

Kingdon diferencia três tipos de agenda: sistêmica ou não governamental, governamental e de decisão. A primeira contém a lista de assuntos que são, há anos, preocupação do país, sem, contudo, merecer atenção

do governo; a segunda inclui os problemas que merecem atenção do governo; a última, a lista dos problemas a serem decididos (IIZUKA, 2006).

Ao relacionar os motivos pelos quais um problema ganha relevância a ponto de entrar na agenda, ao passo que outro não, poder-se-ia imaginar que a causa essencial seria a limitação de recursos, tanto financeiros quanto humanos. Porém, Subirats (2006) constata que esta relevância, também, pode resultar de falta de legislação sobre o tema que autorize a ação, a falta de vontade política, de análise adequada por parte da mídia e dos setores envolvidos.

Para demonstrar melhor a dinâmica da agenda, Calmon e Costa (2007) explicitam a importância de estudar o papel dos atores na sua definição. De um lado, em uma visão bastante limitada sobre a formulação da política pública, reconhece-se a burocracia estatal como única protagonista de todo o processo. Porém, existem, ainda, os servidores de carreira, desempenhando o papel técnico, os cargos de confiança, os Poderes Legislativo e Judiciário, os grupos de interesse e a sociedade civil, especialmente após a Constituição Federal de 1988. Cita-se, também, a importância dos acadêmicos, pesquisadores, consultores e da mídia (CALMON; COSTA, 2007).

Neste sentido, corroborando o posicionamento de Calmon e Costa (2007), Subirats (2006) reforça que o acesso de uma questão problemática à agenda de atuação política, que ele chama de “politización del tema”, depende da atuação e intervenção daqueles que têm certa influência na formação da agenda.

Após o reconhecimento dos problemas que necessitam ser enfrentados pelo governo, ou seja, a montagem da agenda, focalizando os atores envolvidos na política pública e os recursos disponíveis e interesses envolvidos, o próximo estágio é a formulação de Políticas Públicas. Neste momento, os policy-makers identificam suas possíveis soluções e definem o curso de ação.

Estas possíveis soluções identificadas e o próprio processo de formulação de políticas públicas são resultado da relação entre a atuação das burocracias do Poder Executivo e os mecanismos de controle e participação política, ou seja, dos arranjos institucionais em torno dessa determinada política. Conforme destaca Gomide e Pires (2014), os arranjos institucionais correspondem a uma série de regras específicas que os agentes constituem nas suas relações políticas e sociais particulares, ou seja, eles determinam a forma de coordenação de processos em determinados campos, ao balizar aqueles que se encontram habilitados a participar de tais processos, os objetos e os seus objetivos, bem como as formas de relações entre os atores.

Tais autores destacam que são os arranjos institucionais¹³ que garantem ao Estado a capacidade de execução de seus objetivos e que, no contexto democrático, esta capacidade é percebida por meio de dois componentes: o técnico-administrativo e o político. O primeiro componente é advindo do conceito de burocracia weberiana e o segundo está ligado à capacidade da burocracia do Executivo de expansão de canais de interlocução com os atores sociais. (GOMIDE; PIRES, 2014).

Levando tal posicionamento para o tema da formulação de políticas sociais, pode-se inferir, então, que os arranjos institucionais são determinantes na capacidade do Estado de formular estas políticas.

2.2.1 Capacidades estatais e as políticas sociais

¹³ Gomide e Pires entendem os arranjos institucionais de políticas públicas como “o conjunto de regras, mecanismos e processos que definem a forma particular como se coordenam atores e interesses na implementação de uma política pública específica” (2014, p. 20-21). Pode-se facilmente aplicar essa noção, também, para as etapas de formulação e avaliação das políticas.

A noção de capacidades estatais foi desenvolvida para explicar por que alguns Estados possuem maior eficácia e eficiência em prover bens públicos, no sentido de estabelecer objetivos e cumpri-los, de forma a impulsionar e direcionar o desenvolvimento socioeconômico ou alcançar objetivos determinados em políticas específicas (BOSCHI; GAITÁN, 2012; GOMIDE; PIRES, 2014; STEIN, 2015).

Sob a perspectiva teórica da “autonomia relativa do Estado”¹⁴ (SOUZA, 2007), discutida no âmbito do neoinstitucionalismo histórico, a análise das capacidades estatais busca evidenciar o que faz com que os governos tenham sua atuação permeada por influências externas e internas, as quais geram capacidades ou incapacidades, criando ou não condições para a formulação e implementação de políticas.

De acordo com Souza (2015, p. 8), o conceito de capacidade estatal foi objeto de tratamento teórico e empírico, com diferentes abordagens e rótulos, por diversos autores, como Mann (1984), Tilly (1981), Skocpol (1979; 1985), Skocpol e Finegold (1982), Evans, Rueschemeyer e Skocpol (1985), Chubb e Peterson (1989), Geddes (1994) e Grindle (1997; 2007; 2012).

Segundo Cingolani (2013), esta é uma noção inacabada, um conceito ainda em construção e um campo a ser definido. Para chegar a esta conclusão, a autora faz uma revisão do conceito baseada em vários autores e cita algumas contribuições como as dos seguintes autores:

1 - Charles Tilly (1975), apontado pela autora como precursor do conceito, afirma ser a capacidade estatal (ou stateness) o poder do Estado para estimar os recursos necessários à população local e para vencer a resistência da população para resistir à captação recursos decorrentes.

¹⁴ Nicos Poulantzas foi o principal autor a defender a autonomia relativa do Estado ao declarar que o Estado não é uma “entidade” essencialmente instrumental da classe dominante, mas uma relação ou uma condensação das relações de classe (BRESSER-PEREIRA, 2010).

2 - Skocpol (1985) que define capacidade estatal como habilidade para implementar objetivos oficiais, mesmo que em oposição ao poder/resistência de grupos sociais ou em face de circunstâncias socioeconômicas não favoráveis.

3 - Evans and Rauch (1999 a 2000), por meio de um estudo empírico que avalia o efeito das dimensões da burocracia weberiana no desenvolvimento econômico.

4 - Dincecco (2011) conceitua capacidade estatal como a combinação de centralização na captação de recursos e a limitação do poder executivo por mecanismos de freios e contrapesos institucionais.

Por sua vez, Pierson (1995) defende que as capacidades estatais estejam ligadas aos recursos administrativos e financeiros disponíveis para adaptar intervenções de políticas.

Portanto, por ser um conceito flexível, permite explorar diferentes aspectos da ação estatal e da relação das estruturas estatais com a sociedade e com o sistema econômico (STEIN, 2015), incorporando variáveis políticas, institucionais, administrativas e técnicas (SOUZA, 2015).

Assim, o conceito vem adquirindo centralidade nas pesquisas da ciência política e da administração pública sobre boa governança ou governança e crescimento, vez que os estudos sobre capacidades estatais têm se direcionado a verificar os atributos que os Estados devem possuir para atingir, de forma efetiva, os objetivos que pretendem por meio de suas políticas públicas, como a provisão de bens e serviços públicos (GOMIDE; SILVA; PIRES, 2014). Neste sentido, o conceito se relaciona aos atributos que caracterizam o Estado em ação

isto é, que permitem a identificação de problemas, a formulação de soluções, a execução de ações e a entrega dos resultados –, processo que envolve atores, instrumentos e processos que, coordenados, resultam em políticas públicas de desenvolvimento (EVANS, 1995; GEDDES, 1996; SKOCPOL, 1985; SKOCPO; FINEGOLD, 1982; MANN, 1993 apud GOMIDE; SILVA; PIRES, 2014, p. 236).

Por outro lado, segundo o Instituto Sul-Americano de Política e Estratégia – ISAPE (2012), ao longo dos últimos anos, na América do Sul, tornou-se evidente a comprovação de que a capacidade de um Estado é condição para a democracia.

Sem uma adequada capacidade de fazer valer as regras e implementar as decisões tomadas pelos sujeitos políticos, ou sem a capacidade de garantir o cumprimento dos direitos e deveres associados à cidadania, um regime democrático torna-se inócuo. Por isso, é importante o estudo dos dilemas associados à construção de capacidades institucionais e do fortalecimento do Estado (ISAPE, 2012, p. 01).

No que se refere à capacidade estatal no campo da gestão de políticas públicas, conforme exposto por Souza (2010) apud Bichir (2011), a capacidade de formular e implementar políticas integra a modernização do Estado e a efetividade da ação do Estado.

Apesar do reconhecimento de que outros seguimentos que não os governos se envolvem na formulação de políticas públicas e no seu processo, tais como grupos de interesse e os movimentos sociais, cada qual com maior ou menor influência a depender do tipo de política formulada e das coalizões que integram o governo, e apesar de uma certa literatura argumentar que o papel dos governos tem sido encolhido por fenômenos como a globalização, a diminuição da capacidade dos governos de intervir, formular políticas públicas e de governar não está empiricamente comprovada. Visões menos ideologizadas defendem que apesar da existência de limitações e constrangimentos, estes não inibem a capacidade das instituições governamentais de governar a sociedade (...) apesar de tornarem a atividade de governar e formular políticas públicas mais complexa (SOUZA, 2007, p. 72).

Ao destacar o trabalho e a abordagem de Souza (2010) acerca das dimensões ou indicadores necessários, para a demonstração da capacidade de formulação de políticas, Bichir (2011) afirma que

A autora diferencia as capacidades necessárias para a formulação e aprovação de políticas – tais como capacidades informacionais, desenho das políticas e suas regras, maioria legislativa, conciliação da política pública com os interesses privados, políticas prévias, informações sobre políticas semelhantes – e aquelas relacionadas com a implementação das políticas: capacidades financeiras, infraestruturais (referentes principalmente à burocracia) e alcance territorial (capilaridade das políticas). (BICHIR, 2011, p. 60).

A autora esclarece que o conceito de capacidade do Estado de Souza (2010) incorpora dimensões políticas, institucionais, administrativas e técnicas, ressaltando que “o enfoque das capacidades estatais não implica assumir que as políticas foram bem sucedidas em seus resultados, mas sim avaliar a capacidade de provisão das políticas” (SOUZA, 2010, p. 04).

Portanto, na fase da formulação de uma política social, baseada na gestão pública democrática, que atenda aos princípios de participação e de cidadania descritos na CF/88, devem ser identificadas três dimensões fundamentais: a dimensão econômico-financeira, que se relaciona com os problemas do âmbito das finanças públicas e investimentos estatais, envolvendo questões de natureza fiscal, tributária e monetária; a dimensão institucional-administrativa, que abrange os problemas de organização e articulação dos órgãos que compõem o aparato estatal, como as dificuldades de planejamento, direção e controle das ações estatais, e a questão da profissionalização dos servidores públicos para o desempenho de suas funções e a dimensão sociopolítica, que compreende problemas situados no âmago das relações entre o

Estado e a sociedade, envolvendo os direitos dos cidadãos e sua participação na gestão (PAES DE PAULA, 2005).

Esta autora reconhece que a ênfase em cada uma destas dimensões depende da vertente paradigmática da administração pública, uma vez que, na vertente gerencial, a ênfase recai principalmente nas dimensões econômico-financeira e institucional-administrativa e, na vertente societal, a ênfase está na dimensão sociopolítica (PAES DE PAULA, 2005).

A vertente gerencial, que está imbricada com o projeto político do ajuste estrutural e do gerencialismo, baseia-se nas recomendações dessas correntes para reorganizar o aparelho do Estado e reestruturar a sua gestão, focalizando as questões administrativas. A vertente societal, por sua vez, enfatiza principalmente a participação social e procura estruturar um projeto político que repense o modelo de desenvolvimento brasileiro, a estrutura do aparelho de Estado e o paradigma de gestão.

O fato de cada uma das vertentes ocuparem um dos extremos do debate reflete a clássica dicotomia entre a política e a administração que circunda a gestão pública.

Além disso, a análise realizada revelou que a vertente societal não tem propostas completamente acabadas para as dimensões econômico-financeira e institucional-administrativa, e que a vertente gerencial lida com a dimensão sociopolítica predominantemente no âmbito do discurso (PAES DE PAULA, 2005, p. 41).

Como já explicitado acima, embora o conceito de capacidades estatais, conforme desenhado originalmente, faça inferir, *a priori*, a existência de atributos de um Estado como um todo, que o faz atingir, de forma efetiva, os seus objetivos, este conceito tem se mostrado bastante eficiente para análise de entes federados autônomos, como no caso dos estados e municípios brasileiros.

Neste sentido, defende-se que, para que o Município demonstre capacidade estatal de formulação de políticas sociais baseadas em cânones democráticos, a administração pública deve balizar suas ações, com base nos

paradigmas gerencial, no que se refere à dimensão econômico-financeira e institucional-administrativa, e no paradigma societal, no que se refere à dimensão sociopolítica.

Nas Subseções seguintes, apresentam-se os principais aspectos de cada uma das dimensões da gestão pública democrática, que foram consideradas importantes para a avaliação das capacidades estatais dos entes federados. Apesar de este trabalho ter foco na avaliação da capacidade institucional-administrativa, entende-se importante e primordial apresentar, também, as outras duas dimensões, de forma a possibilitar amplo entendimento das questões abrangidas em cada uma destas dimensões.

2.2.1.1 Dimensão institucional-administrativa

Ao se estudar a formulação de políticas sociais, não há como não pensar nos arranjos institucionais que dão sustentação aos processos decisórios e que abarcam as relações das instituições políticas com os requisitos jurídico-organizacionais necessários à constituição de capacidades técnico-administrativas. Esses arranjos dizem respeito à forma como é organizado administrativamente o ente federativo, os instrumentos legais que deve respeitar, além dos mecanismos de coordenação, de transparência, de prestação de contas e de controle.

Portanto, as características da dimensão institucional-administrativa são evidenciadas pelas determinações legais, normas administrativas editadas em cada área de política pública e nos padrões históricos de organização político-administrativa e de relações dos gestores públicos com os grupos sociais cujos interesses estão afetos à área (CÔRTEZ, 2007).

Outros aspectos importantes da dimensão institucional-administrativa dizem respeito à accountability horizontal, ligada à interação entre executivo e

legislativo e à atuação de instituições de controle (judiciário, tribunais de contas, ministério público, órgãos investigativos), assim como a promoção de ações transparentes frente à sociedade.

Segundo Evans (2011), a capacidade técnico -administrativa está associada à competência da burocracia estatal em traçar, implementar e coordenar estratégias, nos diferentes níveis de governo, visando à coordenação interorganizacional e interfederativa, além do planejamento de médio e longo prazo e da execução orçamentária.

Assim, o fator institucional que pode interferir na capacidade de resposta dos governos às necessidades públicas, de forma eficiente e efetiva, está ligado às capacidades administrativas. Especialmente no que se refere às disparidades com relação a estas capacidades entre os governos, as desigualdades existentes no país se refletem em significativas diferenças nas condições financeiras, institucionais, políticas e técnico-administrativas dos entes subnacionais. Tais diferenças, segundo Souza e Carvalho (1999) apud Lotta, Gonçalves e Bitelmam (2014, p. 5), interferem na capacidade de resposta dos entes às necessidades e demandas da população, sobretudo na esfera local.

Esta constatação corrobora com o posicionamento de Arretche (2000), no sentido de que um dos fatores determinantes para o sucesso do processo de descentralização, assim como a situação econômica financeira do ente federado, é a capacidade administrativa deste ente.

Para alcançar este desiderato, os servidores públicos são atores centrais no processo de decisão política, pois podem influenciar a formulação de políticas sociais em suas áreas específicas de governo, pois, apesar de aparentemente serem agentes impessoais, que apenas cumprem ordens politicamente neutras, podem efetivamente tomar decisões, tendo em vista as informações e meios essenciais para a implementação das políticas sociais que detêm (CORTÊS, 2007).

No entendimento de Cortês (2007), no que se refere a uma gestão pública mais democrática, o poder dos servidores públicos pode aumentar à medida que assumem cargos de direção na gestão pública. Isso porque, dependendo de suas posições político ideológicas, eles podem promover diferentes tipos de participação, ao dirigirem fóruns ou na decisão sobre a infraestrutura de apoio a ser colocada à disposição dos conselhos gestores de políticas sociais e na sua dinâmica de funcionamento; na possibilidade de fazer cumprir as decisões ali tomadas; na possibilidade de pressionar os gestores e provedores de serviços, benefícios e bens para o cumprimento dessas decisões. Nas áreas da saúde e da assistência social, por exemplo, havendo descentralização, os serviços do município financiados com recursos públicos, estarão sobre o comando destes servidores (CÔRTEZ, 2007).

Assim, “profissionais, servidores públicos localizados em postos de comando, ministros, secretários e mais recentemente *policy communities* são muito influentes em processo de tomada de decisões que ocorre em um contexto de *policy networks*” (CÔRTEZ, 2007, p. 133).

Entretanto, no que se refere à administração pública local, existe um grave e evidente problema que, muitas vezes, reverte-se em entrave à atuação de servidores públicos, que é a baixa qualificação das burocracias municipais, que não são capazes de prover, de forma adequada, bens e serviços públicos que antes eram de responsabilidade dos entes centrais de governo e que foram descentralizados (THOMAZ; CUNHA, 2014).

Uma forma de resolver este problema, conforme já previa Arretche (2000), é desenvolver políticas de capacitação municipal.

Inclui-se nesta necessidade de capacitação, principalmente a qualificação de servidores públicos, pois, como ressalta Souza (1996), não faltam aos municípios somente a capacidade de reinventar o governo, mas também as condições mínimas para o exercício do próprio governo.

Neste sentido, está o posicionamento de Prud'Homme (1995), para quem os problemas ligados à capacidade administrativa local acarretam um potencial entrave à formulação de políticas de forma eficiente e responsável. Para o autor, estes problemas podem estar relacionados, por exemplo, às dificuldades de atração de pessoal qualificado para as administrações locais, tendo em vista que os governos centrais tendem a oferecer melhores remunerações, bem como melhores perspectivas de desenvolvimento na carreira, mobilidade, dentre outros.

Conforme constata Gomes (2010), para fazer face às necessidades de formulação de políticas sociais locais, os municípios precisam avaliar e adequar suas estruturas administrativas, capacitar-se técnica e financeiramente e ampliar o relacionamento com o setor privado e com organizações da sociedade civil.

Tudo isso somente é possível, se os governos locais souberem desenvolver adequadamente suas estruturas institucionais e administrativas, de forma a dar respostas às necessidades da população local. A Pesquisa de Informações Básicas Municipais – Munic - pode ser considerada como uma importante fonte de dados para a avaliação e o acompanhamento das capacidades institucionais-administrativas dos municípios.

Isso porque a pesquisa

efetua, periodicamente, um levantamento pormenorizado de informações sobre a estrutura, a dinâmica e o funcionamento das instituições públicas municipais, em especial a prefeitura, compreendendo, também, diferentes políticas e setores que envolvem o governo municipal e a municipalidade. Como fruto do esforço permanente de atualização da pesquisa, inclusive com relação ao amplo escopo dos temas por ela tratados, desde sua primeira edição em 1999, os dados estatísticos e cadastrais que ora compõem sua base de informações constituem um conjunto relevante de indicadores de avaliação e monitoramento do quadro institucional e administrativo das cidades brasileiras. Tais indicadores expressam, de forma clara e objetiva, não

só a oferta e a qualidade dos serviços públicos locais como também a capacidade dos gestores municipais em atender às populações (IBGE, 2015b).

A MUNIC vem sendo realizada pelo IBGE desde 1999¹⁵ e as principais variáveis da MUNIC - 2014 são as informações sobre os prefeitos; pessoal ocupado na administração direta e indireta, por vínculo empregatício; legislação e instrumentos de gestão municipal; recursos para a gestão municipal; comunicação e informática e a estrutura organizacional das principais políticas sociais, de meio ambiente, culturais, etc (IBGE, 2015b).

Os dados referentes à Munic foram utilizados para a avaliação da capacidade institucional-administrativa do Município de Lavras na área de saúde. Os resultados serão apresentados adiante, na seção 4.3.

2.2.1.2 Dimensão sociopolítica

Além da dimensão institucional-administrativa, outra dimensão da capacidade estatal diz respeito à capacidade sociopolítica do ente.

Ao analisar a dimensão sociopolítica, devem-se trazer à discussão as relações entre o Estado e a sociedade na definição e formulação das políticas sociais, envolvendo processos democráticos e participativos de defesa dos direitos pelos cidadãos (PAES DE PAULA, 2005). Conforme expõe Denhardt (2012), muitos problemas encontrados na implementação das políticas públicas podem ser evitados, ou ao menos minorados, se houver maior interesse dos cidadãos ao formular essas políticas.

¹⁵ “A Pesquisa de Informações Básicas Municipais - Munic se estende à totalidade dos municípios do País desde a primeira edição, em 1999, e da mesma forma nos seguintes anos: 2001, 2002, 2004, 2005, 2006, 2008, 2009, 2011, 2012 e 2013. Nesta 12a edição da Munic, que tem 2014 como ano de referência, obteve informações relativas a todos os 5.570 municípios brasileiros” (IBGE, 2015b).

Isso demanda novas capacidades do Estado, que vão além das necessidades de uma burocracia profissional e coesa, ou seja, das capacidades técnicas e administrativas típicas da burocracia weberiana clássica. Numa democracia, como a brasileira, composta de instituições representativas, participativas e deliberativas, mostra-se importante desenvolver as capacidades políticas, para a inclusão de múltiplos atores, para a negociação de interesses e para a construção de consensos (GOMIDE; PIRES, 2014).

Em contextos democráticos, as capacidades sociopolíticas estão ligadas ao fato de que, para se formular objetivos relativamente consensuais e viabilizar a implementação de determinadas políticas, é preciso coordenar interesses de modo a “mitigar conflitos, canalizar informações necessárias à formulação, formular visões de futuro compartilhadas, construir bases de legitimidade para as políticas e atuar de maneira responsiva aos interesses da sociedade” (STEIN, 2015, p. 13).

Para isso, os arranjos institucionais devem propiciar uma atuação colaborativa entre Administração Pública e sociedade civil, ampliando o alcance, a diversidade e a capilaridade das políticas públicas, diante da enorme complexidade dos problemas sociais. Sob essa ótica, a abertura de espaços dentro da Administração Pública para a participação da sociedade civil é fundamental.

De acordo com o exposto por Gomide e Pires (2014), o desenvolvimento desta dimensão da capacidade estatal, ao incluir múltiplos atores e propiciar a formação de coalizões políticas, é bastante importante, considerando o contexto de um ambiente institucional caracterizado pela existência de instituições representativas, participativas e de controle (social, burocrático e judicial), o que garante apoio para os objetivos e as estratégias a serem assumidos.

Na análise da capacidade política são enfatizadas as relações estabelecidas entre a burocracia executora de políticas

públicas e outros atores políticos situados institucionalmente tanto nos governos subnacionais quanto na sociedade civil organizada (membros de conselhos ou outros colegiados), e ainda com a burocracia da área de controle – Tribunal de Contas da União (TCU), Ministério Público (MP), Controladoria Geral da União (CGU) etc. –, na medida em que a fiscalização acaba também afetando os resultados das políticas (LOUREIRO; VACÁRIO; GUERRA, 2014, p. 118).

A partir da Constituição Federal de 1988, percebeu-se essa abertura aos espaços institucionais de participação, como os conselhos de políticas públicas, as conferências e as audiências públicas, nos quais a sociedade civil se faz representar de forma individual quando exercida por cidadãos, ou de forma institucional, quando por organizações da sociedade civil ou movimentos sociais.

O tema da inserção da participação popular na gestão pública é o cerne dessa mobilização (Grupo de Estudos sobre a Construção Democrática, 1999), e atingiu seu ápice em meados da década de 1980, momento da elaboração da Constituinte, quando diferentes forças políticas ofereciam suas propostas para formular um novo referencial das relações entre Estado e sociedade, cada qual fundamentada na sua visão de como deveria ser a construção da democracia no Brasil (PAES DE PAULA, 2005, p. 39).

Assim, novas formas de relação entre Estado e sociedade e entre público e privado passaram a ser construídas no âmbito das políticas sociais. Neste contexto, houve abertura para as parcerias com organizações do terceiro setor. Para Junqueira (2004), essas parcerias geram um deslocamento do poder de decisão que funcionam como uma forma de democratização da gestão por meio da participação.

Esta forma de gestão participativa tem sido classificada, na área de administração pública, como Gestão Social, cujo conceito encontra-se ainda em

fase de construção (CANÇADO; PEREIRA; TENÓRIO, 2013), embora se possa reconhecer sua concretização na prática, em especial na gestão democrática e participativa nas políticas sociais.

Neste sentido, entende-se Gestão social como:

O processo gerencial dialógico em que autoridade decisória é compartilhada entre os participantes da ação (ação que pode ocorrer em qualquer tipo de sistema social-político, privado ou de organizações não governamentais) O adjetivo social, qualificando o substantivo gestão, é entendido como o espaço privilegiado de relações sociais em que todos tem direito à fala, sem nenhum tipo de coação (TENÓRIO, 2008, p. 40).

Entretanto, na realidade brasileira, grandes são as dificuldades ou limites para a implementação de experiências participativas, em especial aquelas que promovam a emancipação social. Dentre as razões estão assimetrias como: as desigualdades sociais, as culturas autoritárias, clientelistas e patrimonialistas, as dificuldades no entendimento dos aparatos institucionais, bem como a construção de direitos de *cima para baixo* (ANDRADE; CASTRO; PEREIRA, 2012).

De forma geral, as limitações à construção de uma cidadania, que reforce a dimensão sociopolítica de uma gestão pública democrática no Brasil, têm raízes nas práticas coloniais patrimonialistas, nos aspectos autoritários da cultura nacional e na carência de cultura cívica.

