

**FORÇA ESTADUAL DE SAÚDE DO MARANHÃO (FESMA): POSSIBILIDADE
DE POLÍTICA COORDENATIVA PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Gabriel Rodrigues Mardegan

Universidade de São Paulo
Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas (FFLCH)
Departamento de Ciência Política

Trabalho preparado para apresentação no XIII Seminário Discente da Pós-Graduação em
Ciência Política da USP, de 25 a 29 de setembro de 2023

Resumo

Este artigo aborda uma política estadual do governo do Maranhão para o desenvolvimento da atenção primária em saúde, a Força Estadual de Saúde do Maranhão (FESMA). A proposta central da política é apoiar os municípios no fortalecimento da saúde, através da formação e distribuição de equipes multiprofissionais pelo território, que realizam atendimentos e fornecem suporte para as gestões locais. Como se trata de um componente do Sistema Único de Saúde predominantemente municipal, busca-se discutir as possibilidades e inovações envolvidas em um programa que propõe uma participação mais proativa da esfera estadual na atenção básica, com enfoque nas relações interfederativas envolvidas. Resultados preliminares reforçam o diferencial da atuação coordenativa dos governos estaduais para a efetivação de políticas públicas, sobretudo em um programa capilarizado como a FESMA.

Introdução ao tema

A atenção básica em saúde (também denominada atenção primária à saúde, ou APS) é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se do componente do sistema mais descentralizado e capilarizado, funcionando como porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. É também o responsável por atender e resolver a maioria das necessidades de saúde da população. Portanto, configura-se como uma política estratégica e prioritária para a implementação, expansão e qualificação do SUS (BRASIL, 2012).

Grande parte das responsabilidades da APS recai principalmente sobre os municípios, que devem executar a política através das unidades básicas de saúde e outros serviços correlatos. O governo federal, por sua vez, é responsável pela elaboração do desenho da política nacional, e por suas transferências. Os governos estaduais também têm a atribuição de coordenação e acompanhamento da política. Entretanto, esses últimos acabam exercendo um papel secundário, focando suas ações de saúde em demandas de atenção secundária ou terciária (hospitais, exames complexos e consultas com especialistas).

Em face desse breve panorama e dada a relevância da APS para a estruturação e efetivação do SUS, este artigo tem como objetivo descrever e realizar uma análise exploratória acerca de um programa estadual do Maranhão que pressupõe uma atuação mais propositiva dessa esfera de governo nas políticas locais de saúde, ou seja, na atenção primária à saúde. Trata-se da Força Estadual de Saúde do Maranhão (FESMA), criada no primeiro ano da gestão Flávio Dino (2015-2022). A FESMA é composta por equipes de saúde multiprofissionais que são distribuídas pelo território maranhense, de acordo com as demandas de saúde de cada região. O objetivo desse programa é prestar assistência aos municípios, e fortalecer a atenção básica no estado, buscando a qualificação da rede e a melhora nos indicadores de saúde.

Apesar de contar com equipes capacitadas e multiprofissionais, não é objetivo da FESMA substituir as equipes de saúde locais no atendimento à população. Ações e atendimentos conjuntos estão previstos no escopo do programa, mas o objetivo principal dessas equipes é contribuir no alcance das metas de saúde, na capacitação dos profissionais locais, e no desenvolvimento da gestão dos municípios. Diante dessa política específica, a pergunta que orienta este artigo é: o que a FESMA revela sobre as possibilidades da esfera estadual nas políticas para a atenção primária em saúde e, de maneira mais ampla, o que pode revelar sobre a interface das relações interfederativas e produção de políticas públicas no Brasil?

Para abordar essas questões, o texto foi estruturado em cinco seções, além desta introdução e das considerações finais. Primeiramente, é apresentado um debate sobre o papel desempenhado por governos estaduais no Brasil, e como ainda se trata de uma lacuna de pesquisa na área de governança e federalismo. Em seguida, são abordadas as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica, com foco na divisão de competências entre níveis de governo. Na seção seguinte, é apresentado o programa que é objeto deste trabalho, a Força Estadual de Saúde. Na quarta etapa, a política é analisada a partir do conceito de governança multinível. Na quinta seção, são apresentadas possibilidades de operacionalização de pesquisa para o tema em questão.

