FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
Doutorado em Saúde Pública

FIOCRUZ

TEREZA MACIEL LYRA

A Política de Saúde Ambiental do Recife, em 2001 e 2002: uma análise a partir do Programa de Saúde Ambiental

RECIFE
2009

Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

Tereza Maciel Lyra

A Política de Saúde Ambiental do Recife, em 2001 e 2002: uma análise a partir do Programa de Saúde Ambiental

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz ,como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Orientador:

José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Júnior

Recife, 2009

Catalogação na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

---

L992p Lyra, Tereza Maciel.
A política de saúde ambiental do Recife em 2001 e 2002: uma análise a partir do Programa de Saúde Ambiental / Tereza Maciel Lyra. — Recife: T. M. Lyra, 2009.
300 f.: il., tab., graf.

Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2009.
Orientador: José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Júnior.

1. Políticas públicas de saúde. 2. Formulação de políticas. 3. Planos e programas de saúde. 4. Análise de projetos. 5. Avaliação de programas e projetos de saúde. 6. Política ambiental. 7. Programas governamentais. 8. Brasil. I. Araújo Júnior, José Luiz do Amaral Corrêa de. II. Título.

CDU 32:614

TEREZA MACIEL LYRA

A Política de Saúde Ambiental do Recife, em 2001 e 2002: uma análise a partir do Programa de Saúde Ambiental

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz ,como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Aprovada em: 03 de Julho de 2009

BANCA EXAMINADORA

_____

Dr. José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Júnior
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CpqAM/Fiocruz

_____

Dra. Luci Praciano
Departamento de Medicina Social – Centro de Ciências da Saúde/UFPE

_____

Dr. Antônio Carlos Gomes do Espírito Santo
Departamento de Medicina Social – Centro de Ciências da Saúde/UFPE

_____

Dra. Ide Dantas Gurgel
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CpqAM/Fiocruz

_____

Dr. Rômulo Maciel Filho
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CpqAM/Fiocruz

AGRADECIMENTOS

O longo caminho percorrido para conclusão de uma tese de doutorado é permeado de uma multiplicidade de sentimentos. Sentimento de satisfação e prazer pelas descobertas, de sofrimento pelas dificuldades enfrentadas e não raro de solidão. Vivi todos esses sentimentos. Em alguns momentos, intensa satisfação pelos novos conhecimentos adquiridos, de vivenciar a experiência do Programa de Doutorado Sanduíche, de compartilhar descobertas. Porém também vivenciei o lado doloroso. Seja pela saudade dos que aqui ficaram durante minha estadia em Leeds, seja pelas dificuldades que todos que já vivenciaram a experiência, bem conhecem. Entretanto, ao longo dessa jornada, foram muitos aqueles que me apoiaram e incentivaram. A eles, quero agradecer.

À Fundação Capes, pelo financiamento da Bolsa de Doutorado Sanduíche, realizada entre os meses de janeiro e agosto de 2008, momento de grande enriquecimento pessoal;

Aos colegas do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, antigos companheiros, novos compartilhamentos;

Aos colegas da Universidade de Pernambuco, pela liberação para realização do PDEE, e pela compreensão pela ausência em alguns momentos;

Aos amigos que estiveram ao meu lado durante toda essa jornada, e muito além dela. Temo citar alguns nominalmente, e não fazer justiça a todos, mas aqueles em quem confio e compartilho o afeto, bem o sabem. Foram e são amigos, no sentido completo do seu significado. Alguns amigos mais recentes, outros de longa data, porém todos tendo em comum a sinceridade, a compreensão e a cumplicidade, tão necessárias para definir a sentido de amizade;

A meu orientador e amigo, José Luiz, pela orientação precisa, porém, sobretudo, por ter confiado em minha incursão na análise de políticas;

A todos os que fazem a Diretoria de Vigilância em Saúde, da Secretaria de Saúde do Recife, pelo convívio prazeroso e o aprendizado mútuo. Os mais de cinco anos ao lado de todos que fazem a diretoria, foram sem dúvidas, anos de troca e de afeto;

Aos ex-Secretários de Saúde do Recife, Humberto Costa, Antonio Mendes e Gustavo Couto, pela confiança que sempre depositaram em mim, e em minha equipe. Falar dos mesmos é falar de amizade e companheirismo que não datam de agora. Compartilhamos ideais, idéias e projetos, que se estendem até os dias de hoje;

A todos os que concordaram em contribuir com o presente estudo através das entrevistas, meu muito obrigada;

Aos meus irmãos Francisco, Paulo e Carlos, e em particular a minha irmã Marta, pelo apoio constante, e pela amizade irrestrita;

Aos colegas de turma do Programa de Doutorado, turma 2005/09, sucesso a todos;

Ao Professor Ricky Kalliecharan, por ter me recebido em Leeds, pelas trocas sempre interessantes, e pelo apoio que nos ofereceu, a mim e a meus filhos;

Ao Nuffield Centre, da University of Leeds, por ter me recebido durante o Programa de Doutorado Sanduíche;

A memória dos meus avós maternos, com quem convivi intensamente, e que deixaram a melhor das saudades;

Aos meus pais, Lilá e Décio, a quem dedico esse trabalho. Pais exemplares foram também profissionais exemplares. Ela, professora Emérita pela Universidade de Pernambuco, ele, professor Emérito pela Universidade Federal de Pernambuco. Além do exemplo profissional, nos deram exemplo de vida de solidariedade e de profundo afeto. A eles, muito obrigada;

Aos meus filhos, Frederico, Camila e Matias, tudo que eu aqui diga será insuficiente para expressar o significado deles para mim. Divertidos, inteligentes, companheiros, solidários e amigos em todos os momentos, Fred, Cami e Mati, são tudo de bom!