A construção histórica, cultural, econômica e social do Brasil, conforme é discutida em Faoro (2000) e Carvalho (2007), bem como por outros historiadores como Roberto Da Matta, Darcy Ribeiro, Sérgio Buarque de Holanda, Prado Junior, Gylberto Freyre, Oliveira Vianna, Edson de Oliveira Nunes, Florestan Fernandes apud (CAMPANTE, 2003) apontam as citadas limitações para o período colonial e suas consequências.

Questões características dessa época como patrimonialismo, estamento burocrático, nepotismo, formalismo, hierarquia, favoritismo e baixo caráter republicano, típicas do modelo de administração patrimonialista, permearam e ainda permeiam as relações de poder e dominação de nossa estrutura política e aparato administrativo (ALCANTARA; PEREIRA; SILVA, 2014).

Não obstante a modernização do Estado, muitas das características do modelo patrimonialista se mantiveram, seja no Estado Burocrático ou no Gerencial e, mesmo na direção da democracia, não possibilitaram a participação efetiva da população (PAES DE PAULA, 2005).

Por outro lado, pode-se perceber uma maior participação e disseminação de mecanismos participativos, como nos conselhos gestores de políticas públicas. Esse fortalecimento da ideia de democracia substantiva passa pela discussão normativa de *accountability*, em que o cidadão se enxerga como agente de elaboração e, ao mesmo tempo, destinatário das políticas públicas, implementando um modelo de governança democrática, caracterizado por uma responsabilidade estendida entre estado/sociedade.

A gestão democrática exige um esforço do poder público no sentido de implantação de processos decisórios transparentes e que garantam espaço para diálogo entre os grupos sociais no momento de discussão de políticas públicas. A construção de uma política pública, que compatibilize os direitos e interesses dos cidadãos, muitas vezes conflitantes, parte do pressuposto de que a governança não se esgota no Estado, necessita agregar as ideias da sociedade e a consciência da escassez de recursos, a fim de conduzir as escolhas para um consenso responsável.

Com esta visão, a municipalização de alguns serviços sociais universais gerou novas institucionalidades na governança local. Porém, esta não deve se limitar à transferência de sua implementação, mas ter relação, também, com o

envolvimento das comunidades locais no processo decisório e de controle da implementação de políticas sociais.

Com efeito, uma descentralização política efetiva consiste, também, na transferência de autonomia, para que a comunidade local possa participar da decisão sobre formas de financiamento de serviços e gastos, assim como para o planejamento, dos serviços públicos básicos e cotidianos a serem prestados à população, de forma democrática, especialmente nas áreas de políticas sociais, como educação, saúde, segurança, habitação e obras (BENTO, 2003).

Desta forma, a conquista de novos espaços de participação da sociedade civil consolidou-se na construção de descentralização das ações, com maior responsabilidade dos municípios na formulação e na implantação de políticas sociais e na possibilidade de transferência de parcelas de poder do Estado para a sociedade civil organizada.

Tal paradigma tem feito com que muitos governos locais implementem ou consolidem várias experiências participativas, que vão desde conselhos municipais setoriais voltados para a decisão, participação na gestão e fiscalização de políticas sociais e de pequenas obras públicas, até a incorporação de segmentos sociais marginalizados do processo decisório na alocação de parcela dos recursos orçamentários locais (SOUZA, 2004).

Neste sentido, Souza (2004) conclui que, apesar do incentivo constitucional-legal para o maior envolvimento dos governos e das comunidades locais na provisão de serviços sociais universais e de bens públicos de uso comum, não há garantias de que estas novas configurações institucionais sobreviverão sem o apoio financeiro e indutor do governo federal e de outros organismos exógenos à governança local.

2.2.1.3 Dimensão econômico-financeira

As três categorias de autonomia tratadas na Constituição não devem ser consideradas de forma separada. Isso, porque a autonomia política, a descentralização administrativa ou mesmo a cidadania participativa não são suficientes para levar à agenda pública local os interesses da comunidade, se não se forneçam todas as condições para que os poderes locais possam concretizar políticas públicas eficientes e eficazes.

Junto das autonomias, administrativa e política, há que se consolidar a autonomia financeira dos poderes locais, vez que ambas necessitam de recursos para custear as atividades municipais. Caso contrário, acarretam a dependência dos municípios com relação aos demais entes federados, perdendo a razão de ser da descentralização instituída pela Constituição Federal (ANTINARELLI, 2012).

Neste sentido, a autonomia financeira é considerada um fator fundamental para a operacionalização das políticas públicas dos governos locais, pois, se não há recursos financeiros, os governos não serão capazes de agir. Neste sentido, a capacidade fiscal dos governos subnacionais é determinante, ou seja, do ponto de vista da formulação teórica do federalismo, a autonomia fiscal seria um mecanismo fundamental para garantir a alocação eficiente dos recursos, de forma que possa responder às demandas dos cidadãos (GOMES, 2010).

A Carta Constitucional de 1988, seguindo uma evolução histórica que vinha acontecendo desde a Constituição Federal de 1891, que passou a implementar a separação de fontes tributárias e discriminação de impostos de competência exclusiva entre os entes federados¹⁶, trouxe um novo sistema de financiamento do estado, com uma divisão maior de recursos e maior autonomia

¹⁶ Como visto anteriormente, esta evolução sofreu períodos de rupturas, principalmente durante o regime militar (1965-68), que impôs na Constituição de 1967, uma alta concentração de poder decisório na esfera federal e que operou uma forte centralização na reforma Tributária de então.

fiscal para os entes subnacionais, ou seja, Estados e Municípios (ARRETCHE, 2004; THOMAZ; CUNHA, 2014).

Entretanto, a arrecadação de tributos ainda é desigual, muito em função das competências tributárias de cada um dos entes federativos, como uma concentração desta na União.

No que tange à distribuição de receitas federais, pode-se dizer que há três formas diferentes de participação dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios nas receitas obtidas pela União. A primeira ocorre com participação direta no produto da arrecadação de determinados impostos (arts. 157, I e 158, I, da CF/88); a segunda se dá com a participação partilhada direta no produto de determinado tributo (art. 157, II; 158, II, III, e IV; e 159, III, CF/88); e a terceira, que é a participação indireta por meio de fundos formados por uma parcela de determinadas exações (art. 159, I, da CF/88) (BRASIL, 2002).

Por sua vez, a receita tributária dos municípios é composta de receitas próprias (arrecadadas por meio de atividade direta do ente), impróprias (provenientes de transferências constitucionais e voluntárias da União e dos Estados, através de fundos de participação ou de impostos que são de competência dos demais entes federados) e pelas transferências condicionadas universais (vinculadas a políticas setoriais) (ARRETCHE, 2010).

Dentre as receitas próprias estão as provenientes da arrecadação do IPTU – Imposto Predial Territorial Urbano, do ITBI – Imposto sobre Transmissão ‘Intervivos’ e do ISS – Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza, além das taxas, contribuições de melhoria e preços públicos.

Dentre as transferências constitucionais federais, a mais importante é o Fundo de Participação dos Municípios (FPM), que tem orientação redistributiva, embora sua efetividade seja bastante controversa¹⁷. Este Fundo é composto por

¹⁷ Os critérios de rateio das transferências do Fundo de Participação dos Estados e do Fundo de Participação dos Municípios são diretamente proporcionais à população e

24% das receitas dos dois principais impostos federais: o Imposto de Renda e o Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI). Dez por cento são distribuídos entre as capitais, e os restantes 90% são distribuídos entre as demais cidades, sendo cada quota individual calculada por uma fórmula inversamente proporcional à população e à receita *per capita* do respectivo estado (BRASIL, 2002).

As transferências constitucionais estaduais, por outro lado, operam segundo o princípio da devolução tributária. Isto é, os estados devem distribuir para seus próprios municípios com 25% do total da arrecadação do Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), bem como com 50% das receitas do Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA). Setenta e cinco por cento do montante a ser distribuído deve ser calculado segundo a arrecadação em cada jurisdição (ANTINARELLI, 2012).

Devem ser destinados, também, pelos Estados aos municípios, 25% (vinte e cinco por cento) dos 10% (dez por cento) do IPI e 25% (vinte e cinco por cento) dos 29% (vinte e nove por cento) do produto da arrecadação da Contribuição de Intervenção no Domínio Econômico, a Cide-combustíveis, que lhes são destinados pela União.

Com relação às transferências condicionadas universais, podem-se citar as transferências financeiras ligadas à saúde e à educação.

Na saúde, por exemplo, as transferências tornaram-se universais, uma vez completado o processo de adesão voluntária ao Sistema Único de Saúde (SUS), iniciado em 1990 e estão vinculadas a ações de saúde, que variam desde o atendimento a serviços básicos até o atendimento hospitalar. São consideradas universais no sentido de que todos os municípios que cumpram os requisitos estabelecidos pelas Normas Operacionais do Ministério da Saúde estão aptos a

inversamente à renda, resultando em maior participação para os Estados e Municípios mais pobres da federação e pouco representando para os Estados do Sul e do Sudeste.

recebê-las, considerando que quase 100% dos municípios brasileiros operam segundo as regras do SUS (ARRETCHE, 2010).

Segundo Antinarelli (2012), a maior parte dos municípios, em especial os de pequeno e médio porte, ou seja, aqueles de até 100.000 habitantes possuem uma grande dependência das receitas de transferência. Ademais, o autor ressalta as deficiências do sistema de arrecadação destes municípios, sejam elas humanas ou tecnológicas, que diminuem a eficiência nas cobranças dos tributos pelos poderes locais. Isso tudo gera um acomodamento destes municípios quanto à busca pela receita tributária. Assim, as transferências acabam por exercer um efeito desestimulante do esforço fiscal, muito embora a Lei Complementar nº. 101/2000 possua previsão de obrigatoriedade da efetiva arrecadação dos tributos (BRASIL, 2015b).

Embora a autonomia dos municípios seja questionada, já que estão na dependência financeira da União, não se pode negar os benefícios do processo de descentralização. Dados publicados no Editorial do Caderno de Ceas (1997, p. 3) “revelam que a média das receitas diretamente arrecadadas pelas prefeituras no Brasil alcança apenas 15% dos recursos disponíveis, os 85% restantes são oriundos de contribuições obrigatórias e voluntárias dos governos estaduais e federal” apud (RODRIGUES, 2007, p. 276).

Antinarelli (2012), ao analisar a questão da arrecadação tributária dos municípios do Estado de Minas Gerais, baseado em dados obtidos junto ao relatório das receitas dos municípios mineiros em 2009, elaborado pela Secretaria do Tesouro Nacional – STN, demonstra a ineficiência dos municípios menores na arrecadação de tributos, se em comparação com municípios maiores (Tabela 1)¹⁸.

¹⁸ “Em linhas gerais, partimos de três índices: 1) a arrecadação per capita de tributos próprios, excluindo taxas, CIP e Contribuição Previdenciária Própria; 2) o percentual da arrecadação própria x receitas correntes e 3) o percentual da arrecadação própria x transferência do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços – ICMS (que

Tabela 1 Distribuição per capita dos tributos arrecadados

População*	ISS, IPTU, ITBI Per capita	ISS, IPTU, ITBI/Receitas Correntes	ISS, IPTU, ITBI/ transferência de ICMS
Acima de 100.000	R\$ 143,55	10%	62%
10.000 e 100.000	R\$ 61,68	5%	34%
Até 10.000	R\$ 52,95	3%	19%
100.000 e 300.000	R\$ 123,69	9%	55%

*Até 10.000 ha (476 municípios)

*Entre 10.000 e 100.000 ha (366 municípios)

*Acima de 100.000 ha (27 municípios)

Fonte: Antinarelli (2012, p. 453).

Com isso, verifica-se que a União detém o poder político, econômico e decisório das políticas públicas sob sua tutela. Contudo, os investimentos dos governos subnacionais, principalmente em áreas sociais, são peças fundamentais para entendermos e compreendermos a ação política no Brasil (RODRIGUES, 2007).

O quadro seguinte sintetiza as três dimensões das capacidades estatais discutidas nas subseções acima e as capacidades externadas em cada uma dessas dimensões:

mede, ainda que em parte, atividade econômica). Classificamos os municípios mineiros, para fins de comparação, por população” (ANTINARELLI, 2012, p. 453).

Quadro 1 Dimensões das capacidades estatais

DIMENSÃO	CAPACIDADE EXTERNADA
Institucional-administrativa	capacidade técnica e de gestão, recursos humanos, coordenação interorganizacional e interfederativa, juridicidade,
Econômico-financeira	Liquidez, autonomia fiscal, arrecadação
Sociopolítica	Legitimidade, participação social

A dimensão institucional-administrativa da capacidade estatal externa de forma satisfatória alguns tipos de capacidades ligadas às questões como técnica, gestão e recursos humanos. Nesta dimensão estão, ainda, as capacidades de desenvolver relações de cooperação com organizações não governamentais e com outros entes federativos, visando atender interesses públicos comuns.

Na dimensão econômico-financeira, as capacidades que devem ser externadas, para que se configure uma boa capacidade estatal, dizem respeito à autonomia fiscal e de arrecadação tributária, além daquela relativa à liquidez para o cumprimento das obrigações assumidas.

Por fim, a dimensão sociopolítica deve exteriorizar a capacidade estatal de produzir políticas públicas dotadas de legitimidade democrática, em termos de participação social.

Para que se possa alcançar o objetivo da pesquisa, entende-se que, além de apreender o conceito de capacidade institucional-administrativa, é primordial que haja, também, uma discussão acerca das políticas de saúde, bem como os fundamentos, evolução e estruturação do Sistema Único de Saúde. A seção seguinte é destinada a isso.

2.3 Políticas de saúde e o Sistema Único de Saúde

O desenvolvimento das políticas de saúde acompanhou a lógica de “cidadania regulada” de todo o sistema de proteção social do Brasil, conforme já explicitado na Seção 2.1, pois, como visto, antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a assistência à saúde no País tinha uma estreita vinculação com as atividades previdenciárias.

Esta concepção foi alterada com a Carta Magna de 1988, que foi marcada pelo reconhecimento dos direitos sociais de cidadania, pela universalidade e integralidade da cobertura nas políticas sociais, pelo arranjo organizacional descentralizado estruturado a partir da esfera municipal e pelo federalismo cooperativo, aliado a uma perspectiva participativa de cogestão Estado/Sociedade (TEIXEIRA et al., 2009).

No que se refere ao direito à saúde, a Carta Política previu ser a saúde um “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2002, p. 122). Estabeleceu, ainda, que “cabe ao poder público dispor, por lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, autorizando que a sua execução pudesse ser feita diretamente, por terceiros e também por pessoa física ou jurídica de direito privado” (BRASIL, 2002, p. 122).

De outro lado, a saúde foi a área de política social em que o modelo descentralizador foi mais amplamente aplicado (FLEURY et al., 1997). A CF/88 criou um sistema único, em que

as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em

cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade (BRASIL, 2002, p. 122).

Como consequência, o Sistema Único de Saúde - SUS é hoje dotado de um amplo arcabouço jurídico-normativo, que lhe garante uma estrutura institucional bastante consistente, a qual apresenta grande centralidade no município quanto ao funcionamento do sistema, mas com a cooperação técnica e financeira dos estados e da União.

Seguindo essas diretrizes, a Lei Federal nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990¹⁹, estabelece que as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) obedecem aos seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

¹⁹ A Lei nº. 8.080/90 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (BRASIL, 2015e).

- a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
- b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 2015d).

Para atingir de forma eficiente todas as diretrizes e os princípios do SUS, de forma a efetivar suas atribuições, dispostas no art. 200, da CF/88²⁰, as necessidades de financiamento da saúde são grandes. Com o objetivo de garantir os recursos necessários ao atendimento da saúde pública, em 13 de setembro de 2000, foi editada a Emenda Constitucional n.º 29. O novo texto constitucional assegura a efetiva coparticipação da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios no financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Com isso, a exemplo do que vinha ocorrendo para a educação, a Emenda estabeleceu a exigência de que percentuais mínimos das receitas dos Estados, do Distrito

²⁰ “Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação; VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho” (BRASIL, 2002, p. 123-124).

Federal e dos Municípios, sejam aplicados em ações e serviços públicos de saúde.

Esses valores mínimos foram estabelecidos pela Lei Complementar nº. 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal, a qual, também, estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo (BRASIL, 2015c).

Ainda, a Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 2015e) e a Lei 8.142/90²¹ (BRASIL, 2015f) definem que os recursos financeiros do SUS serão depositados em conta especial (os Fundos de Saúde), em cada esfera de sua atuação e movimentados sob a fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde. Os Fundos de Saúde, instituídos no âmbito de cada Estado, Distrito Federal e Municípios, são considerados fundos especiais conforme definição da Lei nº 4.320/64 (art. 71 e ss). Suas receitas são especificadas e vinculadas à realização de objetivos e serviços determinados, no caso, as ações e serviços públicos de saúde, devidamente acompanhamentos e fiscalizados pelos Conselhos de Saúde (BRASIL, 2015d).

Nos termos da Lei 8.142/90, os conselhos de saúde são instâncias colegiadas, participativas e paritárias, formados por representantes da população usuária do SUS, por prestadores de serviços e por profissionais de saúde, com poder deliberativo. Entre outras finalidades, servem para garantir a participação regular do cidadão:

- na elaboração das diretrizes gerais da política de saúde e definição das metas com vistas ao alcance dos objetivos traçados para a política de saúde;
- na formulação das estratégias de implementação das políticas de saúde;

²¹ Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências (BRASIL, 2015f).

- no controle sobre a execução das políticas e ações de saúde; e
- no controle sobre a utilização dos recursos públicos da área de saúde.

(BRASIL, 2007).

Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios têm autonomia para administrar os recursos destinados à saúde, de acordo com o estabelecido nos seus respectivos Planos de Saúde elaborados em consonância com o Plano Nacional de Saúde e submetidos à aprovação dos Conselhos de Saúde, incluindo:

- ações de vigilância epidemiológica e controle de doenças;
- ações de vigilância sanitária;
- vigilância nutricional, controle de deficiências nutricionais, orientação alimentar, e a segurança alimentar promovida no âmbito do SUS;
- educação para a saúde;
- saúde do trabalhador;
- assistência à saúde em todos os níveis de complexidade;
- assistência farmacêutica;
- atenção à saúde dos povos indígenas;
- capacitação de recursos humanos do SUS;
- pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, promovidos por entidades do SUS;
- produção, aquisição e distribuição de insumos setoriais específicos, tais como medicamentos imunobiológicos, sangue e hemoderivados, e equipamentos;
- saneamento básico e do meio ambiente, desde que associados diretamente ao controle de vetores, a ações próprias de pequenas comunidades ou em nível domiciliar, ou dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) e outras ações de saneamento a critério do Conselho Nacional de Saúde;

- serviços de saúde penitenciários, desde que assinado Termo de Cooperação específico entre os órgãos de saúde e os órgãos responsáveis pela prestação dos referidos serviços;

- atenção especial aos portadores de deficiência;

- ações administrativas realizadas pelos órgãos de saúde no âmbito do SUS e indispensáveis para a execução das ações indicadas nos itens anteriores. (BRASIL, 2007).

No que se refere ao desenvolvimento da estrutura institucional do Sistema Único de Saúde – SUS, a CF/88 estabeleceu que as relações entre os níveis de governo deveriam ser baseadas em um sistema descentralizado e hierarquizado, cabendo à União e aos estados a cooperação técnica e financeira e aos municípios a responsabilidade de prestar atendimento à população (ARRETCHE, 2003).

Seguindo tal direcionamento, o artigo 4º, da Lei Federal 8080, de 19 de setembro de 1990, Lei Orgânica da Saúde, prevê que o SUS é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, incluídas as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde, ficando ainda autorizada a participação da iniciativa privada, em caráter complementar (BRASIL, 2015e).

Em termos de atribuições legais, à esfera local coube a competência de construir a relação direta com o cidadão na prestação de serviços, ou seja, a gerência da grande maioria das unidades de provisão de serviços públicos de saúde, sendo majoritariamente responsável pela organização e gestão destas unidades, especialmente na atenção primária, e pela implantação de programas nacionais em diversas políticas setoriais, além de serem responsáveis formais

pela contratação, monitoramento e avaliação de amplo conjunto de unidades privadas (TEIXEIRA et al., 2009).²²

Com isso, pode-se perceber que a rede de serviços do SUS é organizada de forma regionalizada e hierarquizada, permitindo um conhecimento maior dos problemas de saúde da população de uma área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade.

As ações e serviços de saúde de menor grau de complexidade devem ser colocadas à disposição do usuário em unidades de saúde localizadas próximas de seu domicílio. As ações especializadas ou de maior grau de complexidade são alcançadas por meio de mecanismos de referência, organizados pelos gestores nas três esferas de governo. Neste sentido, a Lei 8.080/90 não apenas reforçou a atribuição municipal de planejamento e execução dos serviços de saúde, como ampliou a função da União de alocação de recursos e regulação do desempenho das ações municipais e estaduais (COSTA et al., 1999 apud ARRETCHE, 2003).

O processo de implementação do SUS foi conduzido a partir da União e a descentralização federativa do sistema somente deu início na segunda metade da década de 1990, por meio da pactuação de marcos normativos temporários (as Normas Operacionais Básicas – NOB de 1991, 1992, 1993 e 1996, as Normas Operacionais da Assistência à Saúde – NOAS 2001 e 2002 e o PACTO PELA SAÚDE 2006²³). Portanto, a estratégia de estabelecer um sistema

²² “De um total de 196.139 estabelecimentos que compõem a oferta do SUS, a esfera local gerencia 28,2 %. Além disso, os municípios são responsáveis pela gestão de 73,6% das unidades federais, 30,0% da unidade estaduais, 82,7% de suas próprias unidades e 85,1% das unidades privadas. De forma geral, os municípios respondem (gestão) por 83,8% da oferta de estabelecimentos de saúde que compõem o SUS” (TEIXEIRA et al., 2009. p. 03).

²³ Segundo Lima, et al. (2012, p. 1912) “O Pacto pela Saúde representa um movimento de inflexão nos mecanismos de coordenação federativa na política de saúde brasileira,

descentralizado pelas portarias editadas pelo Ministério da Saúde – as NOBs, demonstra a preponderância do governo federal como autoridade para formular as regras que definem as ações de saúde de estados e municípios.

A Norma Operacional Básica do SUS 01/91 (NOB/SUS 01/91) centraliza a gestão do SUS no nível federal, porém, considera como “municipalizados” os municípios que atendam a alguns requisitos básicos, como: (a) criação dos Conselhos Municipais de Saúde; (b) criação do Fundo Municipal de Saúde; (c) Plano Municipal de Saúde aprovado pelos respectivos Conselhos; (d) Programação e Orçamento da Saúde (PROS) como detalhamento do Plano de Saúde; (e) Contrapartida de recursos para a saúde do seu orçamento; (f) Constituição de Comissão de Elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) com o prazo de dois anos para a sua implantação (BRASIL, 2015h).

Ao que pese a gestão do SUS estar centralizada na União, aos estados e municípios, também, foram resguardados os direitos institucionalizados de participação na formulação das regras das políticas que lhes afetam diretamente e, no limite, têm a prerrogativa de não aderir à política federal (ARRETCHE, 2003).

Neste sentido, vale citar a NOB/93²⁴, que formalizou os princípios aprovados na 9ª Conferência Nacional de Saúde (realizada em 1992), que teve como tema central “a municipalização é o caminho” e desencadeou um amplo processo de municipalização da gestão com habilitação dos municípios nas condições de gestão criadas (incipiente, parcial e semiplena) (BRASIL, 2003, p. 29).

com valorização das esferas estaduais e municipais e a criação de novas instâncias regionais”.

²⁴ Estabelecida por meio da Portaria do Ministério da Saúde nº 545, de 20 de maio de 1993(BRASIL, 2015k).

A NOB/93, ainda, institucionalizou a participação de estados e municípios no processo de formulação das regras da descentralização, ao retirar do governo federal e dos governos estaduais o poder de estabelecer unilateralmente as regras de funcionamento do SUS, no que diz respeito aos governos locais. Assim, a criação da Comissão Intergestores Tripartite – CIT (União, estados e municípios) no plano federal e das Comissões Intergestores Bipartites – CIBs (estados e municípios) no plano estadual, todas com a participação dos governos locais, criou um mecanismo de contrapeso à concentração de autoridade nos governos centrais (NOGUEIRA, 2012; ARRETCHE, 2003).

As Comissões Intergestores têm a finalidade de integrar diferentes gestores dos sistemas de saúde e criar espaços de negociação, deliberação e operacionalização da política. Segundo Guerreiro e Branco (2011), este tipo de pactuação favorece a formação de alianças entre os governos e a constituição de parcerias, de redes colaborativas que fortalecem o pacto federativo e, sobretudo, ajudam a diminuir as desigualdades existentes.

De outro lado, a Norma Operacional Básica 01/96 definiu as condições de participação do município na gestão do SUS, a gestão plena da atenção básica e a gestão plena do sistema municipal (BRASIL, 1997). Estes dois tipos de gestão foram aprimorados pela Norma Operacional de Assistência Social NOAS/SUS 01/02 (BRASIL, 2015j), que, em termos gerais, pode ser assim entendida:

(a) Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, pela qual o município se habilita a receber um montante definido em base per capita para o financiamento das ações de atenção básica, e

(b) Gestão Plena do Sistema Municipal, pela qual o município recebe o total de recursos federais programados para o custeio da assistência em seu

território e planeja e implementa as ações e serviços de saúde na sua área de controle político.