O ente estadual: uma lacuna de pesquisa

Desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, muito se tem publicado sobre as relações intergovernamentais em sua interface com as políticas públicas. Todavia, a atuação dos estados na produção de políticas é um tema ainda pouco investigado (JACCOUD, 2023). Este trabalho se insere dentro de um contexto de recentes esforços em evidenciar as potencialidades desse ente intermediário, jogando luz em uma área, a APS, que é central para um dos mais robustos e exemplares sistemas nacionais de políticas públicas, o SUS.

Uma observação atenta às dinâmicas intergovernamentais estabelecidas por uma política diferenciada como a FESMA também permite aprofundar os debates acerca da relação variável entre centralização e federalismo apontada por Jaccoud (2023). Nesse aspecto, o surgimento de uma iniciativa como a FESMA pode ser lido como uma tentativa de reajustar uma excessiva descentralização a nível municipal, que acarretou dificuldades para uma estruturação e qualificação equânimes dos serviços básicos. Contudo, não parece ser o caso de uma tentativa de reversão do processo de centralização de responsabilidades, mas sim uma assunção mais assertiva e criativa, por parte do ente estadual, da função coordenativa, com vista justamente no fortalecimento dos governos locais (no caso, os municípios). Trata-se, portanto, de uma oportunidade para estudar uma particularidade dos estados que pode ser fundamental no desenvolvimento de políticas públicas: sua significativa capacidade de atuação na articulação e coordenação, tanto horizontal quanto vertical.

Ainda sobre processos de descentralização de políticas, Menicucci, Marques e Silveira (2017) avaliam que no setor da saúde o aparato institucional montado para esse propósito foi bem-sucedido, porém falhou em promover uma integração federativa que permitisse a regionalização da atenção e da maior cooperação entre os entes. As pesquisadoras apontam que a supervalorização dos municípios dificultou essa integração, além do não aproveitamento dos estados como instâncias de coordenação.

No processo de descentralização induzido pela Constituição vigente, uma atuação mais proativa e dinâmica dos entes estaduais, sobretudo em relação aos municípios, seria, portanto, um fator fundamental para a efetivação de direitos e políticas públicas. Como apontam Silva et al. (2023), por conta de sua autonomia para formular políticas próprias, os estados podem ser um agente decisivo para o êxito da implementação de políticas públicas

nacionais, mesmo com as atribuições difusas às quais muitas vezes são designados. Como veremos a frente, é justamente nesse aspecto difuso, sobretudo em políticas com competências comuns às três esferas de governo, que a inovação tem solo fértil para florescer. Certamente, essas possibilidades estão atreladas ao contexto de cada estado e região, em suas diversas facetas: políticas, econômicas, de herança institucional, capacidades estatais, dentre outras.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e as responsabilidades das esferas de governo

Como apontado por Segatto et al. (2023) em publicação recente do IPEA exclusiva para o debate sobre os estados, quanto menor a normatização federal, maior variação na atuação estadual, o que inclui ação e inação. A análise das diretrizes nacionais para o nível primário de atenção em saúde, apresentada a frente nesta seção, indica que o objeto de estudo reflete esse fenômeno. Entretanto, não se trata bem de uma normatização federal inexistente ou pequena para os governos estaduais. Como essa não é a área de maior responsabilidade direta para essa esfera governamental, as diretrizes são difusas e abrem possibilidade para uma diversidade de interpretações e ações.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é o documento norteador para a estruturação da atenção primária em saúde no Brasil. As últimas duas versões publicadas são de 2011 e 2017 (BRASIL, 2012; BRASIL, 2017), sendo a última alvo de críticas por movimentos sociais de saúde e pesquisadores da área, devido a excessiva flexibilização das diretrizes e também ao contexto em que foi aprovada (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018). Entretanto, o capítulo de responsabilidades e competências é muito similar em ambas as versões, e, portanto, serão analisados em conjunto.