LYRA, T. M : **A Política de Saúde Ambiental do Recife, em 2001 e 2002**: uma análise a partir do Programa de Saúde Ambiental. 2009. Tese (Doutorado em Ciências), Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

RESUMO

A descentralização tem favorecido o surgimento de inovações. Os municípios têm sido lócus privilegiados para o surgimento de novas práticas, dentre essas o Programa de Saúde Ambiental (PSA). O PSA surge no âmbito da Secretaria de Saúde do Recife em 2001. Além de recuperar os princípios do SUS, fundamentam-se nos princípios da Promoção da Saúde, do Programa Marco de Atenção ao Meio Ambiente (OPAS) e da Agenda 21. Reconhecido como inovador, e surgido como uma proposta de enfrentamento dos graves e crônicos problemas que afetam a cidade do Recife, o PSA contém elementos relevantes para uma análise como política pública, o que nos propusemos realizar ao longo da presente tese. O trabalho teve por objetivo analisar o PSA desde sua colocação na agenda pública em 2001, até a implementação do mesmo na cidade do Recife, em 2002. Buscou-se compreender o contexto no momento da elaboração do PSA em 2001, como se deu seu processo de elaboração, que atores influenciaram, qual o conteúdo propositivo do PSA e como o mesmo dialoga com os princípios do SUS e da Promoção da Saúde. O contexto, processo, atores e conteúdo foram também analisados no momento da implementação do PSA, em 2002. Foi realizado um estudo qualitativo de caso, com 20 entrevistas semi-estruturadas, analisadas através de condensação de significados. Foram cumpridas as exigências éticas. As principais ferramentas utilizadas foram as de análise de políticas públicas. Os resultados revelam achados sobre o contexto, processo, atores e conteúdo. principais resultados referentes ao contexto foram: as mudanças ocorridas devido a eleição do candidato do PT para a Prefeitura (2001/04); as características sócio-sanitárias do Recife; a escolha do Secretário de Saúde, política e tecnicamente hábil; equipe de gestores majoritariamente sanitaristas; adesão dos técnicos; incremento financeiro, que se traduziu no equilíbrio do triângulo de governo de Matus. Quanto ao processo, destacou-se a captação da oportunidade por parte dos gestores para elaboração do PSA. Os principais atores foram os gestores e técnicos setoriais, mas, identificou-se outros atores extra-setorias, que ressaltou a construção da viabilidade. O conteúdo do PSA dialogou com os princípios do SUS e da Promoção da Saúde. Em relação ao momento da implementação, destaca-se a influencia da epidemia de dengue em 2002, que exerceu pressão tanto no ritmo como na implementação das ações do programa.

Palavras Chave: 1. Políticas públicas de saúde; 2. Formulação de políticas; 3. Planos e programas de saúde; 4. Análise de projetos; 5. Avaliação de programas; 6. Política ambiental; 7. Programas governamentais; 8. Brasil.

LYRA, T. M. **The Environmental Health Policy in Recife in 2001 and 2002**: an analysis from the Health Environment Program. 2009. PhD. Thesis (Doctorate in Sciences). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

ABSTRACT

Decentralization has favored innovation. The municipalities have been privileged sites to the appearance of new practices, the Health Environment Programme (Programa de Saúde Ambiental -PSA) among them. The PSA emerges in the Health Secretariat of Recife in 2001, fundamented in the principles of Health Promotion of Attention to the Environment Programme (Programa Marco de Atenção ao Meio Ambiente - OPAS) and Agenda 21, besides retrieving the SUS principles. Recognized as innovating as well as a proposal to facing the serious and chronic problems which affect the city of Recife, the PSA has relevant elements to be analysed as a public policy, our aim throughout the present essay. The present work aims at analysing the PSA since its placing in the public agenda in 2001 to its implementation in the city of Recife in 2002. The context at the moment and the process of the elaboration of the programme in 2001, the actors influencing it, its proposed content and how the dialogue between the PSA and the principles of the SUS and Health Promotion were the focus of our study. The context, process, actors and content were also analysed at the moment of the PSA implementation in 2002. A qualitative case study, involving 20 semi-structured interviews analysed by meaning condensation was done, following all ethical requirements. The policy analysis tools were used. The main findings were: the context of change with the election of the PT candidate to the City Office (2001/04); the social-sanitary characteristics of Recife; the choice of the political and technically apt Health Secretary; a team of major sanitary managers; the joining of technicians; financial increment, shown in the balance of Matus' government triangle. As far as the process was concerned, the capitation of opportunity by the PSA elaborating managers stands out. The main actors were the sector managers and technicians, but there were extra-sector actors as well, who made the construction of viability prominent. The PSA content dialogued with the SUS and Health Promotion principles. As refers to the moment of implementation, the influence of the dengue epidemics in 2002 stands out, for the pressure it exerted both on the rhythm as on implementing the programme actions themselves. The present work has achieved its proposed objectives, the method and tools used having shown applicability.