É importante ressaltar, ainda, a criação do Piso da Atenção Básica (PAB), operada pela NOB 01/96, como um instrumento financeiro que visa financiar o custeio de procedimentos de atenção básica, de responsabilidade tipicamente municipal (BRASIL, 2003). Vale destacar que, enquanto os recursos do PAB fixo são transferidos tendo por base o valor per capita, o valor do PAB variável depende da adesão do município a programas prioritários definidos pelo Ministério da Saúde, tais como os Programas de Agentes Comunitários de Saúde, de Saúde da Família e de Combate às Carências Nutricionais e a ações estratégicas tais como a Farmácia Básica e as Ações Básicas de Vigilância Sanitária.

Na segunda metade da década de 2000, os termos pactuação e contratualização consagraram-se na prática das políticas de gestão do SUS, através do condicionamento dos repasses financeiros aos distintos agentes do SUS ao atingimento de metas e indicadores nos campos da gestão e da assistência. A pactuação, que gerou os pactos de gestão e os pactos pela saúde (ou pela vida), passou a ser entendida como a distribuição, discutida em conjunto, de responsabilidades entre os gestores públicos, e explicitada formalmente, com a finalidade de abarcar os interesses de cada ente federativo, mas sem comprometer os princípios doutrinários do SUS (NOGUEIRA, 2012).

Nogueira (2012) destaca que os procedimentos criados pela via da pactuação causaram mudanças enormes no papel cumprido pelas secretarias municipais e estaduais, havendo um reforço à ação institucional coordenativa destas últimas.

Desta forma, a atribuição eminentemente executora do Município foi reforçada com base no Pacto pela Saúde, assinado em 2006, quando o gestor municipal passou a assumir a plenitude da gestão das ações e serviços de saúde

oferecidos em seu território. Se o município não possui todos os serviços de saúde, ele pactua com outros municípios de sua região a forma de atendimento integral à saúde de sua população. Esse pacto, também, deve passar pela negociação com o gestor estadual.

Com o Pacto pela Saúde (2006), os estados e municípios passaram a ter a possibilidade de receber os recursos federais por meio de cinco blocos de financiamento: a) Atenção Básica; b) Atenção de Média e Alta Complexidade; c) Vigilância em Saúde; d) Assistência Farmacêutica; e e) Gestão do SUS (BRASIL, 2007).

Com isso, o papel dos espaços intergovernamentais de articulação e a pactuação assumem relevância fundamental, na busca do equilíbrio e da cooperação entre as esferas de governo em prol da implementação efetiva da proteção socioassistencial (INSTITUTO DE PESQUISA ECONOMICA APLICADA - IPEA, 2008).

Além disso, a esfera local atua na formação da política de médio prazo, por meio da convocação periódica das Conferências de Saúde, que resultam num processo deliberativo ascendente, do nível local até chegar ao central e que se encarregam da discussão da temática e elaboração de um relatório que, apesar de não ser vinculante, serve de base para a elaboração da política nacional, além de garantir legitimidade política às ações (TEIXEIRA et al., 2009).

Por outro lado, ao que pese estados e municípios terem conseguido institucionalizar seus direitos de participação no processo de formulação e implementação das regras da descentralização, o governo federal, através do Ministério da Saúde, continuou sendo o ator mais forte nas arenas federativas (ARRETCHE, 2003).

O quadro a seguir apresenta um resumo das características das políticas de saúde no Brasil, de acordo com as seguintes categorias de análise:

Quadro 2 Resumo das Características das Políticas de Saúde

Competências constitucionais	Competências legislativas concorrentes Competências comuns
Formato institucional	Sistema Único de Saúde – SUS
Competências Formulação	GF formula diretrizes, padrões de funcionamento, programas, responsabilidades mínimas, procedimentos de atenção médica e protocolos de assistência E e M desenvolvem planos com bases na adesão a programas e padrões federais
Implementação	E: responsável pela saúde terciária e parte da Secundária, pelo desenvolvimento tecnológico da assistência aos M, estabelece CIB e conselho estadual, repassa recursos Continua M: adere a programas, responsável pela saúde primária e parte da secundária, coordena ações, repassa recursos, cria conselho local, alimenta sistema de informações
Financiamento – formas de repasse	Transferência de fundo a fundo com critérios <i>per capita</i> , segundo critérios padronizados por programas e definições de programas intermunicipais - Alcance dos padrões e a alimentação dos sistemas de monitoramento por (E e M) está vinculada ao recebimento de repasses de recursos Continua
Normatização	NOBs e NOAS** Continua.....
Adesão	Voluntária
Vinculação	Mínimos de repasse GF: 11,5%, E: 12%, M: 15% da arrecadação + transferências
Sistema de monitoramento e avaliação	GF cria padrões de avaliação para programas, gerenciamento de diversos sistemas de monitoramento ligados às políticas
Tipos de gestão dos entes subnacionais	Gestão Plena e Básica

Elaborado com base em: Lotta, Gonçalves e Bitelman (2014)

*GF: Governo Federal; E: Estados; M: Municípios

** NOBs – Normas Operacionais Básicas e NOAS – Normas Operacionais de Assistência Social.

3 METODOLOGIA

A presente pesquisa trata-se de um estudo de caso descritivo, no qual a pesquisadora estudou a capacidade estatal de formulação de políticas de saúde em um município de médio porte, localizado no Sul de Minas Gerais. Sob a análise de seu escopo, o estudo de caso pode ser considerado como uma investigação de um fenômeno contemporâneo dentro do contexto social (GODOY, 2006).

Em linhas gerais, o estudo de caso baseia-se em uma investigação detalhada, a partir de dados coletados durante um período de tempo determinado, a fim de fazer uma análise do contexto e dos processos envolvidos no fenômeno sob estudo, evidenciando os limites entre o fenômeno e o contexto (YIN, 2010).

Para alcançar os seus objetivos, a pesquisa foi realizada em duas partes. A primeira se ateve à pesquisa bibliográfica, a fim de que se pudesse aprofundar nas teorias e conceitos a embasar as análises, tais como sobre federalismo e descentralização, formulação de políticas sociais e capacidades estatais.

Desta forma, o estudo da literatura possibilitou realizar as análises sobre os conceitos emersos do trabalho empírico e os retirados da literatura especializada. Para isso, a pesquisa bibliográfica foi realizada em periódicos e livros especializados, procurando-se verificar publicações em âmbito nacional e internacional sobre os aspectos teóricos estudados.

A segunda parte da pesquisa visou lograr o conhecimento da realidade da formulação de políticas de saúde no Município de Lavras, por meio do estudo de caso descritivo e buscou possibilitar o entendimento, a interpretação e discussão sobre os aspectos verificados (YIN, 2010).

Para a realização da pesquisa empírica, foi escolhida a cidade de Lavras/MG, por se enquadrar na categoria de cidade de médio porte²⁵, durante o período a ser avaliado e por possibilitar a análise metodológica da observação participante.

Uma questão importante para o estudo de caso diz respeito à coleta de dados, que pode ser realizada por uma variedade de procedimentos.

Assim, a coleta de dados da pesquisa foi balizada observando um recorte de tempo, de janeiro de 2011 a junho de 2015, a partir do qual se fez a análise das políticas de saúde formuladas no período. Este interregno foi escolhido visando abarcar mandatos eletivos diferentes, para que se pudesse avaliar, também, a interferência da alternância de poder político em âmbito municipal sobre capacidade institucional administrativa de formulação de políticas de saúde por este município, bem como possíveis desafios enfrentados neste contexto.

Nesta segunda fase da pesquisa foram utilizadas a pesquisa documental e a observação participante.

A pesquisa documental é aquela em que a fonte de coleta de dados está restrita a documentos, escritos ou não, constituindo-se de uma fonte denominada primária (LAKATOS; MARCONI, 2003).

Para isso, foram utilizados arquivos de documentos públicos do Município de Lavras, tais como projetos de lei, leis, os Planos Plurianuais vigentes no período, as Leis de Diretrizes Orçamentárias, as Leis Orçamentárias Anuais, documentos jurídicos e sobre programas e planejamento das políticas de saúde.

Pelos documentos, foram levantadas e identificadas as principais políticas públicas de saúde formuladas no período. Neste sentido, procurou-se

²⁵ Considerando o critério populacional.

verificar os elementos e documentos que embasaram ou efetivaram a formulação de políticas municipais de saúde.

Quadro 3 Quantitativo dos documentos analisados*

DOCUMENTOS	QUANTITATIVO - DOCUMENTOS ANALISADOS relacionadas à área da saúde
PPAs, LDOs e LOAs	12
Leis Ordinárias	33
Leis Complementares	17
Convênios, Termos de Cooperação, etc	31

*Quadro realizado com base em pesquisa documental

Por meio destes documentos, investigaram-se elementos que possibilitassem a avaliação da capacidade estatal de formulação de políticas sociais de saúde no município de Lavras/MG com base na dimensão institucional-administrativa.

Para analisar e avaliar algumas das dimensões das capacidades institucionais-administrativas, tomaram-se, como base, eixos temáticos da Pesquisa de Informações Básicas Municipais – MUNIC - 2014, realizada pelo IBGE nos 5570 municípios brasileiros²⁶, quais sejam: recursos humanos, saúde e

²⁶ Os resultados da pesquisa Munic 2014 “estão organizados em oito capítulos que destacam aspectos relevantes da gestão e da estrutura dos entes federativos considerados, contemplando os seguintes eixos temáticos: recursos humanos das administrações, comunicação e informática, educação, saúde, direitos humanos, segurança pública, segurança alimentar, e vigilância sanitária, este inédito até então. As análises são ilustradas por meio de tabelas, gráficos e cartogramas” (IBGE, 2015b).

vigilância sanitária (tendo em vista que pertence à estrutura organizacional da Secretaria de Saúde do Município de Lavras).

A MUNIC tem como objetivo a análise dos diferentes aspectos da gestão municipal e sua utilização nesta pesquisa baseou-se na experiência exitosa da pesquisa de doutoramento de Renata Bichir (2010). Segundo esta autora, a MUNIC é uma excelente fonte de dados para explorar as capacidades institucionais locais, por ser realizada na totalidade dos municípios brasileiros, incluindo informações importantes relativas ao funcionamento das diferentes políticas setoriais e estruturas administrativas dos governos municipais (BICHIR, 2010).

A MUNIC 2014 (IBGE, 2015b) permitiu identificar cada uma das dimensões das capacidades locais escolhidas para a pesquisa e analisá-las, de acordo com a realidade encontrada no conjunto dos municípios brasileiros, dando subsídios para avaliá-las no contexto do município de Lavras.

Quanto aos dados do Município de Lavras referentes a cada uma destas dimensões, foi realizada uma pesquisa na base de dados do IBGE MUNIC de 2011 a 2014, em informações colhidas por meio do sistema informatizado de gerenciamento de recursos humanos disponibilizadas para a pesquisa pela Secretaria Municipal de Administração do Município de Lavras, em documentos oficiais expedidos e na observação participante.

Por meio destas informações, procurou-se avaliar a evolução dos números e dos dados encontrados, no que se refere às médias encontradas no conjunto dos municípios brasileiros pelo MUNIC 2014 (IBGE, 2015b).

A seguir, no Quadro 4, são expostas as dimensões investigadas na pesquisa documental:

Quadro 4 Dimensões investigadas na pesquisa documental

CAPACIDADE	DIMENSÕES	DOCUMENTOS
Institucional administrativa	<p>a) estrutura administrativa de gestão em saúde:</p> <p>i - Estrutura organizacional do Poder Executivo da Administração Pública Municipal;</p> <p>ii – atendimento às normas elencadas pela Lei Orgânica do SUS para recebimento de recursos fundo a fundo; e</p> <p>iii - existência ou não de órgãos com atribuições ligadas à formulação de políticas.</p> <p>b) nos recursos humanos:</p> <p>i - Carreira dos servidores ligados à área da saúde;</p> <p>ii - Programas de capacitação dos servidores e/ou participação em eventos;</p> <p>iii - qualificação do pessoal técnico envolvido; e</p> <p>iv - incentivos existentes - profissionais e financeiros.</p> <p>c) participação social, por meio do Conselho Municipal e das conferências municipais:</p> <p>i – aspectos institucionais do conselho gestor em atendimento à legislação afeta à área de saúde;</p> <p>ii – existência de conferências municipais de saúde</p>	<p>PPAs, LDOs, LOAs, Leis Municipais, decretos, convênios, consórcios, etc...</p> <p>Leis que dispõem sobre a estrutura organizacional</p> <p>Leis que dispõem sobre Estatuto dos Servidores e Plano de Cargos</p> <p>MUNIC – IBGE (anos 2011 a 2014)</p>

As análises empíricas levaram em conta as dimensões elencadas na MUNIC 2014 (IBGE, 2015b), bem como procuraram evidenciar aquelas estabelecidas pela Lei Orgânica do SUS e outras normas correlatas²⁷, tidas como essenciais para o funcionamento do sistema em âmbito municipal, tais como a existência de secretaria municipal de saúde, fundo de saúde, conselho municipal de saúde, plano municipal de saúde, relatórios de gestão, plano de carreira, dentre outras exigências normativas.

Como a pesquisa se propôs à avaliação de dimensões da capacidade institucional administrativa, não constituiu objetivo deste trabalho, no que tange à participação social, análises valorativas²⁸ acerca da atuação do conselho gestor de saúde ou das conferências municipais, mas apenas a existência e sua estruturação institucional.

A pesquisa utilizou-se, também, da observação participante, que é um método de pesquisa qualitativa que visa descrever um fenômeno, dando ênfase às situações naturais de observação. Entretanto, ela procura entender, principalmente, os processos subjacentes aos dados observados. Portanto, a observação participante implica uma interação social entre o pesquisador e os indivíduos observados. O pesquisador participa da vida da comunidade que ele está estudando, possibilitando a apreensão de comportamentos e acontecimentos no momento em que eles se produzem, sem a interferência de documentos ou pessoas (FERREIRA; TORRECILHA; MACHADO, 2012).

Os dados da observação foram recolhidos por notas de campo que a pesquisadora preenche retrospectivamente, ou seja, depois que ela participou de um evento e, não, durante a ocorrência deste evento.

²⁷ Podem ser citados a Lei Federal nº 8142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 2015f) e o Decreto Federal nº 7508, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2015a).

²⁸ Estas análises poderiam representar um rico e importante trabalho, mas que seria objeto de outro estudo, tendo em vista, ainda, a limitação de tempo para uma dissertação de mestrado.

A escolha deste método levou em conta o fato de a pesquisadora ser servidora do município de Lavras, no cargo efetivo de procuradora municipal desde o ano de 2011 e tem, dentre suas atribuições institucionais especialmente no que concerne à elaboração de projetos de lei, convênios, consórcios públicos e demais documentos jurídicos, opinar sobre a legalidade de ações, muitas vezes, orientando acerca das competências do município na gestão de políticas sociais. Desta forma, considerando que a pesquisadora atuou na Assessoria Jurídica/Procuradoria do Município de Lavras, órgão estratégico da estrutura organizacional, durante todo o período investigado na pesquisa, sua observação trouxe elementos importantes para análise e que não poderiam ser levantados apenas pela pesquisa documental.

Após a coleta de dados, foi realizada a análise de conteúdo, ou seja, utilizou-se um conjunto de técnicas sistêmicas para verificar os conteúdos das mensagens e descrição de seu conteúdo (BARDIN, 2009).

Bardin (2009) defende que a análise de conteúdo abrange as iniciativas de explicitação, sistematização e expressão do conteúdo de mensagens, por meio das quais se podem fazer deduções lógicas e justificadas a respeito da origem dessas mensagens, resultando na elaboração de indicadores quantitativos e/ou qualitativos que levem os pesquisados à dedução, inferência.

Baseado em Bardin (2009), o processo de análise de conteúdo foi organizado em três etapas que compreendem: 1) uma pré-análise, com a escolha de documentos e sistematização de ideias, de acordo com os objetivos iniciais da pesquisa e elaboração dos indicadores a serem adotados na análise; 2) a análise do material: em que os dados do material são codificados, para alcançar a compreensão do texto, em função de regras previamente formuladas, e 3) tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Após análise do conteúdo dos documentos levantados e baseado no referencial teórico da pesquisa, foi examinado se as políticas identificadas

decorrem o exercício da autonomia de formulação de políticas locais ou se apenas destinam-se à implementação das políticas públicas formuladas pelos governos centrais, União e Estado.

Com base nesta análise e na reflexão sobre os aspectos verificados na pesquisa empírica, especialmente com relação à forma como são coordenadas as políticas de saúde no federalismo brasileiro, logrou-se propor fluxogramas representativos para o “ciclo” de políticas públicas, considerando a relação entre os governos da União, dos Estados e dos Municípios no processo de gestão de políticas de saúde dentro do Sistema Único de Saúde.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

As políticas de saúde do Município de Lavras

Esta seção apresenta os resultados e discussões da pesquisa empírica, de modo a abordar os seus três objetivos específicos. Primeiramente serão identificadas as principais políticas de saúde formuladas pelo município de Lavras, depois será avaliada a capacidade institucional-administrativa desse município para formular essas políticas sociais, considerando o período analisado de janeiro de 2011 a junho de 2015 e, por fim, verifica-se se as políticas identificadas decorreram de processo de formulação de políticas locais ou visaram à implementação de políticas elaboradas pelos governos centrais.

4.1 O Município de Lavras/MG

A cidade de Lavras está localizada no Sul de Minas Gerais. O município ocupa uma área de 564,744 Km², com uma população estimada em 1º de julho de 2015, em 100.243 habitantes e 94% da população reside na área urbana(LAVRAS, 2015a).

O Arraial de Sant'Ana das Lavras do Funil, local onde se encontra hoje a cidade, teve sua fundação na primeira metade do século XVIII. Seus primeiros habitantes foram os paulistas atraídos pelas riquezas auríferas, iniciando-se o povoamento por volta de 1720. Com a escassez do metal, a agricultura e a pecuária passaram a ser as principais atividades da região. Em 1751, os moradores das Lavras do Funil tiveram autorização para construção de uma

capela em honra da Senhora Sant'Ana, hoje denominada do Rosário e em torno da qual cresceu o arraial (LAVRAS, 2015a; IBGE, 2015a²⁹).

Em 1831, o arraial passou à condição de Vila e, desde então, o povoado não parou de crescer e, em 1868, Lavras obteve sua emancipação política e administrativa. A origem do topônimo se deve ao grande número de Lavras de ouro exploradas na região, com destaque para a expressivamente denominada como “Real Grandeza”. Após as separações político-administrativas de 1938, 1943, 1948 e início dos anos 1960, o município de Lavras foi perdendo seus distritos para municípios vizinhos recém-criados, sendo atualmente composto por distrito único, contando apenas com a aglomeração urbana da sede (LAVRAS, 2015a; IBGE, 2015a).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) de Lavras é 0,782, em 2010, o que situa esse município na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799). A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é Longevidade, com índice de 0,880, seguida de Renda, com índice de 0,757, e de Educação, com índice de 0,719³⁰.

Durante o período utilizado para a pesquisa empírica, o Poder Executivo municipal foi comandado por três prefeitos:

1) Jussara Menicucci de Oliveira, do Partido da Social Democracia Brasileira – PSDB, cujo mandato se estendeu de 2009 a 2012.

2) Marcos Cherem, do Partido Social Democrático - PSD, de 2013 a setembro de 2014, quando teve seu mandato cassado pela Justiça Eleitoral, em razão de irregularidades na campanha.

²⁹ INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E PESQUISA. **Lavras Minas Gerais- MG Histórico.** Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/dtbs/minasgerais/lavras.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2015a.

³⁰ Atlas de desenvolvimento humano (2015).

3) Silas Costa Pereira, segundo colocado nas eleições de 2012 e que assumiu o poder executivo, após a cassação do Prefeito Marcos Cherem, pertencendo ao PSDB e se filiou, posteriormente, ao Partido do Movimento Democrático Brasileiro – PMDB. Seu mandato iniciou em setembro de 2014 e se estenderá até dezembro de 2016.

Dentro da estrutura hierarquizada do SUS, em atendimento às determinações legais já apresentadas na seção 2.3 e que serão reforçadas adiante, o município de Lavras detém Gestão Plena do Sistema Municipal³¹, pertence à região Macro Sul, da qual fazem parte os municípios da Macro de Varginha - Poços de Caldas - Passos - Pouso Alegre e Alfenas e Lavras é polo de Micro Região.

4.2 Políticas sociais na área de saúde formuladas entre janeiro de 2011 a junho de 2015

A análise documental, visando à identificação das políticas de saúde formuladas pelo município de Lavras, foi realizada por levantamento das leis, atos normativos, decretos, convênios e outros instrumentos de cooperação, além daqueles destinados à gestão compartilhada entre os entes federados editados e/ou publicados no período analisado.

Neste período, foram publicadas 615 leis, sendo 136 Leis Complementares e 479 Leis Ordinárias. Destas, 33 leis ordinárias tratavam de matérias referentes à política de saúde. Dentre as leis complementares publicadas, cerca de 17 leis que, mesmo que não tratassem exclusivamente sobre

³¹ O Estado de Minas Gerais tem hoje 59 municípios habilitados para Gestão Plena do Sistema Municipal, os demais estão aptos a executarem a atenção básica com recursos fundo a fundo (MINAS GERAIS, 2015). Conforme já explicitado na subseção 2.3, a Gestão Plena do Sistema Municipal é aquela em que o município recebe o total de recursos federais programados para o custeio da assistência em seu território e planeja e implementa as ações e serviços de saúde na sua área de controle político.

política de saúde, continham assuntos atinentes à matéria, como estrutura administrativa da secretaria da saúde, plano de cargos, estatuto dos servidores, dentre outros.

As leis destinadas a matérias relacionadas diretamente à política de saúde e que puderam ser identificadas, com base na pesquisa, encontram-se dispostas no quadro a seguir:

Quadro 5 Leis Ordinárias – Políticas de Saúde

Nº LEI	DATA	EMENTA
3.750	17.03.11	Dispõe sobre a implantação de pontos de entrega voluntária de medicamentos vencidos e institui a política de informação sobre os riscos ambientais causados pelo descarte incorreto desses produtos, no âmbito da cidade de Lavras e dá outras providências.
3.756	14.04.11	Estabelece a obrigação de disponibilizar álcool gel 70%, para higiene das mãos, nos estabelecimentos que comercializam alimentos para consumo no local, e dá outras providências.
3.757	14.04.11	Institui no Município o Programa de Prevenção e Tratamento do HPV (Papiloma Vírus Humano) e do Câncer do Colo de Útero, e dá outras providências.
3.762	20.05.11	Estabelece a notificação compulsória, no âmbito do Município, para os casos de violência contra crianças ou adolescentes atendidos em serviços de saúde públicos.
3.764	27.05.11	Dispõe sobre o pagamento de bonificação em parcela única aos Agentes de Combate às Endemias no âmbito do Município de Lavras, e dá outras providências. (Gratificação anual Agentes – Dengue – Lavras sem dengue) - Revogada pela Lei nº3.828 – 03/04/12
3.779	08.07.11	Altera a Lei n. 3.490/09, que institui o Programa Prêmios para Atendimento Saúde de Qualidade no âmbito do Município de Lavras, e dá outras providências. (gratificação de médicos e dentistas que menciona)
3.783	01.09.11	Institui, no âmbito do Município de Lavras, o Programa de Vacinação Domiciliar de Idosos, e dá outras providências.
3.824	20.12.11	Institui a gratificação de produtividade a ser concedida aos Dentistas por estímulos à produtividade individual, visando à ampliação do atendimento, e dá outras providências. (gratificação dentistas).

Continuação...

Quadro 5 Continua...

3.828	03.04.12	Dispõe sobre o pagamento de bonificação em parcela única aos agentes de combate às endemias no âmbito do Município de Lavras, e dá outras providências. (gratificação aos agentes – Programa Lavras sem Dengue)
3.831	11.04.12	Altera artigo 5º, da Lei nº 3.629, de 08 de março de 2010, e dá outras providências. (Dengue – multa casas e lotes abandonados)
3.836	25.04.12	Dispõe sobre a proibição do depósito de qualquer natureza na internação de doentes em situação de urgência e emergência, nos hospitais do Município de Lavras e dá outras providências.
3.937	10.05.13	Regulamenta a Manutenção e a Limpeza de Lotes e Terrenos Urbanos Edificados ou não, e dá outras providências.
3.939	10.05.13	Institui a gratificação de produtividade a ser concedida aos motoristas da saúde e educação, por estímulos à produtividade individual, visando à ampliação do atendimento, e dá outras providências.
3.940	10.05.13	Autoriza o Município de Lavras a participar do Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Municípios da Microrregião de Lavras (CISLAV), e dá outras providências.
3.941	16.05.13	Revoga o Art. 8º, da Lei nº3.085, de 16 de dezembro de 2.004, e dá outras providências. (Distância entre farmácias).
3.942	16.05.13	Cria o serviço de Consulta e Marcação de Exames Básicos de Média e Alta Complexidade por meio de malote entre unidade de saúde e central de atendimento (Auditoria) no Município de Lavras.
3.943	16.05.13	Disponibiliza o serviço de marcação de exames básicos de média e alta complexidade, pela internet (online), na Rede Básica de Saúde - SUS, no Município de Lavras, e dá outras providências.
3.945	16.05.13	Cria o Serviço de verificação de óbito (SVO), no âmbito do Município de Lavras/MG, e dá outras providências.
3.963	18.06.13	Altera a Lei nº. 3.324/07, que dispõe sobre a fixação de informativos referentes à proibição da venda de bebidas alcoólicas, cigarros e semelhantes a crianças e adolescentes.
3.965	13.08.13	Altera redação do artigo 4º da Lei nº. 1.865, de 200 de junho de 1991, que define funções e composição do Conselho Municipal de Saúde do Município de Lavras.
3.970	09.09.13	Dispõe sobre a obrigatoriedade da comunicação de óbitos ao Município de Lavras/MG.
4.002	14.10.13	Dispõe sobre a obrigatoriedade de exibição de filmes publicitários, com esclarecimentos e alerta sobre malefícios causados por drogas, bebidas alcoólicas, fumo e doenças sexualmente transmissíveis, em eventos culturais, como cinemas, shows musicais, teatrais e de dança localizados no Município de Lavras e dá outras providências.