Primeiramente, no tocante às responsabilidades comuns às três esferas de governo, é evidente o quanto a política foi desenhada para ser construída de maneira tripartite. É o artigo com o maior número de incisos e cujos verbos utilizados (contribuir, apoiar, estimular, por exemplo) indicam a necessidade de confluência e corresponsabilidade dos níveis de governo para a efetivação da política. Não se trata de artigos genéricos, pelo contrário: são bastante

abrangentes e tocam em questões específicas para o funcionamento da APS, como transporte e espaço físico dos serviços.

O artigo sobre competências da esfera federal, por sua vez, tem uma ênfase em dois aspectos principais: definição de diretrizes e financiamento. Apesar de serem ambas responsabilidades tripartites, é no Ministério da Saúde que essas questões têm uma primazia. Já as Secretarias Municipais de Saúde são as únicas cujas diretrizes contêm os verbos “organizar”, “executar” e “gerenciar”. Não à toa, é na esfera municipal que recai a competência de implementar as ações de atenção básica, garantindo o funcionamento das unidades, o atendimento à população, a contratação dos profissionais, dentre outras funções. É a linha de frente da política.

O componente estadual da política de atenção básica, foco deste trabalho, não tem nenhuma responsabilidade exclusiva. É também encarregado de participar do financiamento, assim como das discussões sobre normas e diretrizes. É notável a ênfase que se dá ao seu papel de articulação e coordenação, com destaque aos seguintes incisos:

III – ser corresponsável pelo monitoramento das ações de Atenção Básica nos municípios;

[...]

VII – prestar apoio institucional aos municípios no processo de implantação, acompanhamento e qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família;

VIII – definir estratégias de articulação com as gestões municipais, com vistas à institucionalização do monitoramento e avaliação da Atenção Básica;

IX – disponibilizar aos municípios instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de formação e educação permanente dos membros das equipes de gestão e de atenção. (BRASIL, 2017, p. 4).

Ou seja, a política nacional claramente reserva aos estados um papel de suporte aos municípios, mas não especifica a maneira como esse apoio deve ser realizado. A lei orgânica da saúde, Lei Federal 8080/90 (BRASIL, 1990) também coloca a direção estadual do SUS como apoiadora das prefeituras municipais.

O papel coordenativo do estado está, portanto, previsto na política nacional, porém por seu aspecto difuso, há variações na execução dessa competência e, no caso da FESMA, inovações. Retomando a discussão apresentada na seção anterior, esse papel coordenativo dos estados pode ser fundamental para a efetiva descentralização das políticas e serviços

públicos a nível municipal, uma vez que eles estão mais próximos dos municípios e da população atendida em comparação ao governo federal, tanto geograficamente quanto culturalmente.

É importante sublinhar que, apesar de não ter como foco a APS, é fundamental para os governos estaduais que ela funcione com qualidade e efetividade. Como se trata da porta de entrada do SUS e a responsável pela resolução da maioria das demandas sanitárias da população, caso esse nível de atenção tenha dificuldades em cumprir com suas funções, maiores serão as demandas que recairão sobre a média e alta complexidade, sendo essas responsabilidades diretas dos estados e mais custosas para o governo do que a atenção primária em saúde, pois envolvem contratação de especialistas, implementação de leitos, e aquisição de mais insumos.

Histórico e análise da política FESMA

Como apontado acima, o presente estudo aborda duas lacunas de pesquisa: governos estaduais e, mais especificamente, o papel dos estados na atenção básica. Devido a isso, há pouco material para comparação. Não obstante o caso do Ceará, são raras as publicações sobre inovações estaduais nas políticas públicas (SEGATTO, 2023). A própria FESMA ainda não foi abordada em publicações acadêmicas. Para a descrição e análise da política em questão, foram utilizados documentos públicos, notícias e material coletado em pesquisa de campo preliminar realizada no mês de setembro de 2021.