Keywords: 1. Public health policies, 2. Formulation of policies, 3. Health plans and programs; 4. Analysis of projects, 5. Program evaluation; 6. Environmental Policy, 7. Government programs, 8. Brazil.

LISTA DE FIGURAS DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – O triângulo de análise de políticas de saúde 87

Figura 2 – O Recife – Distritos Sanitários, Recife, 2001 105

Quadro 1 – Perfil e número dos entrevistados 114

Quadro 2 – O significado natural das unidades e seus temas centrais 120

Quadro 3 – Equipe de dirigentes da Secretaria de Saúde do Recife em Janeiro de 2001 141

Quadro 4 – Abordagem dos problemas de saúde ambientais do Recife, antes e depois do PSA 160

Quadro 5 – Equipe técnica de formulação do PSA em 2001 167

Figura 3 – O PSA segundo o modelo de Kingdon 179

Quadro 6 – Características dos Atores envolvidos na formulação do PSA em 2001 195

Quadro 7 – Número e proporção de bairros segundo Áreas de risco e Distritos Sanitários, Recife, 2001 198

Quadro 8 – Processo de trabalho do PACS/PSF e PSA 214

Figura 4 – Estrutura de gestão do Programa de Saúde Ambiental 216

Quadro 9 – Características dos Atores envolvidos na implementação do PSA em 2002 258

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADCT	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
AOA	Agente Operacional de Apoio
ASA	Agente de Saúde Ambiental
BNDES	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
Cefet	Centro Federal de Educação e Tecnologia de Pernambuco
Codecir	Comissão de Defesa Civil do Recife
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CPqAM	Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
CVA	Centro de Vigilância Ambiental
Dircon	Diretoria de Controle Urbano
DS	Distrito Sanitário
DVS	Diretoria de Vigilância à Saúde
EC	Emenda Constitucional
Emlurb	Empresa de Manutenção e Limpeza Urbana do Recife
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
Funasa	Fundação Nacional de Saúde
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OP	Orçamento Participativo
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDEE	Programa de Doutorado no Brasil com Estágio no Exterior
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PPA	Plano Plurianual
PPI	Programação Pactuada Integrada
PSA	Programa de Saúde Ambiental
PSF	Programa de Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores

RPA	Região Político Administrativa
Sesan	Secretaria de Saneamento do Recife
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
Sucan	Superintendência de Camapanhas
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TFVS	Teto Financeiro de Vigilância em Saúde
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
VS	Vigilância em Saúde

SUMÁRIO

1	**INTRODUÇÃO**	15
2	**PROMOÇÃO DA SAÚDE**	21
2.1	INTRODUÇÃO	22
2.2	PROMOÇÃO DA SAÚDE	22
2.3	OS MÚLTIPLOS MOMENTOS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE	25
2.4	DE OTTAWA A BANGKOK - AS CONFERÊNCIAS INTERNACIONAIS SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE	28
2.4.1	**Alma-Ata - um marco**	29
2.4.2	**Carta de Ottawa - pilar fundamental da Promoção da Saúde**	29
2.4.3	**Declaração de Adelaide - políticas saudáveis**	31
2.4.4	**Sudsvall - ambientes favoráveis à saúde**	32
2.4.5	**Rio - 92 e a Agenda 21**	34
2.4.6	**Jacarta - uma cidade em desenvolvimento sedia uma Conferência**	35
2.4.7	**Das idéias às ações: a Conferência do México**	36
2.4.8	**Um mundo globalizado e Bangkok - contradições, ou volta ao passado?**	37
2.5	A PROMOÇÃO DA SAÚDE E SEUS PRINCÍPIOS	39
2.5.1	**A Concepção ampliada de saúde**	40
2.5.2	**A intersetorialidade como princípio e meta**	41
2.5.3	**Empoderar os indivíduos e a comunidade**	44
2.5.4	**A Equidade**	47
2.5.5	**Integralidade**	49
2.5.6	**A universalidade como princípio**	51
2.5.7	**A descentralização das ações**	53
2.6	CONSIDERAÇÕES SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE	54
3	**ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS: CONCEITOS E INSTRUMENTOS**	57
3.1	INTRODUÇÃO	58

3.2	POLÍTICAS PÚBLICAS	58
3.3	ANÁLISE DE POLÍTICAS	60
3.4	O CICLO DA POLÍTICA	64
3.4.1	**O reconhecimento de um problema**	65
3.4.2	**A formulação de políticas**	69
3.4.3.	**A tomada de decisão**	70
3.4.4	**Implementando a política**	78
3.4.5	**Avaliando a política implementada**	81
3.5	ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE – FERRAMENTAS	84
3.5.1	**Uma estrutura analítica - o triângulo de análise de políticas de saúde**	87
3.6	ESCOLHENDO CAMINHOS	94
4	**OBJETIVOS**	97
4.1	OBJETIVO GERAL	98
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	98
5	**PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**	99
5.1	INTRODUÇÃO	100
5.2	PESQUISA QUALITATIVA	100
5.3	ESTUDO DE CASO	102
5.4	TRIANGULAÇÃO	103
5.5	PERÍODO E LOCAL DO ESTUDO	104
5.5.1	**A cidade do Recife**	104
5.5.2	**Período do estudo**	106
5.6	A PESQUISA E O PESQUISADOR	107
5.6.1	**Dilemas pessoais**	108
5.7	OS ESTÁGIOS DE UM ESTUDO QUALITATIVO COM ENTREVISTAS	109
5.7.1	**A tematização**	110
5.7.2	**Definição do desenho do estudo e considerações éticas**	110
5.7.3	**As entrevistas**	111