Continuação...

Quadro 5 Continua...

4.011	04.11.13	Dispõe sobre a destinação do incentivo para custeio do Programa Farmácia de Minas, de que tratam o artigo 2º, II, da Resolução nº. 2.885, de 20 de julho de 2.011, e os artigos 4º e 5º, da Resolução nº. 3.727, de 30 de abril de 2.013, da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, e dá outras providências.
4.017	07.11.13	Determina a fixação de placa de advertência sobre a exploração sexual de crianças e adolescentes, e dá outras providências.
4.035	12.12.13	Altera Redação do Artigo 4º, da Lei nº. 1.865, de 20 de junho de 1991, que define funções e composição do Conselho Municipal de Saúde do Município de Lavras.
4.049	10.02.14	Institui o Programa de incentivo para a melhoria da atenção básica e cria gratificação para os profissionais de saúde da Atenção Básica e dá outras providências.
4.071	28.03.14	Institui o programa de incentivo de qualificação das ações de Dengue e cria gratificação de desempenho aos agentes de combate a endemias e dá outras providências.
4.089	07.05.14	Autoriza o Município a realizar despesas com o Programa mais médicos, do Governo Federal, e dá outras providências.
4.095	12.05.14	Dispõe sobre a Instituição da Semana Municipal do Combate ao Crack e outras Drogas, no Município de Lavras e dá outras providências.
4.100	12.05.14	Obriga as unidades de saúde privadas do Município a comunicarem ao Conselho Tutelar e/ou pais e/ou responsáveis legais os atendimentos médicos prestados aos menores de idade por consumo de álcool e/ou drogas.
4.104	12.05.14	Autoriza o Município a instituir a Tabela Complementar Municipal do Sistema de Internações Hospitalares/ Sistema Único de Saúde – SIH/SUS, a celebrar Convênio com prestadores na área da saúde, e dá outras providências.
4.165	01.09.14	Dispõe sobre Política Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável e reestrutura o Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional do Município de Lavras e dá outras providências
4.167	01.09.14	Disciplina as condições de remoção de veículos ou parte de componentes de estruturas de veículos abandonados nas vias ou logradouros públicos do Município de Lavras e dá outras providências.

Embora a pesquisa tenha como marco temporal de análise de janeiro de 2011 a junho de 2014, nota-se que a última lei publicada e que tem relevância para o trabalho é de setembro de 2014, exatamente no mês em que ocorreu

mudança de governo, em decorrência da cassação do prefeito eleito em 2012. Este dado serve de base para a reflexão sobre o impacto da alternância da chefia do poder executivo no andamento e planejamento de projetos, principalmente, se ocorrido dentro de um mandato eletivo.

Sobre este assunto é interessante trazer à discussão o caso da dengue em 2015. Note-se que nesse ano, Lavras foi acometida por uma forte epidemia de dengue, quando foram registrados 5.688 casos de infecção pelo vírus. Já, em abril daquele ano, foi decretada situação de emergência e algumas ações de cooperação foram implementadas, como a participação do exército brasileiro, por meio do batalhão de São João Del Rei (MG), com o reforço do tiro de guerra da cidade de Lavras, para agilizar o atendimento dos casos suspeitos de dengue e desafogar a unidade regional de pronto atendimento. Por esta parceria, foram montadas barracas e tendas para atendimentos, consultas, exames e hidratação dos pacientes.

Ao mesmo tempo, houve a preocupação de se reformar o marco legal do município, que já possuía um programa de combate às doenças endêmicas, sancionado por lei em 2010, mas que precisava de modernização para garantir a eficácia das ações de prevenção e combate à dengue. A reformulação da política foi realizada pelas equipes jurídica e de técnica legislativa, em conjunto com os técnicos implementadores (burocratas de nível de rua), que detinham conhecimento das necessidades práticas. Em menos de uma semana, a proposta de lei estava pronta. Entretanto, o projeto somente foi enviado à Câmara de Vereadores para votação no final do ano de 2015.

Não é possível precisar as razões da demora na tomada da decisão de encaminhar o projeto à votação, mas, como hipótese, pode-se pensar que a constante alternância da equipe gestora da secretaria de saúde e dos postos de comando político (tomadores de decisão), possa ter contribuído.

Este tema sobre as implicações da alternância de poder sobre as capacidades estatais será abordado, também, quando se tratar dos recursos humanos, na subseção 4.3.2.

De outro lado, fato importante que se observou foi a predominância do poder executivo na iniciativa dos projetos de lei do período. Das 33 leis identificadas no Quadro 5, cerca de 64% foram de iniciativa do poder executivo. Esta constatação pode ter inúmeras razões, como a ausência de capacitação dos representantes do poder legislativo e suas equipes de assessores para a propositura de leis com conteúdos complexos, como é o caso da saúde.

Outro agravante desta constatação diz respeito ao fato de a Câmara Municipal de Lavras não possuir um corpo de servidores especializados na elaboração normativa. Não existe a carreira de consultor legislativo, nem de procurador legislativo, a exemplo do que ocorre em outros municípios e em outras esferas (governos estaduais e federal). A criação destas carreiras poderia representar um importante avanço em termos de continuidade e especialização, tendo em vista que os servidores se dedicarão, tecnicamente, às políticas públicas que se pretende criar no município, dando apoio especializado aos vereadores e comissões legislativas.

Porém, por outro lado, pôde-se perceber que este predomínio do poder executivo tem raízes na própria questão legal. A Lei Orgânica do Município de Lavras (LOM) estabelece a iniciativa privativa do Prefeito³² para a propositura

³² A LOM estabelece: “Art. 53 - São de iniciativa privativa do Prefeito as leis que disponham sobre:

I - criação de cargos, funções ou empregos públicos na administração direta, autárquica e fundacional;

II - fixação ou aumento de remuneração dos servidores;

II – fixação, revisão e aumento de remuneração dos servidores; (Redação dada pela Emenda 21/2009)

III - servidores públicos, seu regime jurídico, provimentos de cargos, estabilidade e aposentadoria;

de leis que disponham sobre matérias de grande importância para o protagonismo das políticas públicas, tais como criação e atribuição de órgãos da administração pública, organização administrativa, matéria tributária e orçamentária, bem como serviços públicos, além das questões relativas aos servidores públicos, como fixação, revisão e aumento de remuneração (LAVRAS, 2015c).

Note-se que o art. 53, IV da LOM, prevê a proibição da iniciativa de projetos de lei pelo Poder Legislativo Municipal que disponham sobre serviços públicos. Considerando que as políticas públicas municipais têm uma relação intrínseca com os serviços públicos que serão prestados aos cidadãos, aparentemente, esta previsão da LOM seja um dos maiores limitadores da atuação dos vereadores no protagonismo das políticas públicas de saúde em Lavras. Por outro lado, constata-se que esta disposição é uma especificidade da legislação do município de Lavras, pois, por exemplo, não se encontra no texto normativo da CF/88 (BRASIL, 2002, p. 57) quando dispõe sobre os projetos de leis de iniciativa privativa do Presidente da República.

Ademais, a LOM, por simetria constitucional à CF/88, não admite que o Poder Legislativo apresente emendas que causem aumento de despesa nos projetos de lei de iniciativa exclusiva do prefeito, o que restringe ainda mais a atuação do poder legislativo municipal, em prol do equilíbrio orçamentário.

Outra questão interessante que se constatou foi o fato de que muitas das políticas formuladas no período visam à criação de incentivos remuneratórios aos servidores da saúde, como estímulo à produtividade e qualidade do serviço, conforme será demonstrado no Quadro 6, abaixo. Esse é o caso, por exemplo,

IV - organização administrativa, matéria tributária e orçamentária, serviços públicos e pessoal da administração;

V - criação, estruturação e atribuições dos órgãos da administração pública municipal.

Art. 54 - Não será admitido aumento da despesa prevista:

I - nos projetos de iniciativa exclusiva do Prefeito;

II - nos projetos sobre organização dos serviços administrativos da Câmara Municipal.”

das gratificações por estímulo à produtividade individual dos dentistas (Lei Municipal nº. 3.779/11), dos motoristas da saúde (Lei Municipal nº. 3.39/13) e dos agentes de combate às endemias (Lei Municipal nº. 3.764/11 e Lei nº. 3.828/13).

Foram criados, também, o Programa de Incentivo para a Melhoria da Atenção Básica (Lei Municipal nº. 4.049/14³³), que estabeleceu gratificação para os profissionais da Atenção Básica em Saúde (LAVRAS, 2014b) e o Programa de Incentivo de Qualificação das Ações de Dengue (Lei Municipal nº. 4.071/14³⁴), com criação de gratificação de desempenho a estes profissionais (LAVRAS, 2014c).

³³ “Art. 1º - Fica implantado o Programa de Incentivo para a Melhoria da Atenção Básica – PMAQ com pagamento de Gratificação por Produtividade, a ser atribuída às equipes de saúde da família (ESF) que apresentarem desempenho satisfatório gerando resultados positivos na qualidade do serviço e nas condições de saúde da população, conforme regulamentado pela Portaria nº 1.654/GM/MS, de 19 de julho de 2011 e instrutivo da PMAQ.

Art. 2º - A gratificação a que se refere o artigo anterior será paga com o equivalente a 50% (cinquenta por cento) dos recursos do Incentivo Financeiro do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), transferido fundo a fundo pelo Ministério da Saúde, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável, instituído pela Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011, definido através da Portaria nº 1.089, de 28 de maio de 2012, ambas do Ministério da Saúde.

Art. 3º - Farão jus à gratificação criada por esta lei, os servidores em atividade nas unidades de atenção básica que aderirem ao PMAQ, independentemente da categoria profissional, observada a escala de valores estabelecida em regulamento do Poder Executivo.

Art. 8º - As despesas decorrentes da presente lei correrão por conta de recursos financeiros correspondentes ao Bloco da Atenção Básica, Componente: Piso de Atenção Básica Variável, Ação/Serviço/Estratégia: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ, do Ministério da Saúde e a conta das dotações consignadas no orçamento vigente.

Art. 9º – O pagamento das gratificações de que trata esta lei está condicionado ao valor repassado pelo Ministério da Saúde” (LAVRAS, 2004b, p. 1-2).

³⁴ “Art. 1º - Fica implantado no Município de Lavras o Programa de Incentivo das Ações de Dengue, visando à qualificação das ações de controle da dengue, de forma a gerar resultados positivos na qualidade do serviço e nas condições de saúde da população, conforme regulamentado pela Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007 e Portaria GM/MS 1.378, de 09 de julho de 2013.

Quadro 6 Programas criados visando a incentivos remuneratórios aos servidores da área da saúde, mediante atingimento de metas

Nº LEI	DATA	EMENTA
3.764	27.05.11	Dispõe sobre o pagamento de bonificação em parcela única aos Agentes de Combate às Endemias no âmbito do Município de Lavras, e dá outras providências. (Gratificação anual - Agentes - Dengue – Lavras sem dengue) - Revogada pela Lei nº 3.828 – 03/04/12
3.779	08.07.11	Altera a Lei n. 3.490/09, que institui o Programa Prêmios para Atendimento Saúde de Qualidade no âmbito do Município de Lavras, e dá outras providências. (gratificação de médicos e dentistas que menciona)
3.824	20.12.11	Institui a gratificação de produtividade a ser concedida aos Dentistas por estímulos à produtividade individual, visando à ampliação do atendimento, e dá outras providências. (gratificação dentistas) (vide Decreto 10565/13)
3.828	03.04.12	Dispõe sobre o pagamento de bonificação em parcela única aos agentes de combate às endemias no âmbito do Município de Lavras, e dá outras providências. (salário de gratificação aos agentes – Lavras sem Dengue)
3.939	10.05.13	Institui a gratificação de produtividade a ser concedida aos motoristas da saúde e educação, por estímulos à produtividade individual, visando à ampliação do atendimento, e dá outras providências.
4.011	04.11.13	Dispõe sobre a destinação do incentivo para custeio do Programa Farmácia de Minas, de que tratam o artigo 2º, II, da Resolução nº 2.885, de 20 de julho de 2.011, e os artigos 4º e 5º, da Resolução nº3.727, de 30 de abril de 2.013, da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, e dá outras providências.
4.049	10.02.14	Institui o Programa de incentivo para a melhoria da atenção básica e cria gratificação para os profissionais de saúde da Atenção Básica e dá outras providências.
4.071	28.03.14	Institui o programa de incentivo de qualificação das ações de Dengue e cria gratificação de desempenho aos agentes de combate à endemias e dá outras providências.

Art. 2º - Os Agentes de Combate a Endemias, Supervisores de Campo e Educadores de Saúde participantes do Programa Instituído no caput e que apresentarem desempenho satisfatório farão jus a uma Gratificação de Desempenho.

§ 1º - A gratificação a que se refere o caput será paga com recursos transferidos fundo a fundo pelo Ministério da Saúde, no Piso Variável da Vigilância em Saúde – PVVS do Componente Vigilância em Saúde, conforme autorizado pela Portaria nº 2.760, de 19 de novembro de 2013, do Ministério da Saúde” (LAVRAS, 2004c, p. 1).

Conforme já exposto na subseção 2.2.1.1, que trata da capacidade institucional-administrativa, os recursos humanos são uma importante categoria de análise para a verificação da capacidade estatal. Desta forma, entende-se que as políticas de incentivo remuneratório possam influenciar positivamente nos serviços públicos municipais. Porém, uma análise mais aprofundada sobre tais questões será realizada na próxima seção.

Outro dado observado diz respeito à escassa mobilização para formulação de instrumentos de gestão compartilhada de serviços públicos de saúde entre os municípios da região. Muito embora uma das competências da Secretaria Municipal de Saúde de Lavras seja “fomentar a criação de consórcios intermunicipais de saúde, visando melhorar e ampliar o serviço de saúde pública do Município” (Lei Complementar que prevê a estrutura organizacional do Município, conforme será abordado na seção 4.3.1, adiante), foram identificadas apenas duas políticas públicas direcionadas à criação de consórcios públicos na área de saúde. Por meio da Lei Municipal nº. 3.940, de 10 de maio de 2013, foi criado o Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Municípios da Microrregião de Lavras (CISLAV) (LAVRAS, 2015b). Encontra-se, também, em fase final de instituição e regularização de seu funcionamento o consórcio para operação de serviço de urgência e emergência pelo SAMU.

Com relação à cooperação com órgãos públicos dos demais entes federados e entidades da sociedade civil sem fins lucrativos, foram identificados vários instrumentos de convênios, termos de cooperação e congêneres, dispendo sobre a colaboração entre estes entes públicos e privados, para a execução de serviços públicos de saúde. Os instrumentos, em sua maioria, estabelecem parcerias visando ao repasse de verbas públicas para a execução de serviços como: os cirúrgicos e emergenciais, na área de ginecologia e obstetrícia, aleitamento materno, doação de equipamentos, manutenção do Pronto

Atendimento de Lavras visando à utilização do serviço municipal de emergência por municípios da região, dentre outros.

Quadro 7 Convênios, Termos de cooperação e congêneres

Instrumento	DATA
Protocolo de Intenção celebrado com SECRETARIA DE ESTADO DE DEFESA SOCIAL/SUBSECRETARIA DE POLÍTICAS SOBRE DROGRAS – SEDS/SUPOD , para ações de prevenção ao Uso Indevido de Álcool e Outras Drogas.	15/12/11
Termo de Convênio nº110/2011-SES-MG, celebrado com SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE , para transferência de recursos para investimento e custeio – aleitamento materno.	25/08/11
Convênio nº037/11 celebrado com SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE LAVRAS , para procedimentos de atendimento em geral, cirúrgicos e emergenciais em obstetrícia e ginecologia do Pronto Atendimento.	08/07/11
- Primeiro Termo Aditivo nº050/11 ao Convênio nº037/11 celebrado com SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE LAVRAS , para prorrogação de vigência.	31/12/11
Convênio nº020/12, celebrado com MUNICÍPIO DE ITUMIRIM-MG , para repasse de verbas do SUS para o Pronto Atendimento	06/03/12
Convênio nº020/12A, celebrado com MUNICÍPIO DE LUMINÁRIAS-MG , para repasse de verbas do SUS para o Pronto Atendimento	06/3/12
Convênio nº023/12, celebrado com o MUNICÍPIO DE ITUTINGA , para repasse de verbas do SUS para o Pronto Atendimento.	06/03/12
Termo de doação com encargos, celebrado entre o Município e o MINISTÉRIO DA SAÚDE , para doação de equipamentos ao Hospital Vaz Monteiro e Santa Casa de Misericórdia de Lavras.	12/06/12
Convênio nº971/12, celebrado com SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE E MUNICÍPIO DE LAVRAS – SUS-MG , para aquisição de medicamentos e materiais hospitalares para a Unidade Regional de Pronto Atendimento.	22/06/12
Segundo Termo Aditivo ao Convênio 971/12, celebrado com SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE E MUNICÍPIO DE LAVRAS – SUS-MG , para prorrogação da vigência.	22/06/14
Terceira Termo Aditivo ao Convênio 971/12, celebrado com SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE E MUNICÍPIO DE LAVRAS – SUS-MG , para prorrogação da vigência	22/06/15

Continuação...

Quadro 7 Continua...

Segundo Termo Aditivo ao Convênio 1176/12, celebrado com SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, ÓRGÃO GESTOR DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE/SUS-MG/FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE E MUNICÍPIO DE LAVRAS – SUS-MG , para prorrogação da vigência.	24/06/14
Protocolo de intenções nº002/13, celebrado com SOCIEDADE LAVRENSE DE PROTEÇÃO AOS ANIMAIS – S.L.P.A. = referente ao apoio de castração de animais.	21/08/13
Convênio nº015/13, celebrado com FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DE LAVRAS – FELA , para estabelecimento de mútua cooperação com a finalidade de permitir a prestação de serviços de promoção de saúde.	01/02/13
Convênio nº028/13, celebrado com LABORATÓRIO SANTA CECÍLIA LTDA , para prestação de serviços laboratoriais aos usuários do SUS.	08/01/13
- Termo de Rescisão nº002/13 do Convênio nº028/13, celebrado com LABORATÓRIO SANTA CECÍLIA LTDA.	03/06/13
Convênio nº068/13, celebrado com HOSPITAL VAZ MONTEIRO DE ASSISTÊNCIA A INFÂNCIA E A MATERNIDADE , para repasse de recursos do SUS.	13/03/13
- Primeiro Termo Aditivo nº016/13 ao Convênio nº068/13, celebrado com HOSPITAL VAZ MONTEIRO DE ASSISTÊNCIA A INFÂNCIA E A MATERNIDADE , para alteração dos valores.	20/12/13
- Primeiro Termo de Apostilamento – ao convênio 068/2013 – inclusão de rubrica orçamentária	02/01/14
Convênio nº030/13, celebrado com ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA COMUNITÁRIA PARA PREVENÇÃO DO ABUSO DE DROGAS – ABRAÇO , para repasse financeiro – SUS.	08/01/13
- Termo Aditivo nº007/13 ao Convênio nº030/13, celebrado com ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA COMUNITÁRIA PARA PREVENÇÃO DO ABUSO DE DROGAS – ABRAÇO , para alteração da cláusula segunda – recursos financeiros.	10/06/13
Convênio nº048/13, celebrado com APAE – ESCOLA CLÍNICA MARIETA CASTEJON BRANCO , para repasse financeiro do SUS.	08/01/13
Primeiro Termo Aditivo nº002/14 ao Convênio nº048/13, celebrado com APAE – ESCOLA CLÍNICA MARIETA CASTEJON BRANCO , para prorrogação.	28/02/14
- Termo de Rescisão 001/14 ao Convênio nº048/13.	

Continuação...

Quadro 7 Continua...

Convênio nº049/13, celebrado com SOCIEDADE LAVRENSE DE PROTEÇÃO AOS ANIMAIS – SLPA , para repasse financeiro/castração.	22/03/13
- Primeiro Termo Aditivo nº014/13 ao Convênio nº049/13, celebrado com SOCIEDADE LAVRENSE DE PROTEÇÃO AOS ANIMAIS – SLPA , para alteração de cláusula.	24/10/13
Convênio nº074/13, celebrado com CLÍNICA DE OLHOS LAVRAS LTDA , para repasse de recursos para realização de procedimentos cirúrgicos eletivos.	10/05/13
Convênio nº075/13, celebrado com SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE LAVRAS , para repasse de recursos para realização de procedimentos cirúrgicos eletivos.	10/05/13
Convênio nº076/13, celebrado com HOSPITAL VAZ MONTEIRO DE ASSITÊNCIA A INFÂNCIA E A MATERNIDADE , para desenvolvimento de ação de cooperação técnica financeira – repasse de recursos do SUS, para realização de procedimentos cirúrgicos eletivos.	10/05/13
Convênio nº085/13, celebrado com CLÍNICA DE OLHOS LAVRAS LTDA , para desenvolvimento de ações e serviços de saúde – SUS.	26/11/13
Convênio nº086/13 ^a , celebrado com SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE LAVRAS , para desenvolvimento de ações e serviços de saúde – SUS.	2013
Termo de Acordo de Mútua Cooperação nº005/13, celebrado com o MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO VERMELHO , para implantação de curso de graduação em Medicina.	07/11/13
Termo de Acordo de Mútua Cooperação nº004/13, celebrado com MUNICÍPIO DE PERDÕES , para inclusão de leitos disponíveis do SUS.	07/11/13
Termo de Acordo de Mútua Cooperação nº003/13, celebrado com MUNICÍPIO DE NEPOMUCENO , para inclusão de leitos – SUS.	07/11/13
Termo de Convênio nº2132/2013 celebrado entre o Município e SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, ÓRGÃO GESTOR DO SUS e FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE , recursos para aquisição de equipamentos odontológico, médico-hospitalar e fisioterápico	23/12/13
Contrato de Rateio – Exercício 2014 – celebrado com CISLAV – CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DA MICRORREGIÃO DE LAVRAS , para rateio de despesas.	01/01/14
Convênio nº014/14, celebrado com LAR ESPERANÇA E VIDA MATEUS LOUREIRO TICLE , para cessão de servidores.	02/01/14
Convênio nº019/14, celebrado com CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO DO SUL DE MINAS – CISSUL , para manutenção e funcionamento de base do CISSUL no BR 265 – SAMU 192	17/11/14

Continuação...

Quadro 7 Continua...

Convênio nº 50/14, celebrado com SOCIEDADE LAVRENSE DE PROTEÇÃO AOS ANIMAIS – SLPA , p/ repasse.	17/02/14
- Primeiro Termo Aditivo nº019/14 ao Convênio nº050/14, celebrado com SOCIEDADE LAVRENSE DE PROTEÇÃO AOS ANIMAIS – SLPA , para alteração de cláusula.	24/07/14
Convênio nº063/14, celebrado com APAE – ESCOLA CLÍNICA MARIETA CASTEJON BRANCO , para execução de serviços especializados de reabilitação em deficiência intelectual para pacientes do SUS – Programa SERDI.	01/03/14
Convênio nº440/13, celebrado com a SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE , para transferência de recursos para aquisição de veículos destinados à assistência à saúde.	27/09/13
Convênio nº067/14, celebrado com HOSPITAL VAZ MONTEIRO , para custeio de procedimentos cirúrgicos eletivos do SUS.	01/03/14
Convênio nº072/14, celebrado com SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE LAVRAS , para realização de cirurgias eletivas do SUS. (complementação)	03/02/14
- Primeiro Termo Aditivo 005/2014 – ao convênio 072/14 celebrado com SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE LAVRAS - Alteração da vigência	24/02/14
Convênio nº073/14, celebrado com HOSPITAL VAZ MONTEIRO , para realização de cirurgias eletivas do SUS, (complementação)	03/02/14
- Primeiro Termo Aditivo 006/2014 – ao convênio 073/14 celebrado com HOSPITAL VAZ MONTEIRO - Alteração da vigência	24/02/14
- Segundo Termo Aditivo nº010/14 ao Convênio 073/14, celebrado com HOSPITAL VAZ MONTEIRO - Diversas alterações	17/07/14
Convênio nº075/14, celebrado com HOSPITAL VAZ MONTEIRO DE ASSISTÊNCIA A INFÂNCIA E A MATERNIDADE , para ampliação das ações de saúde de serviços na rede do SUS.	02/07/14
- Termo de Rescisão nº002/2014 ao Convênio nº075/14, celebrado com HOSPITAL VAZ MONTEIRO DE ASSISTÊNCIA A INFÂNCIA E A MATERNIDADE .	03/07/14

Continuação...

Quadro 7 Continua...

Convênio nº076/14, celebrado com SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE LAVRAS , para ampliação das ações de saúde de serviços na rede do SUS.	02/07/14
- Primeiro Termo Aditivo nº027/14 ao Convênio 076/14, celebrado com SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE LAVRAS , para alteração obrigações ao Conveniente; alteração de valores e alteração na prestação de contas.	21/08/14
Convênio nº083/2014 celebrado com APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Lavras, recursos Programa de Intervenção Precoce Avançado - PIPA	26/08/14
Convênio 085/2014 celebrado com APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Lavras, para cessão de servidores	23/05/14
Convênio nº1553/114, celebrado com SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, para transferência de recursos financeiros – para aquisição veículo van.	01/07/14
Convênio de Cooperação -01/15 – celebrado com CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DA MICRORREGIÃO DE LAVRAS – CISLAV, para implantação e gerenciamento de sistema de transporte sanitário intermunicipal.	01/01/15
- Primeiro Termo Aditivo ao Convênio de Cooperação -01/15 – celebrado com CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DA MICRORREGIÃO DE LAVRAS – CISLAV, para alteração da cláusula terceira.	01/03/15
Convênio nº022/15, celebrado com SOCIEDADE LAVRENSE DE PROTEÇÃO AOS ANIMAIS – SLPA, para repasse financeiro.	02/02/15

Vale ressaltar, ainda, que a pesquisa constatou que as ações e políticas realizadas encontravam-se alinhadas aos Planos Plurianuais, às Leis de Diretrizes Orçamentárias Anuais e às Leis Orçamentárias Anuais vigentes no período.