A Força Estadual de Saúde do Maranhão (FESMA) foi instituída no início da primeira gestão do governador Flávio Dino, em 2015, na época filiado ao PCdoB. Sua eleição marcou o fim de um longo ciclo de governos liderados por políticos ligados à família Sarney. O decreto de instituição da política, de número 30.616, de 02 de janeiro de 2015, define em seu primeiro artigo:

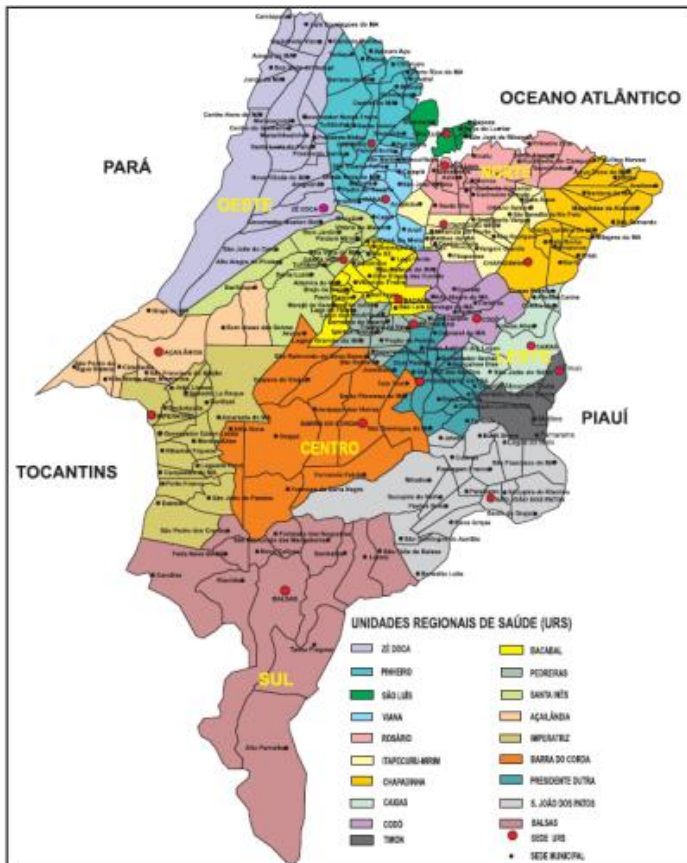
“Fica instituída a Força Estadual da Saúde do Maranhão (FESMA) como programa de cooperação voltado à execução de medidas de prevenção, assistência e enfrentamento a situações de risco epidemiológico” (MARANHÃO, 2015)

Nota-se que a força estadual já nasce como uma política de caráter cooperativo, mas com uma proposta de força-tarefa. Atualmente, é vinculada à Superintendência de Atenção Primária em Saúde, da Secretaria de Saúde do Estado. Tem como prioridade de atuação o enfrentamento da mortalidade infantil e materna, acompanhamento da hipertensão e suas alterações, da diabetes e suas complicações e controle da hanseníase. Ou seja, indicadores epidemiológicos centrais para a atenção básica em saúde.

Ao longo dos oito anos de existência, o programa já passou por diferentes configurações. Inicialmente, integrou uma política estadual mais ampla denominada “Mais IDH”, que buscava intensificar ações nos 30 municípios de menor IDH (índice de desenvolvimento humano) do estado. Essa política funcionava como um “guarda-chuva”, congregando iniciativas de diferentes setores, e a FESMA participou através da alocação de uma equipe multiprofissional para cada um dos 30 municípios. Portanto, em seu princípio, o desenho e a proposta do programa foram condicionados a uma outra política estadual de ação intensiva sobre territórios maranhenses específicos.

Já na segunda gestão do governo Flávio Dino, o programa foi redesenhado, e as equipes passaram a ficar sediadas nas regionais de saúde do estado, prestando assistência aos municípios adstritos. Nessa configuração, que permanece até o momento de escrita deste artigo, todas as regiões do estado são cobertas pela força estadual que, por tabela, é também virtualmente responsável por todos os 217 municípios do Maranhão. A Figura 1, abaixo, representa um mapa do estado com destaque para suas 19 unidades regionais de saúde. Recentemente, foram criadas equipes temáticas dentro da política, como é o caso da “FESMA Quilombola”, em integração com Secretaria de Estado Extraordinária de Igualdade Racial (SEIR).