5.7.4	**Transcrevendo as entrevistas**	115
5.7.5	**Analisando as entrevistas**	115
5.7.6	**A análise das entrevistas**	119
5.7.7	**Validade, confiabilidade e generalização**	121
5.7.8	**A Análise documental**	122
6	**RESULTADOS E DISCUSSÃO**	124
6.1	INTRODUÇÃO	125
6.2	O CONTEXTO EM 2001	125
6.2.1	**O macro-contexto**	126
6.2.2	**O micro-contexto: a Secretaria de Saúde do Recife**	135
6.2.3	**A conjunção de fatores: o equilíbrio no triângulo de governo**	150
6.3	PROCESSO DE ELABORAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE AMBIENTAL	155
6.3.1	**Introdução**	155
6.3.2	**Superar o antigo, buscar o novo**	155
6.3.3	**O desenvolvimento do PSA**	156
6.3.4	**Considerações sobre o processo de elaboração do PSA**	177
6.4	OS ATORES E O PSA EM 2001	183
6.4.1	**Introdução**	183
6.4.2	**Os atores setoriais**	184
6.4.3	**Os atores extra setoriais no âmbito da Prefeitura do Recife**	188
6.4.4	**Considerações sobre os atores em 2001**	193
6.5	CONTEÚDO DO PROGRAMA DE SAÚDE AMBIENTAL – 2001	196
6.5.1	**Introdução**	196
6.5.2	**Apresentando o Programa de Saúde Ambiental**	196
6.5.3	**Ambiente - Ambiente - atualidade do termo, influências recebidas**	199
6.5.4	**O PSA e os princípios do SUS**	203
6.5.5	**O PSA e a Promoção da Saúde**	219
6.5.6	**Considerações sobre o conteúdo do PSA em 2001**	230
6.6	A IMPLEMENTAÇÃO SE INICIA – O ANO 2002 E O PROGRAMA DE SAÚDE AMBIENTAL	233
6.6.1	**Introdução**	233

6.6.2	**O Contexto em 2002**	233
6.6.3	**O processo de implementação**	238
6.6.4	**Entram em cena os ASA, mas, não só!**	250
6.6.5	**O conteúdo do PSA**	259
6.6.6	**Considerações sobre o momento da implementação do PSA em 2002**	261
7	**CONSIDERAÇÕES FINAIS**	265
7.1	INTRODUÇÃO	266
7.2	A ORIGINALIDADE DO ESTUDO	266
7.3	AS RESPOSTAS ÀS PERGUNTAS CONDUTORAS E OBJETIVOS PROPOSTOS	267
7.3.1	**Que aspectos contextuais favoreceram o surgimento de um programa nos moldes do Programa de Saúde Ambiental no Recife em 2001?**	267
7.3.2	**Como se deu o processo político que cercou a definição, elaboração e decisão pela implementação do PSA?**	269
7.3.3	**Que atores estiveram envolvidos com o processo de definição e elaboração do PSA em 2001?**	270
7.3.4	**Qual o conteúdo propositivo do PSA, e como o mesmo dialoga com os princípios identificados como os de uma política promotora de saúde e com os princípios do SUS?**	271
7.3.5	**Que aspectos referentes ao contexto, processo, atores e conteúdos, marcaram o momento da implementação do PSA, em 2002?**	273
7.4	O MÉTODO, E AS FERRAMENTAS UTILIZADAS	275
7.5	LANÇANDO NOVAS QUESTÕES	278
7.6	ALGUMAS SUGESTÕES	279
	REFERÊNCIAS	281
	APÊNDICES	308

1

INTRODUÇÃO

1 **INTRODUÇÃO**

O Sistema Único de Saúde (SUS) é reconhecido como um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, e foi instituído a partir de um amplo processo de mobilização de um conjunto de atores, que se convencionou denominar Movimento Sanitário. O SUS tem por princípios a universalidade das ações, a equidade e a integralidade, princípios tão imbricados entre si, que se tornam quase unidade (CECÍLIO, 2006). Entre as diretrizes organizativas, destaca-se a descentralização das ações e serviços.

Embora já no final da década de 80 iniciativas rumo à descentralização de ações tenham ocorrido, foi com a instituição das Normas Operacionais Básicas na década de 90, que o processo de descentralização da gestão vem se consolidando. A descentralização é um dos pilares do SUS, e sua consolidação tem favorecido o surgimento de inovações de práticas de saúde, em particular no âmbito dos municípios. Porém, tais inovações estão fortemente relacionadas a fatores conjunturais, o que cria um aparente paradoxo. Se por um lado, novos gestores assumindo novos desafios criam inovações, por outro é criada uma instabilidade dos sistemas públicos, como o SUS, que findam por ficar a mercê dos humores dos governantes e permeáveis a pressões políticas (PAIM; TEIXEIRA, 2007; SOLLA, 2007).