Como exemplo, podem ser citados, dentre os programas integrantes da LDO de 2011³⁵ e LDO de 2012³⁶:

³⁵ Lei Municipal nº. 3.711, de 07 de outubro de 2010, que Dispõe sobre as Diretrizes Orçamentárias do Município de Lavras, para o Exercício de 2011, e dá outras providências (LAVRAS, 2010).

a) o Projeto ABRACE – humanização no atendimento de Saúde e Implantação do Projeto Siga Saúde, cujo objetivo é a melhor integração entre a Secretaria de Saúde e Usuário do SUS, com revisão das posturas e políticas de atendimento, com melhoria da qualidade;

b) a criação de Programa de orientação sexual de crianças e adolescentes, visando à conscientização e inclusão social das crianças e adolescentes;

c) a criação do Projeto Saúde Mais Perto de Você, dentro do Programa Lavras trabalha para resultados, que pretendia a reforma de unidades de atenção à saúde, visando à melhoria do atendimento dos usuários do PSF (Programa de Saúde da Família).

Em resumo, a pesquisa documental demonstrou, basicamente, predominância de 3 categorias de políticas de saúde no município de Lavras: as políticas de incentivos remuneratórios, como gratificações de produtividade; as políticas de gestão compartilhada de serviços de saúde, de forma interfederativa, como consórcios e convênios e as políticas de parcerias, convênios e congêneres com organizações do terceiro setor.

Em termos quantitativos, os dados levantados podem ser expressos da seguinte forma:

a) 33 leis dispoendo sobre políticas de saúde, em que:

- 24% tinham como objeto políticas remuneratórias para os servidores da saúde, a fim de instituir gratificações por produtividade ou pelo atingimento de metas ligadas às diretrizes de políticas Macro de saúde, como o combate à dengue, atendimento aos usuários do SUS, atendimento no Programa Farmácia de Minas, melhoria do atendimento da atenção básica, pelo Programa Saúde da Família, dentre outros.

³⁶ Lei Municipal nº. 3.787, de 30 de setembro de 2011 que Dispõe sobre as Diretrizes Orçamentárias do Município de Lavras, para o Exercício de 2012, e dá outras providências. (LAVRAS, 2011b).

- Apenas uma lei dispõe sobre a cooperação interfederativa, o que foi feito pela lei que autorizou o município de Lavras a participar de Consórcio Público de Saúde, o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Lavras (CISLAV).

b) 44 instrumentos de convênio, cooperação ou gestão compartilhada, em que:

- 36% se destinavam a instrumentos de cooperação ou gestão compartilhada interfederativa, sendo 2 instrumentos referentes a consórcios públicos, 6 referentes a convênios com municípios da microrregião e os demais com o Governo do Estado de Minas Gerais.

- 64% se destinavam a parcerias e convênios com o terceiro setor, a maioria para o repasse de verbas do Fundo Municipal de Saúde para a prestação de serviços do SUS ou para o repasse de recursos próprios por meio de subvenções para entidades ligadas à área de saúde. Nesta categoria, também, estão presentes parcerias para a implantação de Programas do Estado de Minas, na área de deficiência intelectual, bem como para cessão de servidores a entidades prestadoras de serviços de saúde.

4.3 Capacidade institucional-administrativa do município de Lavras, para formular políticas de saúde

Esta seção apresenta os resultados da pesquisa, ao avaliar as principais dimensões que caracterizam a capacidade institucional-administrativa do município de Lavras, com ênfase na estrutura administrativa de gestão em saúde, nos recursos humanos e na participação social, por meio do Conselho Municipal.

Conforme já abordado, os estudos sobre as capacidades estatais estão sendo desenvolvidos, em sua maioria, com a preocupação de verificar como os

Estados podem agir para ter maior eficácia e eficiência, na promoção de serviços públicos, de forma a serem capazes de fixar objetivos e, efetivamente, cumpri-los. Neste sentido, tomou-se como base o fato de que, para que estes objetivos possam ser alcançados, os arranjos institucionais são de grande importância. Assim sendo, na formulação de uma política pública, o contexto institucional e administrativo é de extrema relevância para conferir maior capacidade estatal aos governos.

4.3.1 – Estrutura administrativa da gestão em saúde

Nos termos da Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 2015e), a direção do SUS é exercida em âmbito municipal pelas Secretarias Municipais de Saúde, ou órgão equivalente. Após a regulamentação desta lei pelo Decreto nº. 7.508, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2015a), os gestores da saúde passaram a enfrentar um desafio ainda maior, com a redefinição de seu papel, atribuições e competências, principalmente, no que diz respeito à coordenação interfederativa. Neste ínterim, a atuação destes gestores deve estar pautada no emprego de estratégias que combinem os princípios e normas legais com as características do território em que está localizada a população que deva atender, com suas necessidades específicas de saúde. Tais peculiaridades têm exigido capacitação técnica e empenho cada vez maior dos gestores municipais de saúde (IBGE, 2015b).

Assim, como verificado pela Munic 2014, que constatou que a maioria (90,3%) das Secretarias dos municípios brasileiros eram exclusivamente de Saúde, Lavras, também, possui uma Secretaria Municipal destinada somente à área da saúde, situação encontrada durante todo o período estudado.

No Município de Lavras, as políticas de saúde são tratadas por Secretaria específica, na estrutura organizacional mesmo antes da década de

2000, sendo evidenciado pela pesquisa documental que leis anteriores a esta data já a previam na estrutura orgânica da Administração Pública de Lavras.

Durante o período analisado, foram identificadas duas leis que regulavam a estrutura orgânica do Poder Executivo, a Lei Complementar nº. 089, de 29 de novembro de 2006 (LAVRAS, 2006) e a Lei Complementar nº. 300, de 30 de abril de 2013 (LAVRAS, 2013a) que revogou a primeira e que está em vigor. Em ambas, há previsão expressa da Secretaria Municipal de Saúde e de sua organização interna, bem como suas competências institucionais.

O quadro a seguir apresenta a evolução da estrutura orgânica da Secretaria de Saúde, com base nas leis de organização administrativa do Poder Executivo, vigentes durante o período estudado.

Quadro 8 Estrutura Orgânica da Secretaria Municipal de Saúde de Lavras no Período de 2011 a 2015

LC 089, de 29/11/2006	
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	
1 - Gerência Administrativa e Financeira	
1.1 - Divisão de Transportes	
2 - Administração da Unidade de Pronto Atendimento	
2.1 - Departamento de Gestão Administrativa do Pronto Atendimento	
2.2 - Departamento de Gestão de Enfermagem	
2.3 - Departamento de Laboratório do Pronto Atendimento	
3 - Gerência de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria	
3.1 - Departamento de Vigilância Sanitária	
3.2 - Departamento de Controle Epidemiológico	
4 - Gerência de Gestão das Unidades de Saúde	
4.1 - Departamento de Saúde Mental	
4.2 - Departamento de Saúde Bucal	
5 - Gerência de Laboratórios e Análises Clínicas	
5.1 - Divisão de Farmácia	

Continuação...

Quadro 8 Continua...

LC 285, de 03/04/12, altera a LC 089/2006 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	
1 - Gerência Administrativa e Financeira	
1.1 - Assessoria Financeira	
1.2 – Diretoria da Contabilidade do Fundo Municipal de Saúde	
1.3 – Departamento Administrativo	
1.4 – Divisão de Recursos Humanos	
1.5 - Departamento de Transportes	
1.6 - Assessoria de Suprimentos	
2 - Administração da Unidade de Pronto Atendimento	
2.1 – Diretoria Clínica do Pronto Atendimento	
2.2 - Diretoria Administrativa do Pronto Atendimento	
2.3 – Divisão de Suprimentos	
2.4 - Assessoria de Apoio Administrativo	
2.5 – Diretoria Operacional do Pronto Atendimento	
2.6 - Departamento de Serviço de Enfermagem do Pronto Atendimento	
2.7 - Departamento de Serviço de Laboratório do Pronto Atendimento	
2.8 - Chefia do Serviço de Farmácia do Pronto Atendimento	
2.9 - Chefia do Serviço de Raio-X do Pronto Atendimento	
3 - Gerência de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria	
3.1 - Assessoria de Regulação	
3.2 - Divisão de Controle e Avaliação	
4 - Gerência de Gestão das Unidades de Saúde	
4.1 - Divisão Administrativa	
4.2 - Diretoria da Atenção da Saúde da Família	
4.3 - Diretoria de Atenção Secundária de Saúde –Viva Vida	
4.4 - Diretoria dos Ambulatórios Médicos Especializados	
4.5 - Diretoria de Atenção à Saúde Mental	
4.6 - Diretoria da Saúde Bucal	
5 - Gerência de Laboratórios e Análises Clínicas	
5.1 - Divisão de Farmácia	

Continuação...

Quadro 8 Continua...

<p>6 – Gerência de Vigilância em Saúde</p> <p>6.1 – Departamento de Vigilância Epidemiológica</p> <p>6.2 – Departamento de Vigilância Sanitária</p> <p>6.3 – Departamento de Vigilância Ambiental</p> <p>6.4 – Departamento de Vigilância à Saúde do Trabalhador</p> <p>6.5 – Departamento de Vigilância da Situação de Saúde e Promoção da Saúde</p>
<p style="text-align: center;">LC 300, de 15/04/2013 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</p> <p>1 - Gerência Administrativa e Financeira</p> <p>1.1 – Departamento Financeiro</p> <p>1.2 – Departamento Administrativo</p> <p>1.2.1 – Divisão de Recursos Humanos</p> <p>1.3 – Departamento de Transportes</p> <p>1.4 – Departamento de Suprimentos</p> <p>1.5 – Diretoria da Contabilidade do Fundo Municipal de Saúde</p> <p>1.6 – Departamento Jurídico da Saúde</p> <p>1.7 - Departamento de Rede Farmacêutica</p> <p>2 – Gerência Geral da Unidade de Pronto Atendimento</p> <p>2.1 – Divisão de Suprimentos</p> <p>2.2 – Divisão de Apoio Administrativo</p> <p>2.3 – Diretoria Técnico do Pronto Atendimento</p> <p>2.3.1 – Divisão de Serviços Laboratoriais do Pronto Atendimento</p> <p>2.3.2 – Divisão de Farmácia do Pronto Atendimento</p> <p>2.3.3 – Divisão de Imagem do Pronto Atendimento</p> <p>2.4 – Diretoria Clínica do Pronto Atendimento</p> <p>3 – Gerência dos Serviços de Enfermagem do Pronto Atendimento</p> <p>4 - Gerência de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria</p> <p>4.1 – Coordenadoria de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria</p> <p>4.1.1 – Departamento Geral de Controle, Avaliação e Auditoria</p> <p>5 - Gerência de Gestão das Unidades de Saúde</p> <p>5.1 – Divisão Administrativa</p> <p>5.2 – Coordenadoria de Atenção da Saúde da Família</p> <p>5.3 – Coordenadoria de Atenção Secundária de Saúde – Viva Vida</p> <p>5.4 – Coordenadoria de Ambulatórios Médicos Especializados</p> <p>5.5 – Coordenadoria de Atenção à Saúde Mental</p>

Continuação...

Quadro 8 Continua...

6 – Gerência de Saúde Bucal
6.1 – Coordenadoria odontológica do CEO e URPA
6.2 – Coordenadoria das Unidades Escolares e de Atendimento Básico
7 - Departamento de Laboratórios de Análises Clínicas
8 – Gerência de Vigilância em Saúde
8.1 – Departamento de Vigilância Epidemiológica
8.2 – Departamento de Vigilância Sanitária
8.3 – Departamento de Vigilância Ambiental
8.4 – Departamento de Vigilância à Saúde do Trabalhador
8.5 – Departamento de Vigilância da Situação de Saúde e Promoção da Saúde
8.5.1 – Divisão de situação de saúde

De acordo com o quadro acima, com a mudança de governo na administração municipal (2009/2012 para 2013/2014), foi editada a Lei Complementar nº. 300/13, que substituiu a Lei Complementar nº. 089/2006, estabelecendo uma nova estrutura administrativa para os órgãos integrantes da administração direta do poder executivo. Porém, a nova lei, aparentemente, não operou ruptura na estrutura organizacional da secretaria de saúde.

Estas duas leis (LC nº 089/2006 e LC nº 300/13), ao estabelecerem as competências da Secretaria de Saúde, fazem-na em texto idêntico³⁷, sendo

³⁷ A LC 089/2006 estabelece no art. 45, o que é repetido no art. 48 da LC 300/13: “Art. 45. Compete à Secretaria Municipal de Saúde:

- I - elaborar e propor ao Chefe do Executivo, em articulação com a Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão, as políticas municipais de saúde;
- II - gerenciar, o Fundo Municipal de Saúde, e providenciar a sua prestação de contas;
- III - participar do planejamento e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Unificado de Saúde - SUS, em articulação com sua direção estadual;
- IV - promover o levantamento dos problemas de saúde da população do Município, a fim de identificar as causas e combater as doenças com eficácia;
- V - coordenar o levantamento de indicadores epidemiológicos visando à escolha operacional e a definição das políticas de saúde pública do Município;
- VI - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- VII - promover o cumprimento das normas e posturas municipais relativas a sua área de atuação;

importante observar que está prevista como primeira atribuição da secretaria de saúde “elaborar e propor ao Chefe do Executivo, em articulação com a Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão, as políticas municipais de saúde” (art. 45, I, da LC nº. 089/ 2006 e art. 48, I, da LC 300/13) (LAVRAS, 2006, p. 18; LAVRAS, 2013^a, p. 27). A elaboração de políticas de saúde é mencionada também nos incisos V e VI, dos mesmos artigos, respectivamente.

Porém, como se pôde verificar, na estrutura orgânica da Secretaria de Saúde (como demonstrado no Quadro 8), não foi criado, institucionalmente, um órgão dedicado à elaboração de políticas públicas de saúde, como também não há, na Secretaria de Planejamento e Gestão, embora a elaboração destas políticas esteja dentre a atribuição de ambas as secretarias.

Além disso, a inexistência de um órgão especializado, na gestão das políticas públicas de saúde na estrutura organizacional, é uma das maiores

VIII - celebrar contratos e convênios com entidades privadas prestadoras de serviços de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;

IX - fomentar a criação de consórcios intermunicipais de saúde, visando melhorar e ampliar o serviço de saúde pública do Município;

X - articular-se com a Secretaria Municipal de Promoção da Cidadania visando operacionalizar programas e projetos de sua área em conjunto com os Conselhos Municipais;

XI - planejar, propor e coordenar a gestão do Sistema Único de Saúde – SUS do Município;

XII - avaliar, periodicamente, os resultados alcançados e deliberar sobre ajustes que se fizerem necessários;

XIII - coordenar as atividades referentes à eliminação e prevenção de riscos de saúde, relativos aos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção de bens e da produção de serviços, no âmbito do Município;

XIV - definir mecanismos de atuação conjunta com órgãos de defesa do consumidor e entidades de formação profissional atuantes na área de vigilância sanitária;

XV - coordenar a realização das ações de vigilância epidemiológica no Município;

XVI - executar o pronto atendimento e garantir assistência domiciliar com equipes multiprofissionais, propiciando humanização do atendimento e melhor qualidade de vida aos munícipes;

XVII - promoção de campanhas de esclarecimento, objetivando a preservação da saúde da população, coordenadas pela Secretaria Municipal de Comunicação Social;

XVIII - executar tarefas afins, determinadas pelo Chefe do Executivo Municipal” (LAVRAS, 2013a p. 25-27).

fraquezas observadas durante o período. Foram notadas poucas ações destinadas ao planejamento, à avaliação das políticas e à criação e desenvolvimento de indicadores. Viu-se o início de um trabalho para a construção de um planejamento mais efetivo, nas políticas em geral do município, durante a elaboração do Plano Plurianual, em 2013. Neste trabalho, pôde-se observar o envolvimento de todos os órgãos municipais para o desenvolvimento de ações de planejamento e construção de indicadores, porém, esta foi uma experiência isolada.

Portanto, sem estas ações, os trabalhos de formulação e implementação das políticas de saúde ficaram mais deficientes.

Em 2013, por meio da Lei Complementar nº. 317, de 09 de dezembro de 2013(LAVRAS, 2013b), que alterou a Lei Complementar nº. 300/13, houve uma reforma na estrutura administrativa do Município, incluindo a Secretaria Adjunta de Saúde, com a função de “auxiliar o Secretário Municipal de Saúde em todas as suas funções e substituí-lo em sua ausência ou impedimentos” (Art. 48-A, LC 300/2013, alterada pela LC 317/2013) (LAVRAS, 2013b, p.1). Com a proposição desta lei de reforma administrativa da Secretaria de Saúde, o Poder Executivo perdeu a oportunidade de suprir a falta do órgão destinado à elaboração de políticas de saúde locais.

Outro indicador, referente à estrutura administrativa da política de saúde, pesquisado pela Munic 2014, foi a existência ou não do Plano Municipal de Saúde, constatando-se a inexistência de Plano Municipal de Saúde em 138 (2,5%) dos municípios brasileiros. Segundo informações da Munic 2011, em Lavras, o Plano Municipal de Saúde existe desde 2010 e o último plano, a ser elaborado, ocorreu em 2013 (IBGE, 2015b).

Quanto à existência e administração do Fundo Municipal de Saúde, em Lavras, o fundo existe desde 1991 e é administrado pela Secretaria Municipal de

Saúde³⁸, o que pode ser verificado nas Munic 2011 a 2014. Com relação a esta temática, foi constatado que, do total de municípios analisados na Munic 2014, 4 660 (83,8%) tinham administração dos Fundos Municipais de Saúde sob responsabilidade das Secretarias Municipais de Saúde e oito municípios não dispunham de Fundo Municipal de Saúde. De outro lado, em 584 (10,5%) dos municípios, a administração do fundo de saúde era exercida diretamente pelo gabinete do prefeito, em 88 (1,6%), a administração estava sob responsabilidade de outras secretarias e em 98 (1,8%), havia outra estrutura administrativa. A administração do Fundo Municipal de Saúde era autônoma em 98 (1,8%) dos municípios.

Isso quer dizer que, assim como em Lavras, a quase totalidade dos municípios brasileiros atende ao estabelecido na Lei Federal n ° 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde), que prevê, em seu art. 33, que os recursos federais devem ser transferidos para Estados, Distrito Federal e Municípios, por meio dos respectivos fundos de saúde (transferência fundo a fundo), estabelecendo, ainda, as diretrizes para o seu funcionamento, com vistas a incrementar o processo de descentralização dos recursos da saúde (BRASIL, 2015e).

Nestes termos, os fundos de saúde constituem-se em instrumento:

- de gestão dos recursos destinados ao financiamento das ações e serviços públicos de saúde, no âmbito da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios;
- de planejamento, dado que possibilita aos gestores visualizar os recursos de que dispõe para as ações e serviços de saúde; e
- de controle, por facilitar o acompanhamento permanente sobre as fontes de receitas, seus valores e data de ingresso, as despesas realizadas, os recebimentos das aplicações financeiras, dentre outros (BRASIL, 2007).

³⁸ Conforme estabelecido pelas leis complementares que dispõem sobre as competências da Secretaria Municipal de Saúde no período analisado.

Com relação ao perfil dos gestores municipais, a Munic 2014 observou que mais da metade (52,8%) eram mulheres (2 941) e 47,1%, homens (2 625). Em Lavras, durante o período analisado (2011 a 2015), o cargo de Secretário Municipal de Saúde foi ocupado por 7 (sete) pessoas, sendo 3(três) homens e 4 (quatro) mulheres (IBGE, 2015b). Estes dados identificam duas questões: a primeira é a ascensão da mulher aos cargos importantes e de gestão nos governos e a segunda seria a grande alternância de gestores na Secretaria de Saúde, que pode estar relacionada com a continuidade, ou com a falta de continuidade, nas políticas de saúde, conforme será abordado adiante.

Por sua vez, quanto à escolaridade dos titulares de órgãos municipais gestores de saúde no País, a Munic 2014 observou que 39% deles possuíam nível superior completo e 34,9%, pós-graduação. Quanto mais populoso o município, mais elevado era o nível de escolaridade do gestor (IBGE, 2015b).

Em Lavras, pôde-se observar que os Secretários Municipais de Saúde do período possuem bom grau de escolaridade e que, na maior parte do período analisado, os gestores possuíam pós-graduação (42%) e experiência na gestão pública municipal e/ou estadual e de saúde (85%); dois deles são servidores públicos municipais efetivos e uma Especialista em Gestão de Saúde Pública do Governo do Estado de Minas Gerais.

A qualificação dos gestores em saúde do município e, principalmente, a experiência na área demonstraram a importância destes fatores para o bom gerenciamento das políticas de saúde.

4.3.2 – Recursos humanos da área de saúde

De acordo com os dados da MUNIC 2014, o número de pessoas ocupadas na área de saúde da administração municipal era de 1.574.318 pessoas entre os 5.513 municípios que forneceram a informação, sendo a saúde

responsável por 24% do total de pessoal ocupado na administração municipal brasileira (IBGE, 2015b).

Comparando com o total do pessoal ocupado por vínculo empregatício nas administrações municipais, a MUNIC observou que o pessoal, sem vínculo permanente da área de saúde, era de 28,6% do total de pessoal sem vínculo permanente da administração municipal. O percentual de pessoal comissionado na área de saúde era correspondente a 14,2% do total de pessoal comissionado. No que se refere aos regimes de trabalho mais estáveis, estas relações eram de 27,0% para celetistas e de 23,1%, para estatutários (IBGE, 2015b).

No que se refere à composição, segundo o porte populacional, nos municípios com mais de 500 000 habitantes, a participação dos trabalhadores em regime estatutário era de 66,6%, enquanto os sem vínculo permanente apresentavam maiores proporções nos municípios de porte médio, de 10.001 a 100.000 habitantes.

Ao verificar as informações referentes aos recursos humanos ligados à Secretaria Municipal de Saúde de Lavras, puderam ser identificados os seguintes dados constantes do Quadro 9:

Quadro 9 Composição e escolaridade do quadro de pessoal ativo da Secretaria Municipal de Saúde x Total de Servidores da Administração Pública Direta do Poder Executivo de Lavras/MG

Escolaridade - Servidores Secretaria Mun. de Saúde*	Número de servidores/ Ano				
	2011	2012	2013	2014	2015**
Ensino Fundamental Incompleto	25	27	27	28	28
Ensino Fundamental Completo	41	45	46	46	48
Ensino Médio Incompleto	13	12	10	12	11
Ensino Médio completo	222	243	248	257	259
Ensino Superior Incompleto	14	14	18	19	20
Ensino Superior Completo	201	211	216	236	240
Pós-graduação	18	18	18	19	20
Mestrado	3	3	3	3	3
Doutorado	2	2	2	2	2
Nº de Servidores da Secretaria de Saúde*	539	575	588	626	636
Nº de Servidores contratados da Secretaria de Saúde***	109	66	350	335	354
Total de Servidores da Secretaria de Saúde	648	641	938	961	990
Total de Servidores da Administração Direta	2853	2874	3049	3270	3140

* Considerando servidores efetivos, comissionados e empregados públicos

** Dados de outubro/2015

*** nos termos do art. 37, IX, Brasil (2002, p. 38) e Lei Municipal nº. 2.810, de 19 de novembro de 2002³⁹

Pelos dados apresentados no quadro acima é possível fazer várias análises, as quais serão apresentadas a seguir.

Primeiramente, verifica-se que, com relação à escolaridade dos servidores efetivos, comissionados e empregados públicos da Administração Direta do Poder Executivo, há prevalência de servidores de nível médio completo, em média 41%, seguido dos servidores com nível superior, média de 37%, no período.

Quadro 10 Porcentagem aproximada da prevalência de servidores de nível médio e superior na Secretaria de Saúde

ESCOLARIDADE/ANO	2011	2012	2013	2014	2015
MÉDIO COMPLETO	41%	42%	42%	41%	40%
SUPERIOR	37%	36%	36%	37%	37,7%

O fato de mais de 1/3 dos servidores possuírem nível superior não significa que estes desempenhem atribuições de maior complexidade ou àquelas destinadas aos cargos de nível superior, ligadas à gestão de políticas públicas. O que se verifica é que grande parte dos servidores concursados em cargos de nível médio conclui o curso superior e por limitações das atribuições de seus cargos não atuam diretamente na gestão das políticas de saúde, mas apenas em atividades meio. A exceção disso ocorre, quando estes servidores assumem cargos de chefia, direção ou assessoramento, momento em que possam a utilizar seus conhecimentos e experiência na parte da gestão.

³⁹ A Lei Municipal nº 2810/2002, dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender à necessidade temporária de excepcional interesse público, nos termos do inciso IX da Constituição Federal, e dá outras providências (LAVRAS, 2002).

Segundo informações da Gerência de Recursos Humanos da Prefeitura, no ano de 2011, eram 160 efetivos em cargos de confiança (nestes, incluindo os de direção, chefia e assessoramento), em 2012, eram 171; 177 em 2013; 202 em 2014 e 216 em 2015. Estes dados demonstram que os gestores, ano a ano, passam a investir na atuação de servidores de carreira para o desempenho de funções de confiança. A valorização da experiência profissional dos servidores, nos postos de comando, aparentemente, demonstra um passo para a profissionalização da gestão, o que pode influenciar positivamente na gestão de políticas de saúde no município.