Figura 1: Mapa do estado do Maranhão com suas unidades regionais de saúde



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Maranhão

A força-estadual é composta por cerca de 80 profissionais de diferentes categorias: médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, dentistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais. Esses profissionais são distribuídos em equipes que, por sua vez, são alocadas nas regionais de saúde. Cada equipe conta, ainda, com um motorista e um carro para uso exclusivo. Como o Maranhão ainda é um estado que possui uma porcentagem alta de população rural, com muitos distritos e povoados recônditos, a questão de locomoção é um fator chave para o êxito das ações da equipe e para o acesso à saúde das

populações-alvo do programa. Desde a sua criação, já foram realizados mais de um milhão de atendimentos (dados de 2020).¹

Além das unidades regionais de saúde e das comunidades atendidas pelas linhas temáticas, as equipes também podem ser deslocadas para atender territórios com demandas pontuais ou específicas. A atuação não fica limitada a municípios pequenos e/ou vulneráveis, e bairros de grandes cidades como São Luís e Imperatriz, os municípios mais populosos do estado, também são assistidos. Também são alocadas de acordo os indicadores de cada regional de saúde, como incidência de hanseníase, e taxas de mortalidade materna e infantil. A proposta é de que essas equipes trabalhem de modo integrado às direções municipais do SUS, prestando apoio às prefeituras e suas secretarias de saúde. Por desempenhar também papel de equipe de escuta territorial, a FESMA pode ser caracterizada como instrumento privilegiado de vigilância sanitária e também de vigilância de outras demandas sociais.

As equipes da FESMA atuam junto aos territórios das populações assistidas, principalmente através de atendimentos domiciliares, mas também em igrejas, escolas e associações comunitárias que servem como bases temporárias. Ou seja, seguem uma metodologia itinerante e não estão vinculadas a equipamentos de saúde específicos. Uma das ações mais comuns da Força é a parametrização assistencial, método para identificar quais são os pacientes de risco e/ou os mais vulneráveis. O público prioritário da FESMA são hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças menores de um ano e portadores de hanseníase. Além dessas ações assistenciais, a FESMA também tem uma proposta de capacitação dos profissionais locais, para que haja de fato o fortalecimento da atenção básica nas regiões atendidas, garantindo a longitudinalidade do acompanhamento, impactando nas práticas e na cultura profissional.

A FESMA é uma política notadamente interssetorial e transversal, atuando junto a diferentes órgãos e campanhas, e está integrada a outros projetos da gestão estadual, junto a iniciativas como Farmácia Viva (orientação e capacitação quanto ao uso de plantas

¹ <https://www.saude.ma.gov.br/destaques/governo-lanca-guia-de-atuacao-da-equipe-multiprofissional-da-fesma/#:~:text=Governo%20lança%20Guia%20de%20Atuação%20da%20Equipe%20Multiprofissional%20da%20Fesma,-10%20de%20junho&text=O%20Governo%20do%20Estado%2C%20por,na%20abordagem%20integral%20em%20saúde>. Acesso em 29 de jul. de 2023.

medicinais), Maranhão Quilombola, campanhas de vacinação, apoio na atualização e alimentação do sistema de informação e-SUS AB². Além disso, seus profissionais incentivam e dão suporte à realização de conferências municipais de saúde, promovem atividades em escolas e outras ações de saúde ampliadas, como eventos de dança e música, PICS (Práticas Integrativas e Complementares em Saúde) e rodas de conversa temáticas.

É possível verificar como a FESMA, por seu modelo flexível de atuação e por sua distribuição capilarizada, tem um potencial, enquanto política pública, de agir transversalmente para cumprir certas diretrizes difusas da PNAB, tanto das responsabilidades tripartites, quanto das responsabilidades específicas do componente estadual. Por exemplo, assegurar acesso à saúde, planejar atividades nos territórios, criar estratégias visando a integralidade, estimular e promover a qualificação dos profissionais locais, entre outras tarefas.

O uso do conceito de governança multinível para ampliação de análise da política

Apresentada a proposta da política, é possível expandir sua análise através da apreciação das relações que ela estabelece, tanto entre esferas de governo, quanto com atores não-estatais, formais e informais. Como a pesquisa a qual se vincula este trabalho se encontra em fase inicial de coleta de dados, a abordagem a ser realizada é de caráter exploratório, levantando as possíveis redes de interação da política, com breve caracterização dos agentes, dos arranjos institucionais estabelecidos, e apontando possíveis contradições e limites do programa.