Os municípios têm sido lócus privilegiados para o surgimento de novas práticas, muitas das quais se tornaram posteriormente políticas nacionais, a exemplo do Programa de Saúde da Família, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e aspectos da reforma psiquiátrica (SOLLA, 2007). Outras propostas mantêm o seu perfil local, como no caso do Programa de Saúde Ambiental (PSA) do Recife.

O PSA surge no âmbito da Secretaria de Saúde do Recife em 2001. Além de recuperar os princípios do SUS, o PSA fundamenta-se em três grandes eixos teóricos conceituais: os princípios da Promoção da Saúde, os desenvolvidos pelo Programa Marco de Atenção ao Meio Ambiente, elaborado sob a coordenação da Organização Pan-Americana de Saúde e os princípios abordados na Agenda 21 (AGENDA 21, 1995; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2000; RECIFE, 2001).

O PSA surge no Recife em um momento no qual a cidade vivenciava pela primeira vez um governo capitaneado pelo Partido dos Trabalhadores (PT), eleito depois de um surpreendente segundo turno, em um acirrado processo de disputa entre campos bem delimitados. De um lado as forças mais conservadoras do Estado de Pernambuco, no qual se inseria o então vice-presidente da República, Marco Maciel, e contava com apoio do também

então governador, Jarbas Vasconcelos, que é detentor de forte apoio popular; de outro, um candidato do PT, ex-metalúrgico, carismático, tendo como candidato a vice um histórico militante das lutas contra a ditadura, ligado ao Partido Comunista do Brasil (PCdoB), e que contou com apoio dos demais partidos ditos de esquerda (BARRETO, 2002).

A campanha de 2000 foi marcada por forte apelo ideológico, e de acusações ao PT e seus aliados. Para analistas daquele momento, tal acirramento favoreceu a eleição do bloco de oposição (BARRETO, 2002; DIRCEU, 2008). A conquista da Prefeitura do Recife pelos candidatos João Paulo Lima e Silva e Luciano Siqueira criou uma energia particular na cidade, com forte apoio dos movimentos sociais organizados, da população em geral, bem como de intelectuais. Nesse sentido, a composição do primeiro secretariado à frente da Prefeitura do Recife espelhou por um lado a composição política que apoiou os candidatos, por outro, contou com a participação de pessoas reconhecidas em suas áreas. A Secretaria de Saúde do Recife não foi exceção.

Em janeiro de 2001, Humberto Costa assume a pasta da saúde. Liderança reconhecida, o então Secretário compõe uma equipe majoritariamente de sanitaristas, técnicos ou militantes políticos com experiência de movimentos sociais. A equipe de Diretores, que naquele momento assumia suas funções, vislumbrava a oportunidade de colocar em prática reflexões, amadurecidas ao longo de suas formações ou militância no Movimento pela Reforma Sanitária. O ano de 2001 foi um ano de efervescência, no qual foram elaborados e lançados, o PSA, o Programa Academia da Cidade, e o SAMU, para citar os mais expressivos.

O PSA foi concebido e desenhado pela Secretaria de Saúde do Recife em parceria com a Secretaria de Planejamento, a Secretaria de Saneamento, a Empresa de Manutenção e Limpeza Urbana, e a Comissão de Defesa Civil. Em agosto de 2001, o PSA foi apresentado ao grupo dirigente da Prefeitura do Recife. Em 13 de dezembro de 2001 foi oficialmente lançado, e em 15 de fevereiro de 2002 foi assinado o Decreto Municipal 19.187/2002 que o oficializa (RECIFE, 2001, 2002a).

A ruptura com as antigas práticas, centralizadoras, verticalizadas, desarticuladas e vinculadas estritamente ao controle de endemias, preconizadas pelo PSA, implica em reconhecer a saúde ambiental de forma ampla, incorporando tanto o monitoramento dos riscos biológicos como dos riscos não biológicos, esses tradicionalmente vinculados à concepção de saúde ambiental (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2000a).

Em 2003 o PSA foi um dos vinte finalistas do Prêmio Gestão Pública e Cidadania, concedido pela Fundação Getulio Vargas e pela Fundação Ford, em reconhecimento a práticas

inovadoras, seja em nível local, regional ou nacional (NELSON, 2005, NELSON; BRIGAGAO; OLIVEIRA, 2004).

Em 2006 o PSA do Recife foi alvo de uma Auditoria Operacional por parte do Tribunal de Contas de Pernambuco (TCE), que buscou avaliar o PSA em função da sua estrutura, aspectos gerenciais e adequação material para o alcance dos objetivos propostos pelo programa. Embora aponte dificuldades de diversas ordens, o documento final do TCE coloca o PSA como relevante, redutor da exclusão social, por ter nos seus princípios norteadores a universalidade, a equidade e assumir um "novo conceito dos problemas de saúde relacionando-os com o meio-ambiente" (TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO, 2005, p. 11).