Houve um aumento de 15,2% de servidores efetivos, comissionados e empregados públicos ocupados na saúde de 2011 a 2015, enquanto neste mesmo período, o número de contratados, temporariamente, aumentou cerca de 30,7%. Verifica-se que a média de aumento do número de servidores em exercício na Secretaria Municipal de Saúde foi muito superior à média de aumento do número de servidores da Administração Direta do Município como um todo, que registrou crescimento de 9,14% entre 2011 a 2015.

Chamou, também, atenção o crescimento de 20% no número de servidores contratados, temporariamente, nos 3 (três) últimos anos. No ano de 2011, 16,8% dos servidores da saúde eram contratados, temporariamente, em 2012, este número passou a 10,2%, pulando para 32,8%, 34,8% e 35,75%, em 2013, 2014 e 2015, respectivamente. Estes números demonstram, em 2011 e 2012, em média, 13,5% dos servidores da saúde eram contratados temporariamente. Com a mudança na gestão municipal, esta média passou a 34,45% (2013 a 2015).

Pode-se, ainda, observar um aumento progressivo de servidores, de todas as categorias e níveis de escolaridade, com atribuições na secretaria de saúde, em especial aqueles contratados temporariamente. O incremento maior pôde ser verificado a partir de 2013 e, neste ano, houve aumento de 284

contratações temporárias em relação a 2012. Considerando a natureza precária e transitória da contratação temporária, que deve ser utilizada em situações excepcionais, este aumento de contratações não pode ser explicada unicamente pela criação ou ampliação de serviços, muito embora haja constante necessidade de ampliação dos recursos humanos, tendo em vista que o município tem assumido cada vez mais a execução dos serviços públicos de saúde.

No ano de 2011, houve a criação de, em média, 130 cargos direcionados à implementação de políticas de saúde e execução de serviços. Foram instituídos os quadros de pessoal de órgãos de Atenção à Saúde da Família, da Atenção Secundária de Saúde – Centro Viva Vida e da Atenção à Saúde Mental – Centro Psicossocial (Lei Complementar nº. 210, de 29, de agosto de 2011) (LAVRAS, 2011a).

Entretanto, ainda, não foi realizado o concurso público para provimento destes cargos criados, que estão sendo providos por servidores contratados, muito embora o município tenha sofrido a intervenção e fiscalização do Ministério Público sobre a necessidade de realização do concurso. Em 2013, o município assinou um Termo de Ajustamento de Conduta com o Ministério Público, assumindo o compromisso de realizar o concurso, mas não o fez. A questão encontra-se judicializada.

Observa-se que a ausência de continuidade administrativa é um dos maiores problemas enfrentados pela administração municipal na gestão de políticas públicas, sendo um forte limitador da capacidade estatal no Município de Lavras no que diz respeito aos recursos humanos da área de saúde.

Principalmente nos períodos após as mudanças de mandato eletivo, observa-se que existe interrupção de várias ações e substituição de equipes de trabalho, as quais ficam sobre o comando de cargos de chefia e assessoramento, em sua maioria cargos em comissão, que são substituídos com a mudança de prefeitos. A quebra da continuidade no serviço público municipal pode ser um

dos grandes entraves ao planejamento, à formulação ou implementação de políticas de saúde, pois tais rupturas demonstram ser uma barreira à especialização no serviço público, porque, mesmo com relação aos servidores efetivos, muitas vezes, ocorre a alteração da lotação destes servidores, a fim de que o novo gestor procure retirar a imagem do antigo governante (personalizada nos servidores que ali trabalhavam) do serviço prestado.

Portanto, a ausência de recrutamento de servidores públicos concursados é outro fator impulsionador da quebra da continuidade. A alternância de pessoal nas atividades finalísticas tem se apresentado como uma trágica sequela da política de apadrinhamento que, ainda, existe na administração pública municipal, em especial, em razão do grande número de cargos comissionados que, muitas vezes, são utilizados para esse fim.

Outro fato que chama atenção diz respeito à porcentagem de servidores atuantes na Secretaria de Saúde, se em comparação com o total de servidores da administração municipal.

Quadro 11 Porcentagem de servidores da saúde com relação ao total de servidores do Poder Executivo

	2011	2012	2013	2014	2015
% de servidores	22,71	22,30	30,76	29,38	31,52
Médias	Média 2011/2012 22,5%		Média 2013/2015 30,55%		

O Quadro acima faz uma comparação com o total de servidores da administração direta do poder executivo. Em 2011, os servidores da saúde representavam 22,71% do total de servidores da prefeitura de Lavras; em 2012 eram 22,30; em 2013, 30,76%; 29,38% em 2014 e 31,52% em 2015. Da mesma forma como aconteceu com os contratados e, talvez, por este motivo, nos

últimos 3 anos, houve um incremento de 8,05% na quantidade de servidores atuantes na saúde em comparação com aqueles atuantes em outros órgãos do município.

O incremento do número de servidores, lotados na saúde nos últimos 3 anos, conforme demonstrado acima, coincide com a mudança na gestão municipal, ocorrida em 2013. Estes dados podem refletir as prioridades do novo gestor ou a ampliação de responsabilidades por novos serviços públicos advindos da descentralização ou do aumento da demanda, mas os dados levantados não permitiram levar a uma conclusão clara acerca das razões desse aumento.

Outro fator limitador da capacidade estatal que tem efeitos diretos na formulação de políticas públicas, em Lavras, diz respeito à inexistência de quadro de pessoal especializado em gestão de políticas públicas.

É certo que, conforme abordado no referencial teórico, dentro do sistema federalista brasileiro, caracterizado pela coordenação nas políticas sociais, estas são elaboradas em âmbito central para serem executadas no município. Mas há espaço para a formulação, seja no momento da implementação (política *bottom up*), na elaboração de políticas locais ou nas conferências municipais, estaduais ou nacionais e nas comissões intergestores.

Porém, esta sistemática de atuação possível nas políticas de saúde se mostra prejudicada, no Município de Lavras, uma vez que há carência de servidores de nível superior dedicados à gestão de políticas nesta área. Preocupa-se mais com a execução de serviços, menos com o planejamento, elaboração e monitoramento destes serviços. Este é um grave problema que se observa, em termos de continuidade e de gastos de recursos.

Acredita-se que, a exemplo da experiência exitosa da União e de vários estados, a criação da carreira especializada, como a de especialista em políticas

públicas e gestão governamental (EPPGG), possa ser um caminho a seguir na administração municipal de Lavras.

Por outro lado, a experiência demonstra que muitos gestores locais na área de saúde levantam, como um fator limitador à atração de recursos humanos mais qualificados e à manutenção deles no serviço público municipal, os limites de gastos com pessoal, o que dificultariam a melhoria dos recursos humanos na área e uma maior valorização remuneratória deles.

Quanto à questão da qualificação dos servidores, muito embora exista um programa de qualificação, instituído no Plano de Cargos e Vencimentos dos Servidores Públicos do Município de Lavras e reforçado pelos PPAs, vigentes no período de análise da pesquisa, ainda, é pequena a efetividade deste programa.

Os planos de cargos vigentes de 2011 a 2015 previam incentivos remuneratórios à qualificação do servidor e o atual plano de cargos (Lei Complementar nº. 328/2015) passou a prever a possibilidade de mudança de nível na carreira, mediante comprovação de conclusão de pós - graduação *strito sensu*, além dos adicionais já existentes.

Porém, verifica-se que, para além dos incentivos financeiros, os servidores precisam ser instados a participar de qualificações, que poderiam ser mais regularmente promovidas no próprio espaço institucional do município.

Embora a qualificação dos servidores, além de ser um programa instituído pelo Estatuto dos servidores, seja também uma das competências do município na gestão das políticas de saúde, a insuficiência de programas de treinamento pode ser um limitador para o incremento da capacidade institucional-administrativa na gestão das políticas de saúde em Lavras.

No período, pôde-se observar que a participação em cursos, muitas vezes, é destinada aos servidores comissionados que, pela própria natureza do

cargo, levam consigo todo o aprendizado, quando deixam o cargo, prejudicando a especialização daqueles que permanecem de um mandato eletivo para outro.

Algumas experiências exitosas foram realizadas de forma interinstitucional, especialmente em parceria com a Universidade Federal de Lavras - UFLA, como ocorreu com o curso sobre Planejamento Público, que contou com a participação de servidores de todas as áreas tanto da administração municipal de Lavras como da UFLA.

Outra experiência de capacitação realizada, por meio de cooperação técnica, foi realizada pelo Programa Mineiro de Empreendedorismo e Gestão para Resultados Municipais, realizado pela Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão de Minas Gerais, quando um grupo de servidores públicos, pertencentes aos diversos órgãos municipais, puderam participar de capacitação à distância em temas como gestão pública, gestão para resultados, recursos humanos, políticas de saúde, planejamento e compras.

Estas experiências demonstram a importância de parcerias, para a promoção de qualificação dos servidores municipais, principalmente, porque não envolve grandes despesas orçamentárias, posto que elas parecem ser o maior fator limitante da promoção da participação de servidores em cursos de qualificação.

4.3.3 Participação social

A participação da comunidade compõe o rol de princípios do SUS, inscritos na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde, sendo as instâncias colegiadas, representadas pelos conselhos e pelas conferências de saúde, estratégias para sua efetivação. O caráter de atuação, critérios e composição destes princípios são normatizados pela Lei n. 8.142, de 28.12.1990,

que regula, também, as transferências intergovernamentais de recursos financeiros para o sistema (BRASIL, 2015f).

Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990

Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde; e

II - o Conselho de Saúde.

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

§ 3º O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

§ 4º A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

§ 5º As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho.

.....

Art. 4º Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

I - Fundo de Saúde;

II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990;

III - plano de saúde;

IV - relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

V - contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;

VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

Parágrafo único. O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.

Atualmente, os Conselhos de Saúde são uma realidade nos estados e municípios, que, além de congregarem diversos segmentos da sociedade, devem legalmente possuir caráter deliberativo. Adicionalmente, são órgãos colegiados compostos por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, sendo paritária a representação dos usuários (50%) em relação aos demais segmentos (50%). Cabe aos Conselhos de Saúde a aprovação dos Planos de Saúde, em cada esfera de atuação, bem como a fiscalização da movimentação dos recursos repassados a estados e municípios.

Por sua vez, as Conferências de Saúde são espaços democráticos de construção da política de Saúde, portanto é o local onde o povo manifesta, orienta e decide os rumos da saúde em cada esfera.

Na esfera municipal, as Conferências Municipais de Saúde visam à formulação de diretrizes, para a construção de políticas públicas de saúde, que deverão compor o plano municipal de saúde.

Segundo a Nota Técnica nº. 01/2013, do Núcleo de Participação da Comunidade na Saúde do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS (BRASIL, 2013), mais que um instrumento legal de participação popular, a Conferência tem por objetivo:

1 Avaliar e propor diretrizes da política para o setor saúde, estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde.

2 Discutir temas específicos para propor novas diretrizes locais da política de saúde.

3 Eleger delegados para as Conferências Estaduais e Nacionais, quando for o caso.

Em 2014, a Munic pesquisou o número de estados e municípios que possuíam conselhos. Em 2014, 99,7% dos municípios possuíam Conselho Municipal de Saúde, repetindo o percentual de 2013. Em 2009, eram 97,3% dos municípios. Quanto ao número de reuniões realizadas nos municípios pelos Conselhos, a Munic indica que 99,4% dos municípios realizaram reuniões nos últimos 12 meses, com uma média de 11 reuniões por ano para aqueles que prestaram essa informação.

A Munic 2014 constatou que dos 5 570 municípios brasileiros, 4 956 (88,9%) realizaram Conferências de Saúde, cumprindo a determinação da Lei n. 8.142, de 28.12.1990 (BRASIL, 2015f).

Em Lavras, o Conselho Municipal de Saúde está previsto no art. 168, §2º, da Lei Orgânica do Município e foi regulamentado pela Lei 1865, de 20 de junho de 1991 (LAVRAS, 2015c).

Fato que chama atenção nas MUNIC 2011 a 2014 diz respeito à contradição quanto à classificação do conselho municipal de saúde - CMS. A pesquisa procurou responder se ele detinha caráter consultivo, deliberativo, normativo e fiscalizador, mas estas informações apresentadas não coincidem em todas as MUNIC dos anos analisados (IBGE, 2015b). Ao que pese a divergência

de informação, a Lei Municipal nº. 1865, de 20 de junho de 1991, que define as funções e composição do CMS, operou acertadamente a fim de garantir que o conselho possa exercer suas funções como um órgão consultivo, deliberativo, fiscalizador, podendo, ainda, acompanhar e avaliar a operação do SUS no Município, assessorar a elaboração do Plano Municipal de Saúde, articular-se com os prestadores de serviços de saúde, dentre outras atribuições (LAVRAS, 1991).

Conforme pôde ser notado na pesquisa, o Conselho Municipal de Saúde de Lavras reúne-se periodicamente e sempre que convocado extraordinariamente, possuindo efetiva atuação na política pública local, em termos institucionais.

Cabe ressaltar, também, que, no período de 2011 a julho de 2015, foram realizadas duas conferências municipais de saúde, a V Conferência Municipal de Saúde, ocorrida nos dias 02 e 03 de julho de 2011 e a 6ª Conferência Municipal de Saúde acontecida em 19 e 11 de julho de 2015.

4.4 Políticas de saúde em Lavras: capacidade para a formulação local ou implementação de políticas elaboradas pelos governos centrais?

Esta seção analisará se os dados encontrados na pesquisa documental (seção 4.2) correspondem ao processo de formulação de políticas de saúde locais ou visam à implementação de políticas formuladas pelos governos estadual ou federal. Para isso, as capacidades estatais servirão de pano de fundo para as análises.

Antes disso, relembremos pontos importantes anteriormente destacados e que servirão para análise e discussão do assunto nesta seção.

Conforme abordado no referencial teórico, o federalismo do Estado brasileiro é caracterizado por forte descentralização, principalmente, a partir de

1988, e por diferenças entre os vários subsistemas de políticas públicas. Este processo de descentralização foi se aperfeiçoando, de forma a promover uma coordenação nacional das políticas públicas, feita pelo Governo Federal (sendo as políticas de saúde e educação pioneiras neste sentido), de forma a estabelecer mecanismos de controle sobre a formulação destas políticas, destinando fundos para a implementação dos programas definidos em âmbito federal.

Estes mecanismos são expressos, principalmente, por um arcabouço normativo que restringe a liberdade de gastos dos entes federados; que definem as responsabilidades com relação à provisão e gestão de políticas públicas, com estabelecimento de gastos financeiros mínimos; e que criam incentivos para que os governos subnacionais assumam a responsabilidade de prover tais políticas. Com isso, a União exerce papel de integração vertical, com forte coordenação federal.

Foi abordado, também, que o ciclo de políticas públicas, apesar de ser um modelo idealizado de representação, oferece um marco metodológico para análises isoladas de cada etapa do processo e tem a virtude de facilitar o entendimento do procedimento complexo de formulação e de implementação. Ficou claro, ainda, que a formulação de políticas configura-se como um processo, com desdobramentos não necessariamente sequenciais e não plenamente antecipáveis, que envolve a interação de muitos agentes, com diferentes interesses. Nesse momento, são importantes as capacidades informacionais sobre o desenho federativo da política e suas regras, o planejamento, as informações sobre políticas semelhantes já formuladas, a conciliação de interesses, a capacitação e profissionalismo dos servidores encarregados dos trabalhos, dentre outros.

Ressaltou-se, também, que a fase de Implementação é o momento em que a política pública começa a ser executada, compreendendo o conjunto de ações realizadas por grupos ou atores de natureza pública ou privada, para a

consecução de objetivos definidos. Envolve, pois, a programação de atividades, provisionamento de recursos financeiros, alocação de recursos humanos, mobilização de agentes, interlocução com atores estratégicos, manejo dos mecanismos que assegurem a governabilidade das atividades. Há, nesta fase, a interação entre os objetivos estabelecidos no planejamento e elaboração da política pública e as ações apreendidas para atingi-los. Neste sentido, a implementação das políticas relaciona-se com coordenação e cooperação, de forma que as organizações no âmbito do estado federativo possam atuar de forma conjunta no trabalho de formulação e execução de políticas públicas, contribuindo para evitarem-se sobreposições e contradições entre elas.

Outro ponto levantado, e de importante interesse prático, diz respeito ao fato de existir espaço para o exercício da discricionariedade para os implementadores das políticas públicas, garantindo aos burocratas de nível de rua autonomia para decidir como aplicá-las.

Esta autonomia na implementação também está ligada à abordagem macro e micro da implementação, ou seja, a implementação é macro, quando as políticas são formuladas pelo governo federal, onde as políticas se traduzem em planos de projeto e, é micro, quando, em resposta às ações dos governos centrais, as organizações locais planejam e realizam suas próprias políticas internas (BERMAN, 1978). Isto corrobora o alegado por Arrteche (2007), no sentido de que, no caso do federalismo brasileiro, mesmo com o poder central de regulação e coordenação, haja espaço para iniciativas municipais.

Estas iniciativas dizem respeito, por exemplo, à área da política de saúde, a uma série de decisões que são tomadas no nível local, de modo coerente com as diretrizes gerais definidas nacionalmente.

Neste contexto da descentralização, as capacidades estatais são de suma importância na gestão de políticas de saúde, especialmente se considerarmos a dimensão institucional-administrativa, uma vez que, se bem estruturada, poderá

garantir melhores condições, para que as políticas sejam traçadas e implementadas nos entes federados, visando à coordenação interorganizacional e interfederativa destas políticas.

Trazendo toda esta abordagem para o estudo de caso objeto deste trabalho, observa-se que, no município de Lavras, as disposições levantadas no referencial teórico são corroboradas pela vivência prática.

Durante todo o período, 2011 a 2015, verificou-se que as normas restritivas de gastos nas políticas públicas foram determinantes para influenciar o planejamento e a decisão sobre as políticas públicas locais. Assim, diante do comprometimento orçamentário com a prestação de serviços delegados por normas e diretrizes federais e estaduais (visando à coordenação das políticas de saúde), resta um pequeno liame de manobra financeira para se pensar em formulação de políticas locais.

Com isso, a pesquisa identificou basicamente três categorias de políticas públicas de saúde no período de janeiro de 2011 a junho de 2015:

- 1) Políticas de incentivos remuneratórios, como gratificações por produtividade e atingimento de metas.
- 2) Políticas de gestão compartilhada de serviços de saúde de forma interfederativa, como consórcios e convênios, e
- 3) Políticas por meio de Parcerias, convênios e instrumentos congêneres com organizações do terceiro setor.

Pensando no ciclo de políticas públicas, a fim de procurar identificar se tais políticas decorrem do processo de formulação local ou de implementação de políticas centrais e utilizando-se dos dados numéricos apresentados na subseção 4.2, é possível destacar que ao todo foram identificados 77 documentos dispondo sobre política de saúde.

Dentre as leis estudadas, 24% tinham como objeto políticas remuneratórias para os servidores da saúde. Como estas iniciativas tinham por

finalidade instituir gratificações por produtividade ou pelo atingimento de metas ligadas às diretrizes de políticas Macro de saúde, podem ser caracterizadas como de implementação de políticas centrais.

Da mesma forma, estão aquelas iniciativas que estabelecem sobre a cooperação interfederativa, por meio de gestão compartilhada, posto que implementam e executam serviços delegados e formulados pelos governos centrais, que somaram 36%, dos 44 instrumentos de convênio, cooperação ou gestão compartilhada identificados.

Dentre as parcerias e convênios com o terceiro setor (que somaram 64% dos instrumentos identificados), a maioria se destina à implementação de políticas formuladas no âmbito do SUS.

Com base nesta lógica, dos 77 documentos pesquisados, apenas 11,68% podem ser considerados como decorrentes da capacidade de formulação de políticas pelo município de Lavras.

Por outro lado, abrindo-se o campo de análise, sem se limitar ao ciclo de políticas públicas e pensando na coordenação de políticas, com relação às normas federais que criam incentivos para a assunção de responsabilidades ou competências, para a execução e gestão de determinadas políticas de saúde, pôde-se observar em Lavras a abordagem da microimplementação, bem como a implementação *bottom-up*.

Como exemplo disso, utilizemos a primeira categoria de política identificada, que trata dos incentivos remuneratórios instituídos. Dentro da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)⁴⁰, foi criado o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o

⁴⁰ Estabelecida pela Portaria n°. 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios (BRASIL, 2015). E o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, pela Portaria n°. 1378/GM/MS, de 09 de julho de 2013 (BRASIL, 2015n).

Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável,⁴¹ cujo objetivo é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica. O incentivo financeiro visa à garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde. A participação dos entes subnacionais neste programa é feita por adesão, concedendo-se incentivos financeiros em função de atingimento de metas estabelecidas pelo governo federal e que visem à melhoria da prestação do serviço na atenção básica.

Por sua vez, com relação à vigilância em saúde, a Portaria GM/MS nº. 1378/13, de modo análogo, estabelece blocos de financiamento visando ao atingimento de diretrizes estabelecidas. Para receber o chamado Piso Variável da Vigilância em Saúde (PVVS), que constitui incentivos financeiros específicos, regulamentados conforme atos específicos do Ministro de Estado da Saúde, o ente federado deve fazer adesão ao programa.

Note-se que os dois programas não vinculam de forma taxativa a forma de utilização dos recursos, dando apenas direcionamento para que o ente federado escolha a forma de realizar as ações visando ao alcance dos resultados pactuados, bem como a forma de utilização dos recursos. Conclui-se, então, que este tipo de política é criada como forma de implementação de política central, que institui certa autonomia local para trabalhar os mecanismos da implementação, no ponto de vista de atingimento dos objetivos comuns.

Pois bem, com base nestas portarias expedidas pelo Ministério da Saúde, foram criados, no Município de Lavras, dois programas que tendem à implementação das citadas políticas. Conforme já levantado na seção 4.2, foram

⁴¹ Portaria nº. 1654/GM/MS, de 19 de julho de 2011 (BRASIL, 2015o).

criados instrumentos legais⁴², visando à concessão de benefícios remuneratórios aos servidores atuantes nas áreas da atenção básica e aos agentes de combate às endemias, em função de atingimento de metas estabelecidas, em âmbito do governo local, mas visando atender às diretrizes e metas pactuadas com o governo federal.

A formulação destes programas só se tornou possível em termos financeiros porque, para sua execução, não foi necessária a utilização de recursos próprios do município, para arcar com os incentivos remuneratórios criados, que são realizados com os recursos repassados fundo a fundo pelo Ministério da Saúde, em montantes variáveis, conforme atendidas as metas estabelecidas pelas próprias políticas centrais.

Estes programas municipais poderiam ser classificados como políticas, formulados pela da microimplementação, ou seja, o município formulou esta política pública dentro da sua autonomia decisória garantida pelo sistema federalista para a implementação da Macropolítica elaborada pela União.

Para implementar localmente a política pública federal observou-se um processo de formulação local, no qual discutiu-se sobre a necessidade e o interesse de realizar a adesão ao programa federal, bem como foi feito o planejamento e estudo das possíveis formas de utilizar os recursos que seriam repassados com a adesão de forma a incentivar o cumprimento das metas estabelecidas pelo governo central. Neste momento, a atuação e mobilização dos servidores, diretamente interessados nos incentivos financeiros e que atuavam em postos de chefia, foi de grande influência para a decisão sobre a forma de implementação/formulação da política, pois apresentaram uma minuta de projeto de lei ao poder executivo e pressionaram os gestores e legisladores para aprovação do projeto de lei.

⁴² Leis Municipais nº. 4049/14 e 4071/14.

Por sua vez, o segundo tipo de política identificada, os instrumentos de gestão compartilhada interfederativa, caracterizam típicas atividades de implementação de políticas formuladas pelos governos centrais em que há o conveniamento entre entes federativos a fim de atingir finalidades comuns na área de saúde, como é o caso do Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Municípios da Microrregião de Lavras (CISLAV), que tem como objeto a realização de procedimentos e exames pelo SUS para pacientes dos Municípios consorciados.

De outra forma, podem ser observadas ações visando à promoção da saúde no Município sem que haja, diretamente, o poder indutor da transferência de recursos financeiros dos governos centrais.

Como exemplo, pode-se citar um caso que representa o terceiro tipo de política identificada, direcionada à realização de parcerias com o terceiro setor. Trata-se de uma política formulada visando à castração de cães, a qual foi possível por uma parceria entre o governo municipal e uma instituição sem fins lucrativos. Conforme se observou, chegou à agenda do governo o problema do aumento de número de cães abandonados na cidade, o que estava gerando problemas sanitários. Por outro lado, temos no município uma entidade sem fins lucrativos de importante atuação na captura de cães abandonados, levando-os a um canil, que é mantido com ajuda financeira do orçamento municipal. Visando à solução conjunta dos problemas (o aumento do número de cães abandonados, agravos possíveis quanto à questão sanitária, superlotação da população do canil), a entidade apresentou proposta de realização da parceria, em que ela ficaria encarregada da realização das cirurgias de castração dos animais.

Em uma segunda etapa, os servidores municipais fizeram estudos sobre os custos e benefícios da parceria, das disponibilidades orçamentárias, das questões legais e decidiu-se pela realização da ação, a qual foi operacionalizada por meio de convênio.

Neste caso, percebe-se que não houve indução federal, apesar de ligada ao sistema nacional de vigilância em saúde, a iniciativa partiu de um problema levantado em âmbito local e que obteve solução com base em uma política formulada localmente. A participação de servidores públicos foi determinante para a capacidade de o município elaborar a política de castração, havendo uma ação conjunta entre os órgãos técnicos da Secretaria de Saúde e da Assessoria Jurídica neste processo.