O conceito de governança multinível pode enriquecer substancialmente a análise de uma política como a FESMA. Segundo Bichir et al. (2023), governança multinível é um conceito que busca compreender a produção de políticas públicas através de suas transformações e das interações dos atores envolvidos e interessados. Esse enfoque pode ser

² <https://www.saude.ma.gov.br/destaques/governo-lanca-guia-de-atuacao-da-equipe-multiprofissional-da-fesma/#:~:text=Governo%20lança%20Guia%20de%20Atuação%20da%20Equipe%20Multiprofissional%20da%20Fesma,-10%20de%20junho&text=O%20Governo%20do%20Estado%2C%20por,na%20abordagem%20integral%20em%20saúde>. Acesso em 29 de jul. de 2023.

sistematizado em dois eixos: o vertical se refere aos tipos e ritmos de descentralização de autonomia decisória, e o horizontal se refere à presença e influência de diversos atores que influenciam essa construção. De certo modo, ele se complementa ao debate nacional sobre coordenação federativa de políticas sociais, porém dá ênfase ao caráter processual e dinâmico das políticas, para além de uma compreensão restrita ao desenho federativo e suas respectivas responsabilizações.

Na política estadual estudada, o eixo vertical se refere sobretudo às relações intergovernamentais. Como se trata de uma política eminentemente coordenativa, a própria construção da política já configura a estruturação desse eixo de análise. Entretanto, pensando em termos de processo de construção de política, algumas questões são suscitadas no tocante aos arranjos institucionais. Apesar da distribuição das equipes seguir um critério definido, tanto no primeiro momento da política através do programa “Mais IDH”, quanto na segunda etapa através das regionais de saúde, uma questão fundamental a ser investigada é como se estabelecem de fato as parcerias entre FESMA e municípios atendidos. Como as questões partidárias (*politics*) locais influenciam a presença do programa? Como são oficializadas essas parcerias, e quais os atores locais que se responsabilizam pela recepção e diálogo com as equipes? A Comissão Intergestores Bipartite (CIB) é uma arena de debate, deliberação e aprimoramento dessa política? Compreender essas e outras nuances das interações estado-município é de alta relevância para uma análise robusta dos limites e possibilidades da força estadual.

Ainda sobre o eixo vertical, seria interessante uma investigação sobre possíveis conexões com governo federal, com enfoque em processos de difusão da política. No que se refere à origem do programa, é pertinente pesquisar se ela se deu através de uma influência de políticas e/ou quadros federais, ou por outros processos próprios da equipe estadual. O mesmo vale para o inverso: depois de oito anos da instituição do programa, seus atores conseguiram algum tipo de influência em Brasília? Essa mesma questão da difusão pode ser abordada em relação a interações horizontais entre os estados. Uma vez que a FESMA apresente bons resultados e certa visibilidade para além do Maranhão, como outros estados da federação foram instigados a criar programas semelhantes?

Apesar do foco nas relações interfederativas, o eixo horizontal de análise também possibilita uma ampliação da compreensão das dinâmicas que influenciam a política. Em relação aos atores não-estatais, é mister investigar as possíveis contradições que se configuram entre os grupos empresariais agrários e as comunidades rurais do estado, sobretudo tradicionais (como quilombos). O Maranhão passou por um processo de significativo crescimento econômico nos últimos anos, com um peso considerável do setor agrário (LIMA, 2018). Esse mesmo crescimento que permite um fortalecimento do orçamento estadual, custeando políticas sociais como a FESMA, é também causa de muitos conflitos no campo, inclusive em comunidades atendidas pelo programa. Conflitos que abalam a própria saúde, em sentido amplo, dos habitantes desses povoados. Nesse mesmo aspecto, se torna válida uma pesquisa de como esses conflitos se refletem dentro e entre as secretarias do estado, como a Secretaria de Igualdade Racial e a Secretaria de Agricultura e Pecuária.

Abordando a FESMA: maneiras de operacionalizar a pesquisa

Para além da descrição de uma política inovadora como a FESMA, uma análise mais ampla pode e deve envolver metodologias que permitam a operacionalização da pergunta de pesquisa, de modo que as conclusões alcançadas sejam sólidas. Nesta penúltima seção do artigo, são apresentadas brevemente duas possibilidades de abordar os dados referentes ao programa.