No entanto, apesar do reconhecimento de sua relevância, e já tenha tido aspectos específicos estudados (ALBUQUERQUE, 2005; ALBUQUERQUE; AUGUSTO, 2005;; BEZERRA, 2008; BITOUN, 2005; FERREIRA; LIMA, 2003; SILVA; LIMA, 2005; MARINHO; SANTOS, 2004, 2005; ROTTA; BELCHIOR, 2005) o PSA ainda não foi alvo de um estudo mais sistematizado como seu papel de política pública.

Tendo surgido como uma proposta de enfrentamento dos graves e crônicos problemas que afetam a cidade do Recife, além de recuperar o ideário da Promoção da Saúde, o PSA contém elementos relevantes para uma análise como política pública, o que nos propusemos realizar ao longo da presente tese.

É, no entanto, importante fazer uma ressalva. O termo 'Política' talvez fosse mais adequado para referir-se ao PSA, pois o mesmo preenche os requisitos que Mattos (2006) atribui ao termo. Para o autor, uma política busca dar resposta a certos problemas de saúde ou às necessidades de grupos específicos, com enfoques tanto na promoção, na prevenção como na atenção. Porém, o mesmo ator reconhece que muitas políticas no país têm recebido a denominação de programa (como o Programa de Saúde da Família, ou Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, dentre outros), porém na realidade se constituem políticas. Portanto, mesmo carregando em seu nome o termo programa, consideramos que o PSA é uma política, é será como tal aqui tratado.

Neste sentido, colocamos as seguintes questões que nortearam o presente trabalho:

1. Que aspectos contextuais favoreceram o surgimento de um programa nos moldes do Programa de Saúde Ambiental no Recife em 2001?

2. Como se deu o processo político que cercou a definição, elaboração e decisão pela implementação do PSA?

3.Que atores estiveram envolvidos com o processo de definição e elaboração do PSA em 2001?

4. Qual o conteúdo propositivo do PSA, e como o mesmo dialoga com os princípios identificados como os de uma política promotora de saúde e com os princípios do SUS?

5. Que aspectos referentes ao contexto, processo, atores e conteúdos, marcaram o momento da implementação do PSA, em 2002?

Para respondermos as questões colocadas, o trabalho foi subdividido em seis capítulos, além da presente introdução.

No segundo capítulo será apresentada revisão sobre promoção da saúde, sua evolução ao longo dos trinta anos desde a criação do termo por Lalonde, ex-ministro canadense. No capítulo, além da apresentação das cartas e declarações lançadas durante as Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, serão aprofundados os princípios identificados como os da promoção da saúde, bem como o diálogo dos mesmos com os princípios e diretrizes do SUS.

No terceiro capítulo serão apresentadas e discutidas o que se entende por políticas públicas. Ferramentas e modelos de análise de política serão apresentados, e opções definidas. É nesse capítulo que serão explicitadas as opções de modelos explicativos para a realização da análise do PSA, em 2001 e 2002.

O quarto capítulo apresenta os objetivos geral e específicos do presente trabalho.

O quinto capítulo explicitará os procedimentos metodológicos adotados, justificando-se cada opção. É nesse capítulo que os aspectos éticos que envolvem pesquisas serão abordados.

No sexto capítulo serão apresentados os resultados encontrados. É um capítulo longo, sub-dividido em cinco partes. A primeira parte, focada nos aspectos contextuais em 2001 e que influenciaram a definição da agenda, a formulação do PSA e a decisão em implementá-lo. A segunda parte, voltada para a compreensão do processo político, e cobre o ano de 2001. Aspectos relativos aos atores que estiveram envolvidos com o PSA em 2001 serão abordados na terceira parte do capítulo. O conteúdo propositivo do PSA e seu diálogo com os princípios da promoção da saúde e do SUS é o foco da quarta parte do capítulo. Por fim, a última parte

dos resultados é voltada para o momento da implementação do PSA, na qual serão analisados os aspectos contextuais, processuais, dos atores e do conteúdo, que particularizam tal momento.

No último capítulo as respostas às perguntas condutoras serão sintetizadas, de modo a recuperar a totalidade dos achados. Nesse capítulo algumas considerações e novos problemas serão levantados, abrindo-se assim a possibilidade de uma agenda para aprofundamento de questões identificadas como relevantes.

2

PROMOÇÃO DA SAÚDE

2 **PROMOÇÃO DA SAÚDE**

2.1 INTRODUÇÃO

O presente capítulo discute o que se entende por promoção da saúde. Partindo do histórico do conceito, desde o Relatório Lalonde, apresenta as principais conclusões das seis Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde, realizadas entre os anos de 1986 e 2005, além de enfocar aspectos da Conferência de Alma-Ata e da Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento (Rio-92), por apresentarem estreito diálogo com o que se compreende por promover saúde. Por fim, os princípios preconizados como os da Promoção da Saúde, identificados como travando estreito diálogo com os princípios e diretrizes do SUS, serão apresentados e discutidos.

2.2 PROMOÇÃO DA SAÚDE

O PSA do Recife afirma no seu conteúdo propositivo ser uma política que busca a promoção da saúde. Assim sendo, discutir o que se entende por Promoção da Saúde e que marcos conceituais sustentam sua concepção é etapa necessária e fundamental do presente trabalho. Buscaremos, a partir de documentos, artigos, livros e teses que dialogam com o tema, desenvolver a evolução histórica do que atualmente se compreende por Promoção da Saúde, antecipando desde já que não é, nem poderia ser, uma abordagem exaustiva de um tema não consensual, que se fundamenta em princípios e diretrizes polissêmicos.