Mas as iniciativas locais não são regra no Município de Lavras, quando se analisam as disposições legais que dispõem sobre o planejamento municipal, como Planos Plurianuais, Leis de Diretrizes Orçamentárias - LDOs e Leis Orçamentárias - LOAs, percebe-se que a maioria das ações planejadas estão no sentido de implementação de políticas dos governos centrais, visando à manutenção de serviços de saúde integrantes do Sistema Único de Saúde, por meio de políticas formulados pela União. A maior parte dos programas integrantes das Leis de Diretrizes Orçamentárias do período são destinadas à manutenção de serviços ou modernização da estrutura administrativa do Poder Executivo.

Ademais, o estudo de caso demonstra, especialmente pela observação participante, que a prática é bastante diferente do modelo prescritivo ideal do ciclo de políticas públicas, em que gestores eleitos governam com corpos burocráticos com boa capacidade de diagnóstico de problemas, com posturas ativas e inovadoras na formulação de programas, operando com racionalidade técnica na tomada de decisões, com controle efetivo das atividades na implementação dos programas públicos e objetividade na sua avaliação.

Os resultados do estudo empírico evidenciaram que, em termos de capacidade institucional-administrativa, o Município de Lavras apresenta bons indicadores, com relação às categorias analisadas, especialmente se comparando com os dados levantados pela MUNIC (IBGE, 2015b). Evidenciou-se, pois, que

as capacidades institucionais-administrativas, do município de Lavras, apresentam-se conforme o contexto nacional, quando comparadas com os demais municípios, como mostra a MUNIC. Porém, há que se concordar que esta constatação não elide a necessidade de aperfeiçoamento das capacidades estatais para a gestão de políticas públicas em Lavras.

Lavras possui uma estrutura administrativa de gestão adequada, dotada de: uma secretaria municipal exclusiva para a saúde, Fundo Municipal de Saúde, contabilidade própria para o fundo, gerência de controle e auditoria exclusiva. Porém, não possui um órgão destinado à gestão das políticas de saúde do município, embora a formulação de políticas de saúde esteja dentre as atribuições da Secretaria Municipal de Saúde.

Estão, ainda, presentes no município, os instrumentos institucionais de participação social na gestão do SUS, por meio do Conselho Municipal de Saúde e das Conferências municipais.

Na realidade, a exemplo do que foi avaliado em termos de capacidade institucional-administrativa em Lavras, muito ainda se tem a aprender em termos de políticas públicas de saúde em âmbito municipal. Onde há escassez de técnicos especializados em gestão de políticas de saúde (conforme abordado na Subseção 4.3.2), grandes são as dificuldades enfrentadas nas ações destinadas à implementação das políticas elaboradas pelos governos centrais, que dirá naquelas destinadas à elaboração de políticas locais.

Porém, considerando as limitações já abordadas e outras que mereceriam ser elencadas, em um estudo mais aprofundado, não se pode deixar de reconhecer algumas políticas municipais que podem ser consideradas como formuladas em nível local, sejam aquelas que se utilizam da discricionariedade para implementação de políticas centrais ou aqueles projetos, programas ou ações destinadas a solucionar problemas identificados em âmbito do próprio município.

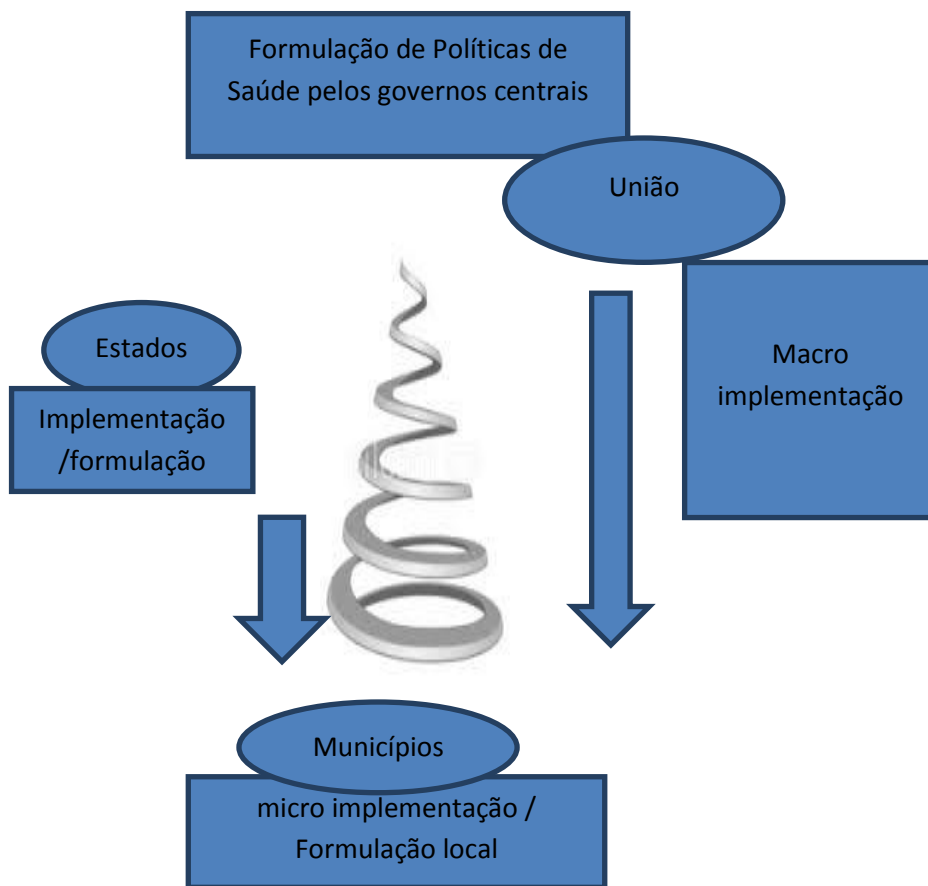
O estudo demonstrou, pelas políticas identificadas e, também, das capacidades estatais avaliadas que existe uma interrelação entre formulação e implementação, o que denota que o ciclo não é um processo linear de fases, mas um entroncamento entre as fases.

Assim, tendo em conta o estudo realizado em Lavras sobre a política de saúde, bem como a problemática da capacidade de um município, para formular políticas locais e/ou implementar políticas centrais, poderíamos entender o “ciclo” de política pública, no contexto do federalismo descentralizado e coordenado brasileiro, como uma espiral que opera em movimentos descendentes e ascendentes.

O movimento de nível descendente é observado quando, para a implementação local da política formulada em âmbito central, haja a formulação de políticas locais, caracterizando a microimplementação.

A figura 1 a seguir mostra a espiral descendente:

Figura 1 Coordenação da Política de Saúde no Federalismo Brasileiro – espiral descendente



De acordo com o fluxograma apresentado acima, o “ciclo” de políticas públicas, em cada nível da federação, gira em sentido descendente, da União para Estados e Municípios, no momento em que os entes descentralizados operam a formulação/implementação de políticas visando à coordenação de suas políticas com aquelas formuladas pelo Governo Federal no âmbito do SUS.

Assim, como exemplo da espiral descendente, podem-se citar as políticas de incentivo remuneratório formuladas em Lavras, conforme se demonstrou acima. Neste caso, a microimplementação/formulação local das políticas foi realizada em nível municipal para promover a macroimplementação das políticas estabelecidas pela União, por Portarias do Ministério da Saúde.

Da análise documental, também, é possível visualizar outro exemplo da configuração de política de espiral descendente. Neste caso, trata-se da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Sistema Único de Saúde, formulada em âmbito central pela União pela Portaria nº. 793 MS/GM, de 24/04/2012 (BRASIL, 2015m).

Pois bem, em âmbito de macroimplementação desta política, foram instituídas, em nível estadual, algumas deliberações da Comissão Intergestores Bipartite (CIB-SUS/MG)⁴³, as quais estabeleceram diretrizes para a implementação da política em âmbito local. Com base nestas deliberações e utilizando-se de sua autonomia, o município de Lavras realizou um convênio com a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Lavras – APAE, para a execução dos serviços especializados de reabilitação em deficiência intelectual

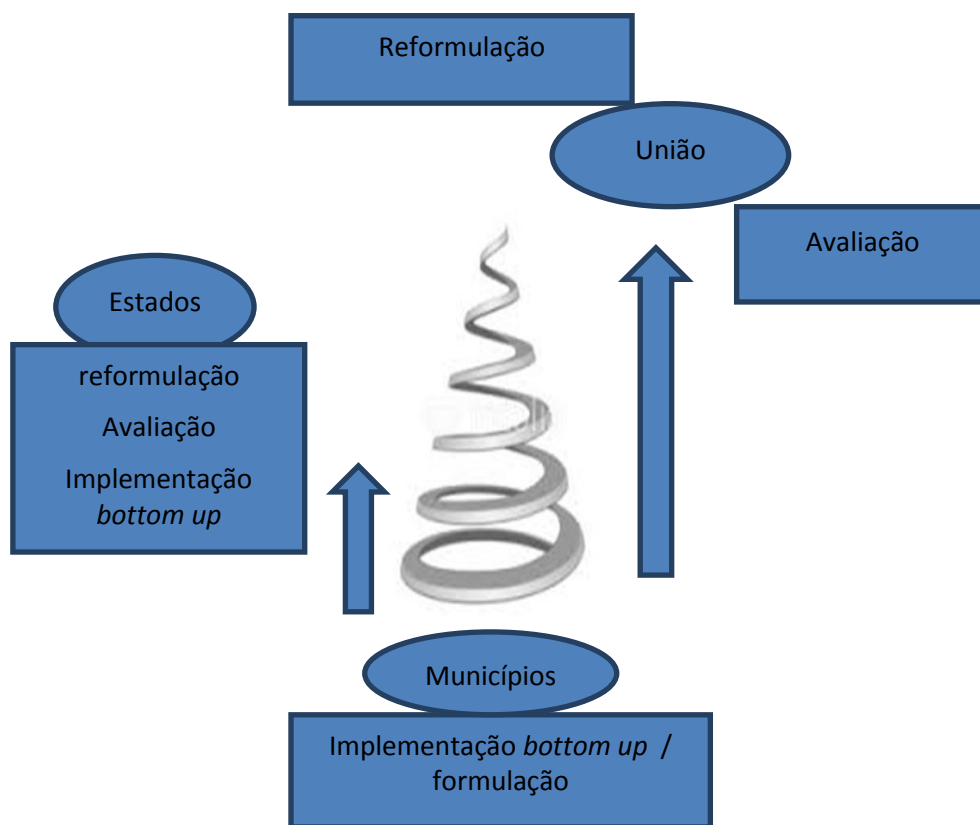
⁴³ Deliberação CIB-SUS/MG nº1.272 de 24/10/2012 que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS-MG e dá outras providências; Deliberação CIB-SUS/MG nº 1403, de 19/03/2013 define os Serviços Especializados de Reabilitação em Deficiência Intelectual (SERDI) da rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência Intelectual e Deliberação CIB-SUS/MG nº 1404 de 19/03/2013 Institui o Programa de Intervenção Precoce Avançado – PIPA, que é o programa de âmbito estadual para os Serviços de Reabilitação em Deficiência Intelectual SERDI e para o Centro Especializado em Reabilitação – CER que possua atendimento de reabilitação em deficiência intelectual.

para pacientes do SUS. Assim, a formulação de uma política de prestação de serviços especializados de reabilitação em deficiência intelectual em Lavras, operado por meio de instrumento de convênio, caracteriza a microimplementação da política central, constante da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Sistema Único de Saúde.

De outro lado, o movimento em nível ascendente ocorre, quando há a utilização das políticas formuladas em nível local, visando à implementação das políticas centrais, para a avaliação e reformulação destas políticas pelos governos centrais, caracterizando a implementação *bottom up*.

A figura 2 a seguir mostra a espiral ascendente:

Figura 2 Coordenação da Política de Saúde no Federalismo Brasileiro – espiral ascendente



O fluxograma da figura acima demonstra que os ciclos de políticas públicas de cada um dos entes federados giram e se unem aos ciclos dos demais entes, a partir do município para a União, em movimento ascendente, de forma a fazer com que a política elaborada no município e/ou no estado possa servir de base para os processos de avaliação e reformulação da política central, colaborando para a coordenação federativa da política de saúde.

Considerando a definição de espiral ascendente, pode-se citar o exemplo da política de castração de cães, pois foi formulada localmente, dentro do contexto de uma política macro de vigilância em saúde e de combate às zoonoses e que tem potencial para colaborar na reformulação/avaliação dessa política macro, com base na experiência local de Lavras.

Da mesma forma, é possível caracterizar a política que instituiu uma Tabela Complementar Municipal de Internações Hospitalares/Sistema Único de Saúde – SIH/SUS, como uma política de espiral ascendente. Esta tabela foi criada pela Lei Municipal nº. 4104/14, no momento em que o município percebeu que os hospitais filantrópicos do município amargavam graves prejuízos em razão dos valores repassados pelo SUS, por meio de tabela fixada pelo governo central, o que prejudicava a continuidade e qualidade do serviço prestado aos munícipes usuários do SUS. Para implementar tal política, ficou autorizada a realização de convênios com esses prestadores de serviços de saúde, para a remuneração dos serviços com os valores repassados pelo SUS e complementados por uma tabela municipal, devidamente aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde e arcada com recursos próprios do município. Neste tipo de política, vê-se a formulação de uma política local, que tem o potencial de levar à avaliação e reformulação da política central (revisão da tabela SUS praticada, por exemplo), pois, ao ser implementada, conta com a participação de burocratas de nível de rua (implementação *bottom up*) com conhecimento das especificidades e dificuldades locais (LAVRAS, 2014a)

Conforme demonstram as figuras 1 e 2, sob a análise da micro e da macroimplementação de políticas, aliada à ideia de implementação *bottom-up*, pode-se imaginar as políticas de saúde, dentro do SUS, como uma espiral, em que há formulação em âmbito federal, que, para serem implementadas, podem levar à formulação de políticas, programas e ações em nível estadual ou local, dentro do espaço reservado à autonomia e discricionariedade. Esta formulação/implementação local dá respaldo, para a avaliação destas políticas pelos governos centrais e possíveis reformulações, considerando os resultados alcançados pela implementação/formulação nos entes subnacionais.

Portanto, os resultados da pesquisa nos leva a idealizar que, no federalismo descentralizado e cooperativo brasileiro, a coordenação federativa deixa o ciclo de políticas públicas espiralado, onde as fases (formulação, implementação, avaliação e reformulação) podem se entroncar no processo de gestão das políticas públicas dos entes federados.

Sob a ótica do modelo espiralado de gestão descentralizada de políticas de saúde, não há como classificar cabalmente todas as políticas identificadas na pesquisa documental em Lavras, se decorrentes do processo de formulação local ou de implementação de políticas centrais.

Primeiro, porque conforme ficou claro no referencial teórico, as políticas de saúde, após a CF/88, caracterizam-se por um Sistema Único, descentralizado e coordenado, em que as políticas dos entes federados não devem se sobrepor, mas se complementar de forma harmônica. Sob este prisma, todas as políticas executadas nos entes federados descentralizados devem ser direcionadas à implementação das diretrizes centrais.

Segundo, porque, mesmo para a implementação da política macro, os entes descentralizados, no uso de suas autonomias, precisam traçar suas próprias diretrizes, suas agendas, fazer planejamentos, tomar decisões, elaborar planos,

ações. Neste contexto, sob a abordagem micro, também, formulam suas políticas.

E é exatamente pela importância que ganha o município, nesta visão de ciclo espiralada, no sentido de garantir uma gestão mais coordenada das políticas de saúde, que as capacidades institucionais-administrativas devem ser muito bem trabalhadas em âmbito local.

O desenvolvimento destas capacidades impulsiona, virtuosamente, tanto os trabalhos de formulação, quanto de implementação das políticas, favorecendo uma melhor coordenação federativa, no sentido da gestão das políticas, inclusive, nos processos de avaliação e reformulação pelos governos centrais e locais.

Por fim, com esta visão, ao que pese constatar-se que resta ao município a atividade eminentemente executora de serviços dentro da estrutura do SUS, ainda há espaço para as inovações em políticas de saúde, conforme se observou em Lavras. O desenvolvimento das capacidades institucionais administrativas demonstram ser importantes fatores impulsionadores, tanto para o processo de formulação quanto para a implementação das políticas de saúde.

5 CONCLUSÕES

Este trabalho procurou avaliar a capacidade estatal, levando-se em conta a dimensão institucional-administrativa de um município de médio porte, para formular políticas de saúde, no período compreendido entre janeiro de 2011 e junho de 2015. Objetivou-se, ainda, identificar as principais políticas de saúde formuladas por este município e, por fim verificar se as políticas identificadas decorreram de processo de formulação de políticas locais ou visaram à implementação de políticas formuladas pelos governos centrais. Para isso, foi escolhido o município de Lavras/MG.

Para fundamentar teoricamente a pesquisa, foi realizado um estudo sobre a formação e o funcionamento do Estado federal brasileiro, que inovou, ao dar autonomia aos municípios e os efeitos desta configuração sobre as políticas sociais locais.

Foram abordadas, também, as discussões teóricas acerca das capacidades estatais e de suas dimensões, de acordo com a gestão pública democrática, quais sejam: a dimensão institucional administrativa, a dimensão econômica financeira e a sociopolítica, deixando claro que as análises empíricas seriam feitas com base na primeira dimensão.

Por fim, foi apresentado o Sistema Único de Saúde, explanando as suas principais características institucionais e seu funcionamento no sistema federativo, onde é resguardado à União a tarefa de formulação das diretrizes e políticas macro e aos estados e municípios a implementação, ficando a cargo deste último ainda a tarefa de prestação de serviços de forma efetiva. Buscou-se, pois, evidenciar a tensão existente entre centralização e descentralização de políticas sociais, principalmente, nas políticas de saúde, ou entre a autonomia municipal e a padronização nacional de políticas.

Importante destacar que o estudo do marco regulatório do SUS apresentou os avanços no processo de descentralização das políticas de saúde, demonstrando a evolução do processo, no sentido de abertura para a adesão às políticas formuladas centralmente, mas com espaços para assunção de responsabilidades na gestão das políticas pelos municípios e para a cooperação interfederativa, principalmente, após a introdução da pactuação, nos anos 2000.

Os reflexos deste marco regulatório, na atividade de formulação de políticas de saúde em Lavras, puderam ser observados por meio dos documentos analisados, os quais demonstram que as atividades de elaboração de políticas, no período pesquisado, estiveram em sua maioria, relacionadas ao desenvolvimento de ações dirigindo ao atingimento de metas fixadas e pactuadas com os governos centrais, tendentes ao recebimento de verbas fundo a fundo ou ligadas à cooperação interfederativa.

A pesquisa empírica demonstra, também, a utilidade da pesquisa MUNIC/IBGE, para a análise das capacidades estatais como uma possível fonte de dados, para vários tipos de análises que tenham como objeto a gestão de políticas municipais.

Verificou-se que há um escasso trabalho de formulação de políticas de saúde no Município de Lavras, se comparado com a atividade de efetiva implementação das políticas formuladas pelos governos federal e estadual.

Esta constatação pôde ser corroborada com base na análise das capacidades institucionais administrativas do município para a formulação de políticas. Ficou demonstrado que o município não investiu em um órgão de gestão de políticas públicas, muito embora esteja dentre suas atribuições a formulação de políticas locais de saúde. Da mesma forma, não conta com uma equipe permanente especializada neste tipo de política.

Porém, com base nos dados obtidos, foi possível identificar avanços nos processos de estruturação da Secretaria Municipal de Saúde, na instituição e

funcionamento do Fundo Municipal de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde, tudo devidamente fundamentado em leis.

Muitos desafios, ainda, devem ser enfrentados pelo município no que tange ao aprimoramento de sua capacidade institucional-administrativa, na gestão da saúde, cujos principais aspectos identificados estão focalizados na dimensão dos recursos humanos.

Verificou-se que, apesar de grande aumento no número de servidores em exercício na saúde, existe enorme carência de servidores de nível superior especializados nas áreas de políticas públicas, especialmente, no campo do planejamento, elaboração e seu monitoramento.

Evidenciaram-se, também, problemas com relação à continuidade do serviço público. O aumento do número de servidores contratados, temporariamente, que implica grande rotatividade de pessoal, principalmente, em atividades técnicas e administrativas. Ademais, muitas das atividades fim e de gestão de políticas de saúde ficam a cargo destes profissionais ou de servidores comissionados. Verificou-se a remoção de servidores efetivos de suas atividades por questões políticas.

Todos estes são fatores de quebra da continuidade e, conseqüentemente, da capacidade administrativa.

Por outro lado, viu-se que pouco tem sido feito, do ponto de vista do fortalecimento das capacidades institucionais locais, no que se refere aos recursos humanos e sua capacitação. Isso reforça a necessidade de se investir em processos de capacitação e educação permanente dos gestores e técnicos, não só dos órgãos de saúde, mas também e, principalmente, daqueles envolvidos na elaboração e execução de políticas de saúde.

Ficou evidenciado que a maioria das ações planejadas e executadas no município está no sentido da implantação de políticas elaboradas em âmbito federal, da manutenção de serviços de saúde e da operação da máquina

administrativa. Foram identificadas algumas políticas formuladas dentro da autonomia municipal para a implementação da política federal ou mesmo para a solução de problemas locais, sem a indução federal.

Para superar estas questões, é preciso enfrentar os desafios institucionais e administrativos, que pressupõem e implicam formar servidores competentes tecnicamente, comprometidos politicamente e sensibilizados com os valores que animam o debate sobre a formulação e implementação de políticas públicas, como o direito à saúde.

Outro desafio pode estar em tornar a gestão e o controle institucional, inclusive, o burocrático, mais consistentes, efetivos e profissionalizados, de forma que possam auxiliar na ampliação da capacidade do município de prover suas políticas de saúde.

Entretanto, ainda que tenham sido verificados pontos fracos nas dimensões da capacidade institucional administrativa em Lavras, os resultados são satisfatórios, se em comparação com os demais municípios, conforme pôde ser visto nos dados da MUNIC 2014 (IBGE, 2015b).

Por fim, espera-se que o trabalho possa ter contribuído para a discussão acerca das capacidades estatais, no contexto da descentralização no estado brasileiro e suas implicações sobre as políticas públicas, de forma a trazer o município para esta discussão, posto que, muitas vezes, esquecido pelos trabalhos que têm sido desenvolvidos. A proposta de análise da coordenação federativa pelo espiral ascendente e descendente foi um esforço no sentido de contribuir para estas discussões, especialmente, sobre o papel do município no contexto do federalismo descentralizado brasileiro.

Alguns aspectos mereceriam maior investigação, ficando como sugestão, para futuros trabalhos, como as questões referentes às capacidades econômico-financeiras e sociopolíticas que impliquem a gestão de políticas públicas.

Sugere-se, também, um trabalho que busque apreender a influência e o alcance das deliberações das Comissões Intergestores sobre a formulação de políticas de saúde.

Dentro da agenda de pesquisa sobre políticas públicas e federalismo, maiores discussões, contrapontos e aprimoramentos sobre o esquema de análise de políticas de saúde por espiral ascendente e descendente é outra sugestão.

Trabalhos que utilizem distintas formas de coletas de dados, como a entrevista, ou mesmo os estudos comparativos quanto a municípios de portes populacionais diferentes, também, podem ser interessantes e esclarecedores sobre a capacidade de formulação e implementação de políticas públicas por municípios.

REFERÊNCIAS

ABRANCHES, S. H.; SANTOS, W. G.; COIMBRA, M. A. **Política social e combate à pobreza**. 4. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. 126 p.

ABRUCIO, F. L. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do Governo Lula. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, v. 24, n. 57, p. 41-67, jun. 2005.

ABRUCIO, F. L. **Os barões da federação**: os governadores e a redemocratização brasileira. São Paulo: Hucitec/USP, 1998. 253 p.

ALCANTARA, V. C.; PEREIRA, J. R. SILVA, E. A. F. A formação de esferas públicas e a gestão social no Brasil: uma leitura a partir dos movimentos sociais (junho e julho – 2013). In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM GESTÃO SOCIAL, 8., 2014. Cachoeira, BA. **Anais...** Cachoeira, BA: UFRB, 2104. Disponível em: <<http://anaisenapegs.com.br/2014/dmdocuments/2891.pdf>>. Acesso em: 07 dez. 2014.

ALMEIDA, M. H. T.; CARNEIRO, L. P. Liderança local, democracia e políticas públicas no Brasil. **Opinião Pública**, Campinas, v. 9, n. 1, p. 124-147, maio 2003.

ALMEIDA, M. H. T. Decentralization and centralization in a federal system: the case of democratic Brazil. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, n. 24, p. 29-40, jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44782005000100004>. Acesso em: 07 dez. 2014.

ALMEIDA, M. H. T. de. Recentralizando a federação. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, n. 24, p. 29-40, jun. 2005.

ANDRADE, D. M.; CASTRO, D. L. C.; PEREIRA, J. R. Cidadania ou “estadania” na gestão pública brasileira? **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 1, p. 177-90, jan./fev. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-76122012000100009>>. Acesso em: 05 dez. 2014.

ANDRADE, S. A. M. O novo pacto federativo brasileiro e seu efeito na prestação dos serviços públicos: enfoque na segurança pública. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 6, p. 1123-1137, nov./dez. 2004.

ANTINARELLI, M. E. P. B. Federalismo, autonomia municipal e a constitucionalização simbólica: uma análise da dependência financeira dos pequenos municípios mineiros. **Revista da Faculdade de Direito da UFMG**, Belo Horizonte, n. 61, p. 445-472, jul./dez. 2012.