Como se trata de uma pesquisa da área da saúde, o referencial teórico e metodológico da epidemiologia pode apoiar na avaliação da política. Como o que se pretende avaliar é o êxito da política em sua proposta de coordenação da APS dos municípios, uma abordagem quantitativa pode analisar os indicadores de saúde ligados à atenção básica nos municípios atendidos pela política, quais sejam: mortalidade materna, mortalidade infantil, acompanhamento de diabéticos e/ou hipertensos, percentual de crianças vacinadas, dentre outros.

Além de uma análise diacrônica da evolução dos municípios atendidos, outra abordagem possível seria comparar municípios que efetivaram intensas parcerias com a

força-tarefa, e municípios de perfil similar que não foram contemplados pelo programa. É o caso da etapa do “Mais IDH”: 30 municípios de perfil bastante semelhante, que poderiam ser comparados com os municípios subsequentes na tabela do índice de desenvolvimento humano do Maranhão. É preciso, entretanto, ressaltar que todas essas análises dependem fundamentalmente da disponibilidade e da qualidade dos dados referentes ao programa e aos municípios parceiros.

O trabalho de Menicucci, Marques e Silveira (2017) sobre o programa Pacto pela Saúde serve como bom exemplo de abordagem quantitativa no setor da saúde, tanto na perspectiva diacrônica quanto comparativa. O estudo também se debruça sobre possíveis influências de fatores exógenos à saúde, com utilização de modelos de regressão linear. Inclusive, o Pacto nasceu focado no aprimoramento de mecanismos de gestão compartilhada entre os entes federativos, apesar dessa proposta original ter sido esvaziada ao longo do programa, o que reforça a importância de políticas inovadoras que fortaleçam a cooperação os níveis de governo.

Uma outra abordagem pertinente para análise da política é o QCA (*Qualitative Comparative Analysis*), uma metodologia qualitativa, mas que também pode envolver parâmetros quantitativos. Como o nome sugere, o foco se estabelece nas configurações das condições do fenômeno estudado, sendo que essas condições podem ser suficientes e/ou necessárias para o desfecho esperado. Ele garante mais flexibilidade e mais profundidade do que uma metodologia puramente quantitativa, ao mesmo tempo que oportuniza uma comparação entre um maior número de casos do que seria possível em análise qualitativa convencional (Mello, 2021).

Numa política coordenativa como a FESMA, pode-se aplicar o QCA, por exemplo, a partir do levantamento de algumas condições que levariam ao êxito do programa. Tanto essas condições, quanto o “êxito” devem ser fundamentados com base na literatura sobre o tema. Por exemplo: o êxito poderia ser considerado a melhora de alguns índices referentes à APS, mencionados anteriormente. E as condições podem testar as mais diversas hipóteses, quais sejam: coalizões políticas municipais em consonância com governo estadual; número de movimentos sociais da região; número de reuniões entre as equipes do programa e as gestões municipais.

Devido à complexidade das abordagens acima, é imprescindível que se opte por uma das metodologias. Independentemente do método de operacionalização utilizado, é importante que se consiga investigar de maneira sistemática os efeitos dessa política estadual. Só assim será possível analisar com maior propriedade o seu grau de inovação e de impacto, dando subsídios para possíveis melhorias, revisões e até mesmo para sua difusão a outros entes federativos, e também para o aproveitamento de suas práticas no aprimoramento de políticas de outros setores.

Conclusões

O presente trabalho reforça a hipótese de que os estados podem exercer um papel fundamental em relação aos municípios quando o tema é aprimoramento de políticas públicas, sobretudo na promoção ativa de direitos sociais. Apesar de muitas vezes não serem responsáveis diretos pela execução de determinadas políticas, podem ser atores estratégicos na coordenação da oferta realizada pelos municípios, inclusive diminuindo desigualdades inter e intraestaduais. Uma iniciativa como a FESMA é um argumento sólido nessa direção, mas como aponta Segatto *et al.* (2023) a variação das ações (ou inações) dos estados ainda carece de investigações sistemáticas e comparativas. A própria política em análise neste trabalho reflete a falta de artigos acadêmicos que abordem a temática. Ressalta-se uma dupla lacuna de pesquisa: governos estaduais e, mais especificamente, presença dos governos estaduais nas políticas de atenção primária à saúde.