Do ponto de vista histórico, Souza e Grundy (2004) destacam que a promoção da saúde “como idéia e base para elaboração de políticas sociais antecede o uso explícito da expressão”, e assim como Buss (2003), identificam que ainda em 1946, Sigerist (apud BUSS, 2003; SOUZA; GRUNDY, 2004), um historiador médico, faz referências a tarefas essenciais da pratica médica: a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a recuperação dos enfermos e a reabilitação.

Na atualidade o tema da Promoção da saúde tem, como marco histórico o Relatório Lalonde, publicado em 1974 pelo então Ministro da Saúde do Canadá (BUSS, 2000, 2003; CARVALHO, 2004a, 2004b; SOUZA; GRUNDY, 2004).

No documento intitulado "A New Perspective on the Health of Canadians" Marc Lalonde parte do diagnóstico de que os problemas de saúde no Canadá não seriam resolvidos apenas com a oferta de serviços. Para Lalonde os problemas de saúde têm por fundamento o que chama de campo da saúde. Tal campo sendo decomposto em quatro amplos componentes: biologia humana; meio ambiente; estilo de vida e organização da assistência à saúde. Lalonde afirma que os esforços para enfrentamento dos problemas de saúde têm historicamente se concentrado no eixo da organização da assistência, no entanto, que a origem dos problemas atuais seria decorrente da inter-relação dos outros três componentes, ou seja: biologia humana, meio ambiente e estilos de vida (BUSS, 2000; CARVALHO, 2004a; SOUZA, GRUNDY, 2004)

Segundo Carvalho (2004, 2004a), o Relatório Lalonde preconiza "adicionar anos à vida e adicionar vida aos anos". Garantindo a qualidade de vida tanto de indivíduos como de coletividades, tendo por eixo central de atuação um conjunto de ações que procura intervir positivamente sobre condutas individuais desfavoráveis a uma vida saudável, o que se dá a partir de um modelo que inter-relaciona os quatro grupos explicativos apontados para o fenômeno 'saúde'.

Embora reconhecendo a importância do relatório 'Lalonde', Carvalho (2004; 2004a) considera limitação no mesmo, por partir do pressuposto de que caberia aos indivíduos assumir a responsabilidade sobre os efeitos deletérios à sua saúde em função de seus hábitos de vida. Tal explicação pode conduzir a que, grupos populacionais menos favorecidos sejam culpabilizados por problemas de saúde cuja determinação esteja fora de sua possibilidade de opção ou decisão. A observação de Carvalho tem sido a tônica das discussões sobre promoção da saúde ao longo das Conferências Internacionais e debates de teóricos do campo.

Buss (2000, 2003) divide em dois grandes blocos as conceituações para Promoção da Saúde. No primeiro, as ações de promoção da saúde consistiriam em atividades focadas no estilo de vida. As atividades de promoção estariam voltadas para transformação do comportamento dos indivíduos ou de suas famílias, ou no máximo no âmbito da comunidade, com tendência a concentrarem-se nos componentes educativos, relacionados a riscos comportamentais passiveis de mudanças, e ao menos em parte, sob controle dos indivíduos. Nessa abordagem não fariam parte do âmbito da promoção da saúde fatores que estivessem fora do controle individual.

No segundo, no qual se reconhece o papel protagonista dos determinantes gerais sobre as condições de saúde, e para o qual, a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, as atividades de promoção da saúde estariam mais voltadas ao coletivo e ao ambiente (físico, social, político, econômico e cultural), através de políticas públicas e de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde, além de ações de reforço à capacidade individual e das comunidades (BUSS, 2000, 2003).

Czeresnia (2003) também identifica duas perspectivas da promoção da saúde. Uma, que denomina de conservadora e que reforça a tendência à diminuição da responsabilidade do Estado, cabendo aos sujeitos a auto-gestão da sua saúde. Outra, progressista, com foco voltado para a melhoria da qualidade de vida das populações, com uma dimensão maior que meramente circunscrita ao setor saúde.

O primeiro momento influenciado pelas repercussões do Relatório Lalonde, pode ser identificado nas orientações de práticas de promoção da saúde, observadas ao longo da década de 1970, tanto no Canadá, como em outros países que adotaram prioritariamente estratégias focadas em mudanças de estilo de vida e comportamentos individuais considerados de risco, como tabagismo, obesidade ou comportamento sexual. Tais práticas, indiscutivelmente, obtiveram resultados importantes, porém trazem implícita a possibilidade de transferir à vítima a culpa exclusiva pelos problemas de saúde. As políticas ancoradas nessa estratégia têm recebido críticas devido aos efeitos limitados por sua ênfase unilateral, sem um enfoque mais coletivo da determinação social do processo saúde-doença (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

Mesmo que atualmente haja críticas ao foco do Relatório Lalonde, o mesmo permanece reconhecido como o grande marco das discussões que inauguraram um novo tempo para a promoção da saúde. Assim, Souza e Grundy (2004), referem que o Relatório Lalonde, ao levantar uma nova perspectiva para promoção da saúde influenciou importantes iniciativas lideradas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a exemplo da Assembléia realizada em Alma-Ata, em 1978, e das seis Conferências Internacionais realizadas entre os anos de 1986 e 2005, e na América Latina e Caribe, as reuniões da Colômbia, em 1992 e em Trinidad-Tobago, em 1993.