ARRETCHE, M. **A centralização do estado federativo brasileiro**. 2007. 161 f. Tese (Livre-Docência em Ciência Política) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

ARRETCHE, M. **Estado federativo e políticas sociais**: determinantes da descentralização. Rio de Janeiro: Renavan, 2000. 302 p.

ARRETCHE, M. Federalismo e igualdade territorial: uma contradição em termos? **Dados**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 3, p. 587-620, 2010.

ARRETCHE, M. Federalismo e políticas públicas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 17-26, 2004.

ARRETCHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 331-345, 2003. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000200002>> . Acesso em: 10 ago. 2015.

ARRETCHE, M. Quem taxa e quem gasta: a barganha federativa na federação brasileira. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, n. 24, p. 69-85, jun. 2005.

ARRETCHE, M. Relações federativas nas políticas sociais. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 23, n. 80, p. 25-48, set. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/es/v23n80/12922.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2014.

ARAÚJO, G. C. A relação entre federalismo e municipalização: desafios para a construção do sistema nacional e articulado de educação no Brasil. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 389-402, jan./abr. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ep/v36n1/a13v36n1.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2014.

ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO. **Lavras**. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/lavras_mg#caracterizacao>. Acesso em: 25 nov. 2015.

BAPTISTA, T. W. F.; REZENDE, M. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Porto Alegre: Rede Unida, 2011. cap. 5, p. 221-271. Disponível em: <<http://www.ims.uerj.br/pesquisa/ccaps/?p=432>>. Acesso em: 20 abr. 2014.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009. 281 p.

BARROSO, L. R. **Curso de direito constitucional contemporâneo: os conceitos fundamentais e a construção do novo modelo**. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2013. 511 p.

BENTO, L. V. **Governança e governabilidade na reforma do estado: entre eficiência e democratização**. Barueri: Manole, 2003. 246 p.

BERMAN, P. **The study of macro and micro implementation of social policy**. Santa Monica: RAND Corporation, 1978. 49 p. Disponível em:

<<http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/papers/2008/P6071.pdf>> Acesso em: 09 nov. 2015.

BICHIR, R. M. **Mecanismos federais de coordenação de políticas sociais e capacidades institucionais locais**: o caso do Programa Bolsa Família. 2011. 271 p. Tese (Doutorado em Ciência Política) - Instituto de Estudos Sociais e Políticos, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

BOSCHI, R.; GAITÁN, F. **Brasil e os atores emergentes em perspectiva comparada**: capacidades estatais e a dimensão político-institucional. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://www.cdes.gov.br/evento/8869/participacao-do-cdes-no-workshop-capacidades-estatais-para-o-desenvolvimento-vantagens-institucionais-comparativas-em-paises-emergentes.html>>. Acesso em: 12 dez. 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília, 2003. 247 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2015

BRASIL. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Nota Técnica nº. 01/2013**, do Núcleo de Participação da Comunidade na Saúde do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://www.cosemsce.org.br/v2/wp-content/uploads/downloads/2013/03/Nota-T%C3%A9cnica-01-2013>>. Acesso em: 01 dez. 2015.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 29. ed. atual. ampl. São Paulo: Saraiva, 2002. 349 p.

BRASIL. **Decreto Federal nº 7508**, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/ef034f00489ab23ba9bebbe2d0c98834/Decreto_7.50_de_28_de_junho_de_2011.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 29 set. 2015a.

BRASIL. Lei complementar nº 101, de 04 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp101.htm>. Acesso em: 15 out. 2015b.

BRASIL. Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela união, estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em: 14 out. 2015c.

BRASIL. Lei nº 4.320 de 17 de março de 1964. Estatui normas gerais de direito financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da união, dos estados, dos municípios e do Distrito Federal. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L4320.htm>. Acesso em: 29 nov. 2015d.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 29 nov. 2015e.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm>. Acesso em: 09 nov. 2015f.

BRASIL. **Lei nº 11.107**, de 06 de abril de 2005. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111107.htm>. Acesso em: 20 maio 2015g.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. **Resolução nº 258**, de 07 de janeiro de 1991. Norma Operacional Básica/SUS nº 01/1991. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20258_07_01_1991.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2015h.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Entendendo o SUS**. Brasília, 2007. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2013/agosto/28/cartilha-entendendo-o-sus-2007.pdf>>. Acesso em: 09 nov. 2015i.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96**. Brasília, 1997. 34 p. Disponível em: <<http://www.redeblh.fiocruz.br/media/nob.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 373**, de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional da Assistência à Saúde/ SUS -NOAS-SUS 01/02. <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 10 set. 2015j.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 545**, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html>. Acesso em: 13 ago. 2015k.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 648/GM/MS**, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde

(PACS). Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html>

. Acesso em: 29 set. 2015l.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 793**, de 24 de abril de 2012. Institui a rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do sistema único de saúde. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html>

. Acesso em: 29 set. 2015m.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.378**, de 9 de julho de 2013.

Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela união, estados, Distrito Federal e municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html>

. Acesso em: 280set. 2015n.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.654**, de 19 de julho de 2011.

Institui, no âmbito do Sistema único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável–PAB Variável. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html>

. Acesso em: 29 set. 2015o.

BRESSER-PEREIRA, L. C. A construção política do estado. **Lua Nova**, São Paulo, v. 81, p. 117-146, 2010.

CALMON, P. C. D. P.; COSTA, M. M. Análise de políticas públicas no Brasil: estudos sobre a formação da agenda governamental. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 31., 2007, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro, 2007. 1 CD-ROM.

CAMPANTE, R. G. O patrimonialismo em Faoro e Weber e a sociologia brasileira. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 1, p. 153-193, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52582003000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 nov. 2015.

CANÇADO, A. C.; PEREIRA, J. R.; TENÓRIO, G. **Gestão social: epistemologia de um paradigma**. Curitiba: CRV, 2013. 216 p.

CARVALHO, J. M. de. **Cidadania no Brasil: o longo caminho**. 9. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007. 256 p.

CARVALHO, M. D. L.; BARBOSA, T. R. G. C. Modelos orientadores da implementação de políticas pública: uma lacuna literária. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 35., 2011, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://www.anpad.org.br/admin/pdf/APB2780.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2015.

CINGOLANI, L. **The state of state capacity: a review of concepts, evidence and measures**. Maastricht: UNO-MERIT, 2013. 57 p. (Working paper series, n. 53).

CÔRTEZ, S. V. Viabilizando a participação em Conselhos de Política Pública Municipais: arcabouço institucional, organização do movimento popular e *policy communities*. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Org.). **Políticas públicas no Brasil**. 3. ed. reimp. Rio de Janeiro: Fiocruz: 2007. cap. 4, p. 125-144.

CREMONESE, D. A difícil construção da cidadania no Brasil. **Desenvolvimento em Questão**, Ijuí, v. 5, n. 9, p. 5-84, jan./jun. 2007.

DENHARDT, R. Teorias da administração pública. São Paulo: Cengage Learning, 2012. 367 p.

ESTEVE, J. M. P. **Governança** democrática: construção coletiva do desenvolvimento das cidades. Belo Horizonte: UFJF, 2009. 200 p.

EVANS, P. **The capability enhancing developmental state**: concepts and national trajectories. Rio de Janeiro: CEDE, 2011. 32 p. (Texto para discussão, n. 3).

FAORO, R. **Os donos do poder**: formação do patronato político brasileiro. São Paulo: Globo, 2000. 944 p.

FERREIRA, L. B.; TORRECILHA, N.; MACHADO, S. H. S. A técnica de observação em estudos de administração. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 36., 2012, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/2012_EPQ482.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2014.

FERREIRA, P. A.; ALENCAR, E; PEREIRA, J. R. Revisitando o modelo processual de análise de políticas públicas a partir das relações entre estado e sociedade. In: ENCONTRO DE PESQUISADORES EM GESTÃO SOCIAL, 6., 2012. São Paulo. **Anais...** São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://anaisenaeps.com.br/2012/dmdocuments/186.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2014.

FLEURY, S. et al. Municipalização da saúde e poder local no Brasil. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 21., 1997, Rio das Pedras. **Anais...** Rio das Pedras: ENANPAD, 1997. Disponível em: <http://peep.ebape.fgv.br/sites/peep.ebape.fgv.br/files/municipalizacao_saude.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2013.

FONSECA, F.; LEITE, C. K. S. Federalismo e políticas sociais no Brasil: impasses da descentralização pós-1988. **Organizações & Sociedades**, Salvador, v.18, n. 56, p. 99-117, jan./mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1984-92302011000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 03 jul. 2014.

FREY, K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, n. 21, p. 221-259, jun. 2000.

GARCIA, L. M. Controle institucional como elemento de relevância para a avaliação da capacidade estatal: conceitos, possibilidades e limites para o caso brasileiro. In: CONGRESSO DO CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIOS DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO DE GESTÃO PÚBLICA, 8., 2015, Brasília. **Anais...** Brasília, 2015. Disponível em: <http://www.escoladegoverno.pr.gov.br/arquivos/File/2015/VIII_Consad/121.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2015.

GELINSKI, C. R. O.; SEIBEL, E. J. Formulação de políticas públicas: questões metodológicas relevantes. **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis, v. 42, n. 1/2, p. 227-240, abr./out. 2008.

GODOY, A. S. Estudo de caso qualitativo. In: GODOY, A. K.; BANDEIRA-DE-MELLO, R.; SILVA, A. B. **Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais**. São Paulo: Saraiva, 2006. cap. 4, p. 115-143.

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

GOMES, S. The multi-faceted debate on decentralization and collective welfare. **Brazilian Political Science Review**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 103-128, 2010. Disponível em: <http://socialsciences.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt&pid=S1981-38212010000100010>>. Acesso em: 21 mar. 2015.

GOMEZ, R. D. Gestión de políticas públicas: aspectos operativos. **Revista Facultad Nacional Salud Pública**, Medellín, v. 30, n. 2, p. 223-236, May/Aug. 2012.

GOMIDE, A. A.; PIRES, R. R. C. **Capacidades estatais e democracia: arranjos institucionais de políticas públicas**. Brasília: IPEA, 2014. 394 p.

GOMIDE, A. A.; SILVA F. S. E.; PIRES, R. R. C. Capacidades estatais e políticas públicas: passado, presente e futuro da ação governamental para o desenvolvimento. In: MONASTERIO, L. M.; NERI, M. C.; SOARES, S. S. D. (Ed.). **Brasil em desenvolvimento 2014: estado, planejamento e políticas**. Brasília: IPEA, 2014. v. 2, cap. 10, p. 231-246. (Brasil: o Estado de uma Nação).

GONTIJO, J. G. L. Coordenação, cooperação e políticas públicas: organizando percepções e conceitos sobre um tema caro à implementação. In: FARIA, C. A. P. **Implementação de políticas públicas: teoria e prática**. Belo Horizonte: PUC-Minas, 2012. cap. 3, p. 82-122.

GUERREIRO, J. V.; BRANCO, M. A. F. Dos pactos políticos à política dos pactos na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1689-1698, mar. 2011.

HOWLETT, M.; RAMESH, M.; PERL, A. **Política pública: seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integral**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. 328 p.

IIZUKA, E. S. A política de cotas nas universidades brasileiras: como ela chegou à agenda de políticas públicas? In: ENCONTRO DE PESQUISADORES EM GRETÃO SOCIAL, 2., 2006, São Paulo. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2006. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnAPG/enapg_2006/2006_ENAPG398.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2015.

IIZUKA, E. S. O fluxo de ações e o processo decisório na política pública local: um estudo de caso na creche noturna em Laranjal Paulista-SP. **Pensamento & Realidade**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 103-123, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E PESQUISA. **Lavras Minas Gerais- MG Histórico**. Disponível em:

<<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/dtbs/minasgerais/lavras.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2015a.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de Informações Básicas Municipais – Munic**: 2014. Brasília, 2015b. Disponível em:

<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/2014/default.shtml>>. Acesso em: 29 set. 2015.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Políticas sociais: acompanhamento e análise**. Brasília, 2008. 309 p. (IPEA, n. 15). Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/politicas_sociais/16_completo15.pdf>. Acesso em: 30 set. 2015.

INSTITUTO SUL-AMERICANO DE POLÍTICA E ESTRATÉGIA.

Capacidade estatal: democracia e poder na era digital. **Debate**, n. 3, nov. 2012.

Disponível em: <www.isape.org.br/index.php/publicacao/download/115>.

Acesso em: 03 nov. 2015.

JUNQUEIRA L. A. P. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 25-36, jan./abr. 2004.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003. 297 p.

LASSANCE, A. Federalismo no Brasil: trajetória institucional e alternativas para um novo patamar de construção do estado. In: LINHARES, P. T. F.; MENDES, C. C. M.; LASSANCE, A. (Org.). **Federalismo à brasileira: questões para discussão**. Brasília: IPEA, 2012. v. 8, cap. 1, p. 23-35. (Diálogos para o Desenvolvimento).

LAVRAS. **A cidade**: histórico: site institucional. Disponível em:

<http://www.lavras.mg.gov.br/?page_id=39>. Acesso em: 16 set. 2015a.

LAVRAS. **Lei complementar nº 089**, de 29 de novembro de 2006. Dispõe sobre a organização e a estrutura da administração pública do poder executivo municipal de Lavras-MG, e dá outras providências. Lavras, 2006. 23 p.

LAVRAS. **Lei complementar nº. 210**, de 29, de agosto de 2011. Altera a lei complementar nº 095, de 18 de dezembro de 2006, que dispõe sobre o plano de cargos, carreiras e vencimentos dos servidores da administração pública de Lavras, e dá outras providências. Lavras, 2011a. 18 f.

LAVRAS. **Lei complementar nº 300**, de 15 de abril de 2013. Dispõe sobre a organização e a estrutura da administração pública do poder executivo municipal de Lavras-MG, e dá outras providências. Lavras, 2013a. 35 p.

LAVRAS. **Lei complementar nº. 317**, de 09 de dezembro de 2013. Altera a lei complementar nº 300, de 15.04.2013, que dispõe sobre estrutura administrativa da administração pública do município de Lavras, e dá outras providências. Lavras, 2013b. 2 f.

LAVRAS. **Lei municipal nº 1.865**, de 20, de agosto de 1991. Define funções e composição do Conselho Municipal de Saúde do Município de Lavras, criado pelo art. 168, § 2º da Lei Orgânica Municipal, e dá outras providências. Lavras, 1991. 4 f.

LAVRAS. **Lei municipal nº 2.810**, de 19 de novembro de 2002. Dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender à necessidade temporária de excepcional interesse público, nos termos do inciso IX do art. 37 da Constituição Federal, e dá outras providências. Lavras, 2002. 7 f.

LAVRAS. **Lei municipal nº 3.711**, de 07 de outubro de 2010. Dispõe sobre as diretrizes orçamentárias do município de Lavras, para o exercício de 2011, e dá outras providências. Lavras, 2010. 27 p.

LAVRAS. **Lei municipal nº 3.787**, de 30 de setembro de 2011. Dispõe sobre as diretrizes orçamentárias do município de Lavras, para o exercício de 2012, e dá outras providências. Lavras, 2011b. 60 p.

LAVRAS. **Lei municipal nº 4.104**, de 28 de maio de 2014. Autoriza o município a instituir a tabela complementar municipal do sistema de internações hospitalares – SIH/SUS, a celebrar convênio com prestadores na área da saúde, e dá outras providências. Lavras, 2014a. 2 f.

LAVRAS. **Lei nº 3.940**, de 10 de maio de 2013. Autoriza o município de lavras a participar do consórcio intermunicipal de saúde dos municípios da microrregião de lavras (cislav), e dá outras providências. Disponível em: <<http://187.60.128.132:8082/portalcidadao/#075f539f0b7223f116d2c85c4ce1b1752fccb0db1fd92284312b33310fb199ef6050e9373e0f36365cbb7737a0e49e582e657146a648fd13d54aa9e4338df879e807578fb1eeafd765e874467325cce90d9d9437190b0f651b32c2d49f9f0f44ee29c526357abb9157e34e9b8b5ca623459ab5b5bc5166b5dcda33b5639d16fb8>>. Acesso em: 12 nov. 2015b.

LAVRAS. **Lei nº 4.049**, de 10 de fev. de 2014. Institui o programa de incentivo para a melhoria da atenção básica e cria gratificação para os profissionais de saúde da Atenção Básica e dá outras providências. Lavras, 2014b. 2 p.

LAVRAS. **Lei nº 4.071**, de 28 de mar. de 2014. Institui o programa de incentivo para a melhoria da atenção básica e cria gratificação para os profissionais de saúde da Atenção Básica e dá outras providências. Lavras, 2014c. 3 f.

LAVRAS. **Lei Orgânica do município de Lavras/MG**. Disponível em: <camaralavras.mg.gov.br/arquivo/down.php?file=Lei%20organica.pdf>. Acesso em: 12 out. 2015c.

LIMA, L. D. et al . Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do pacto pela saúde no Brasil. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1903-1914, jul. 2012.
LOBATO, L. Algumas considerações sobre a representação de interesses no processo de formulação de políticas públicas. In: SARAIVA, E.; FERRAREZI, E. (Org.). **Políticas públicas**: introdução á teoria da política pública. Brasília: ENAP, 2006. v. 1, cap. 4, p. 289-309.

LOTTA, G. S.; GONÇALVES, R.; BITELMAN, M. A Coordenação federativa de políticas públicas: uma análise das políticas brasileiras nas últimas décadas.

Cadernos Gestão Pública e Cidadania, São Paulo, v. 19, n. 64, p. 2-18, jan./jun. 2014.

LOTTA, G. O papel das burocracias do nível da rua na implementação de políticas públicas: entre o controle e a discricionariedade. In: FARIA, C. A (Org.). **Implementação de políticas públicas: teoria e prática**. Belo Horizonte: PUC- Minas, 2012. cap. 1, p. 20-49.

LOUREIRO, M. R.; MACÁRIO, V.; GUERRA, P. H. Democracia, arenas decisórias e políticas públicas: o Programa Minha Casa Minha Vida. In: GOMIDE, A. A.; PIRES, R. R. C. **Capacidades estatais e democracia: arranjos institucionais de políticas públicas**. Brasília: IPEA, 2014. cap. 5, p. 113-136.

MAFRA, L. A. S. Gestão de políticas sociais: a importância das articulações institucionais e setoriais em programas de segurança alimentar e nutricional. **Cadernos EBAPE. BR**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 34-39, mar. 2009.

MAGALHÃES, J. L. Q. **Poder municipal: paradigmas para o estado constitucional brasileiro**. Belo Horizonte: Del Rey, 1997. 232 p.

MAGALHÃES, J. L. Q. Poder municipal: uma alternativa democrática. **Revista Brasileira de Direito Municipal–RBDM**, Belo Horizonte, v. 5, n. 11, jan./mar. 2004. Disponível em: <http://bdjur.stj.jus.br/jspui/bitstream/2011/33982/poder_municipal_alternativa_magalhaes.pdf>. Acesso em: 09 fev. 2015.

MARSHALL, T. H. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro: Zahar, 1967. 114 p.

MATIJASC, M. **Política social brasileira: conquistas e desafios**. Brasília: IPEA: 2015. 40 p. (Texto para discussão, n. 2062).

MENDES, C. C.; MONTEIRO NETO, A. **Planejamento, instrumentos e resultados**: avaliação da compatibilidade de políticas para o desenvolvimento do Nordeste. Brasília: IPEA, 2011. 48 p. (Texto para discussão, n. 1.633).

MENDES, G.; BRANCO, P. G. G. **Curso de direito constitucional**. 9. ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2014. 1616 p.

MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Saúde. **Municípios habilitados em gestão plena do sistema**. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/municipios_gestao_plenagpsm.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2015.

NOGUEIRA, R. P. A progressão do caráter federativo das relações institucionais no SUS. In: LINHARES, P. D. T. F.; MENDES, C. C.; LASSANCE, A. (Org.). **Federalismo à brasileira**: questões para discussão. Brasília: IPEA, 2012. v. 8, cap. 3 p. 55-57. (Diálogos para o Desenvolvimento).

OLIVEIRA, J. A. P. Desafios do planejamento em políticas públicas: diferentes visões e práticas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 1, p. 273-288, mar/abr. 2006.

PAES DE PAULA, A. P. Administração pública brasileira entre o gerencialismo e a gestão social. **Revista de Administração Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 36-49, jan./mar. 2005.

PALOTTI, P. L. D. M.; MACHADO, J. A. Coordenação federativa e a armadilha da decisão conjunta: as comissões de articulação intergovernamental das políticas sociais no Brasil.” **Dados**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 2, p. 399- 441, abr./jun. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/dados/v57n2/a05v57n2.pdf>>. Acesso em: 05 jun. 2015.

PAPI, L. P. Relações federativas: como impactam os projetos políticos do governo federal na política pública de assistência social municipal. In: ENCONTRO INTERNACIONAL PARTICIPAÇÃO, DEMOCRACIA E

POLÍTICAS PÚBLICAS: APROXIMANDO AGENDAS E AGENTES, 2013, Araraquara. **Anais...** Porto Alegre: UFRGS, 2013. Disponível em: <<http://www.fclar.unesp.br/Home/Pesquisa/GruposdePesquisa/participacaodemocraciaepoliticaspUBLICAS/encontrosinternacionais/pdf-st09-trab-aceito-0464-12.pdf>>. Acesso em: 31 maio 2014.

PIERSON, P. Fragmented welfare states: federal institutions and the development of social policy. *Governance-an International **International Journal of Policy and Administration***, Hoboken, v. 8, n. 4, p. 449-478, Oct. 1995.

PRADO, S. **Transferências fiscais e financiamento municipal no Brasil**. São Paulo: Ebap/Fundação Konrad Adenauer, 2001. 102 p. (Relatório de Pesquisa).

PRUD'HOMME, R. The dangers of decentralization. **World Bank Observer**, Oxford, v. 10, n. 2, p. 201-220, Aug.1995.

RODRIGUES, G. Democracia e partidos políticos: os gastos públicos municipais como instrumento de análise político-ideológica. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHÉ, M.; MARQUES, E. (Org.) **Políticas públicas no Brasil**. 3. reimp. Rio de Janeiro: Fiocruz: 2007. p. 275-299.

SANTIN, J. R.; FLORES, D. H. A evolução histórica do município no federalismo brasileiro, o poder local e o estatuto da cidade. **Revista Justiça do Direito**, Passo Fundo, v. 20 n. 1, p. 56-69, 2006.

SANTOS, A. M. S. P. Descentralização e autonomia municipal: análise das transformações institucionais no federalismo brasileiro. **Geo UERJ**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 23, p. 1-28, 2012. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/geouerj>>. Acesso em: 15 nov. 2014.

SCHNEIDER, A. **Who gets what from whom? The impact of decentralisation on tax capacity and pro-poor policy**. Brighton: Institute of Development Studies, 2003. 48 p. (IDS Working Paper, 179).

SILVA, J. A. **Curso de direito constitucional positivo**. 19. ed. rev. e atual. São Paulo: Malheiros, 2001. 878 p.

SOUZA, C. **Capacidade burocrática no Brasil e na Argentina**: quando a política faz a diferença. Brasília: IPEA, 2015. 73 p. (Texto para discussão, n. 2035).

SOUZA, C. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Org.). **Políticas públicas no Brasil**. 3. ed. reimp. Rio de Janeiro: Fiocruz: 2007. p. 65-86.

SOUZA, C. Governos locais e gestão de políticas sociais universais. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 27-41, jun. 2004.

SOUZA, C. **Modernização e democratização do estado**: gestão e ações integradas de promoção e garantia de direitos. Belo Horizonte: UFMG-Cedeplar, 2010. 41 p. Relatório de Pesquisa. Disponível em: <<https://www.cedeplar.ufmg.br/pesquisas/pis/Estudo%2003.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2015.

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

SOUZA, C. Reinventando o poder local: limites e possibilidades do federalismo e da descentralização. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 103-112, 1996.

STEIN, G. Q. Capacidades estatais e políticas públicas: análise das políticas industriais brasileiras no século XXI. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE CIÊNCIA POLÍTICA, 1., 2015, Porto Alegre. **Anais...** Porto Alegre: UFRGS, 2015. p. 79-104. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/sicp/wp-content/uploads/2015/09/Stein_Capacidades-Estatais-e-Pol%C3%ADticas-P%C3%BAblicas_SICP_2015-1.pdf>. Acesso em 23 out. 2015.

SUBRATS, J. Definición del problema. Relevância pública y formación de La agenda de actuación de los poderes públicos. In: SARAIVA, E.; FERRAREZZI, E. (Org.). **Políticas públicas**. Brasília: ENAP, 2006. cap. 3, p. 199-218.

TEIXEIRA, S. M. F. et al. Municipalização da saúde e poder local: impactos da descentralização sobre as relações estado/sociedade. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 33., 2009, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 2009. Disponível em: <www.anpad.org.br/admin/pdf/APS2337.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015.

TENÓRIO, F. G. (Re)visitando o conceito de gestão social. In: SILVA JÚNIOR, J. T. S. et al. **Gestão social: práticas em debate, teorias em construção**. Fortaleza: UFC, 2008. p. 37-59.

THOMAZ, A. R.; CUNHA, B. S. T. Análise das competências constitucionais em face da distribuição dos recursos entre entes federados e a necessidade de revisão do pacto federativo. **Revista Brasileira de Direito Municipal**, Belo Horizonte, v. 15, n. 51, p. 29-44, jan./mar. 2014.

TREISMAN, D. **The architecture of government: rethinking political decentralization**. New York: Cambridge University Press, 2007. 348 p.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010. 290 p.

ZIMBRÃO, A. Políticas e relações federativas: o Sistema Nacional de Cultura como arranjo institucional de coordenação e cooperação intergovernamental. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 31-58 jan./mar. 2013.