Outro aspecto a ser explorado em investigações futuras diz respeito à difusão dessa política, tanto vertical, para o governo federal, quanto horizontalmente, para outros estados do país. Se de fato trata-se de uma política inovadora, que tem capacidade de impactar positivamente um setor nevrálgico para o SUS, a tendência é que os outros estados repliquem iniciativas similares. Contudo, isso demandaria compreender como se dá a circulação de atores ligados à FESMA, e seu poder de influência.

Certamente há intersecções entre esse programa com outros, como por exemplo, o Mais Médicos, relançado recentemente, além de outras iniciativas históricas do Estado brasileiro para a interiorização da saúde pública, como o SESP, sigla para Serviço Especial

de Saúde Pública (COSTA, 2018). Entretanto, por sua particularidade de ser uma política intrinsecamente federalista, a FESMA transcende o simples provimento de recursos humanos, a partir de sua proposta de qualificação das redes de saúde. Apesar do nome de “força estadual”, também extrapola simples função de força-tarefa que atua de maneira focalizada, em situações de emergência, buscando uma melhoria perene nos sistemas de saúde.

Para além das atividades assistenciais, o cerne inovador do programa reside na capacidade de capilarização de agentes estaduais em contato direto e constante com a realidade dos municípios, possibilitando ações de escuta territorial. Em um estado com grande extensão, precária infraestrutura e, por consequência, dificuldades de deslocamento e conexão, uma política com essa configuração se torna uma novidade para a organização da burocracia estadual, extrapolando o setor saúde.

Referências

BICHIR, R. M. et al. Governança multinível de políticas sociais: a assistência social em metrópoles. **Brazilian Political Science Review**, 2023. No prelo.

BRASIL. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, set. 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Editora MS, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 21 set. 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 23 jul. 2023.

COSTA, E. A. **1967: um mergulho no Amazonas**: em busca da medicina pública para o Brasil. Barueri: Novo Século Editora, 2018. 407 p.

JACCOUD, L. Prefácio. In: PALOTTI et al. (Org.) **E os Estados?** Federalismo, relações intergovernamentais e políticas públicas no Brasil contemporâneo. Rio de Janeiro: IPEA, 2023. P. 13-15.

LIMA, F. Sudeste fecha 2017 no negativo como lanterninha da recuperação. **Folha de S.Paulo**, São Paulo, 10 mar. de 2018. Disponível em: <
<https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2018/03/sudeste-fecha-2017-no-negativo-como-lanterninha-da-recuperacao.shtml>>. Acesso em: 31 de jul. 2023.

MARANHÃO. Decreto n. 30.616, de 02 de jan. de 2015. Institui a Força Estadual da Saúde do Maranhão - FESMA, e dá outras providências. Maranhão, jan. 1990.

MELLO, P. A. Qualitative comparative analysis: An introduction to research design and application. Georgetown University Press, 2021.

MENICUCCI, T. M. G.; MARQUES, A. M. F.; SILVEIRA, G. A. O desempenho dos municípios no Pacto pela Saúde no âmbito das relações federativas do Sistema Único de Saúde. **Saúde e Sociedade**., São Paulo, 26 (2), p. 348-366, 2017.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o sistema único de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan. 2018.

SEGATTO, C. I. et al. Conclusões e proposições para uma agenda de pesquisa sobre o papel dos estados na federação brasileira. In: PALOTTI et al. (Org.) **E os Estados?**

Federalismo, relações intergovernamentais e políticas públicas no Brasil contemporâneo. Rio de Janeiro: IPEA, 2023. P. 751-771.

SILVA, A. L. N. et al. Os estados nas diferentes agendas de pesquisa e panorama geral dos achados no livro. In: PALOTTI et al. (Org.) **E os Estados?** Federalismo, relações intergovernamentais e políticas públicas no Brasil contemporâneo. Rio de Janeiro: IPEA, 2023. P. 17-40.