No presente tópico, apresentaremos as conclusões e recomendações das seis Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, o diálogo entre os mesmos, além de aspectos prioritários de duas outras Conferências, Alma-Ata e a Rio-92, pela interface importante de suas recomendações e o pensamento de promoção da saúde. Dialogaremos também com os princípios da Promoção da Saúde, tais como identificados na Política

Nacional de Promoção da Saúde, e com os princípios e diretrizes do SUS, por reconhecermos nos mesmos harmonia com os princípios da promoção da saúde.

2.3 OS MÚLTIPLOS MOMENTOS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Em 1986 realiza-se a primeira Conferencia Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa (Canadá). A conferência de Ottawa (1986) assume a idéia de saúde como resultante de diferentes condicionantes. No Brasil, no mesmo ano, o relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde, incorpora tal concepção, posteriormente afirmada na Constituição Federal do Brasil de 1988. Tais documentos reconhecem a saúde como direito fundamental do homem, cabendo ao Estado garanti-la (CZERESNIA, 2003).

A Carta de Ottawa destaca que a saúde é uma importante dimensão da qualidade de vida, e, portanto, as condições para obtê-la estão relacionadas a múltiplos determinantes: “a paz, a educação, a moradia, a alimentação, a renda, um ecossistema estável, justiça social e equidade” (BRASIL, 2003b, p.283).

A experiência de ter saúde, ou estar doente são formas de manifestação da vida, portanto, experiências singulares e subjetivas. Czeresnia (2003) salienta o imenso desafio que tal fato coloca para a saúde pública. Ao assumir a responsabilidade pela promoção da saúde, o setor saúde coloca-se diante da contradição de se organizar em torno da doença, não levando suficientemente em conta a distância entre a construção mental do adoecer, como experiência concreta de vida, e os conceitos utilizados para sua compreensão. É nesse sentido que surge a distinção entre prevenção e promoção da saúde.

A promoção da saúde deve se diferenciar da prevenção. A prevenção, como classicamente conceituada por Leavel e Clark (1976) refere-se a medidas adotadas antes do surgimento de uma doença ou agravo visando evitar o seu surgimento. A promoção da saúde diferencia-se na medida em que tem um horizonte amplo na busca por saúde. Leavell e Clark (1976) utilizam o conceito de promoção da saúde dentro do seu modelo de historia natural da doença, no entanto com um enfoque bem diferente do que vem sendo compreendido a partir da Conferência de Ottawa.

O modelo de história natural da doença, que influenciou, e influencia até hoje ações de saúde, preconiza três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária. A promoção da saúde e a proteção específica comporiam a prevenção primária, a serem desenvolvidas no

período de pré-patogênese. Como promoção da saúde, os autores consideram ações que não sendo dirigidas para determinada doença, contribuem para o aumento da saúde e do bem estar geral. O foco de Leavell e Clark (1976) do que seriam ações de promoção inclui entre outras, educação, nutrição, moradia adequada ou aconselhamento sexual. O contato com profissionais de saúde e a realização de exames periódicos, estão também entre as ações de promoção da saúde. Portanto, o enfoque primordial dos dois autores, embora tenha elementos importantes, é voltado exclusivamente para os indivíduos, e em alguns casos estendidos para a família.

A prevenção teria por objetivo evitar enfermidades, e a ausência de doenças seria um objetivo suficiente.

O modelo de história natural da doença é conformado de acordo com o modelo biomédico, e enfatiza a antecipação da doença através de ações que visem estabelecer ou re-estabelecer, o equilíbrio dinâmico entre hospedeiro, agente patogênico e ambiente (MARCONDES, 2004). Para a promoção da saúde, por outro lado, a ausência de doença não é suficiente (BUSS, 2003; CZERESNIA, 2003). A promoção da saúde envolveria mudanças nas condições de vida, representando o fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com os múltiplos condicionantes da saúde. Ou seja, promoção é uma concepção que "diz respeito ao fortalecimento da saúde por meio da construção de capacidade de escolha", (CZERESNIA, 2003, p.48).

Lefevre e Lefevre (2004; 2007), identificando a doença como fato concreto que afeta e interfere no cotidiano das pessoas, apontam dois caminhos. O modelo hegemônico das sociedades de consumo, que se expressa no setor saúde através do consumo de tecnologias médicas, e o modelo contra-hegemônico, que identifica que a saúde 'é, e pode não ser', no qual o modelo tecnológico poderia coexistir com a busca das causas do adoecimento e o enfrentamento das mesmas. A doença, nessa perspectiva, torna não apenas o corpo doente, mais também a sociedade. O adoecimento deve então ser conhecido nas suas raízes.

Porém, alertam Lefevre e Lefevre (2004, 2007), em um processo dialético de enfrentamento do processo de adoecimento nas sociedades, seria necessário partir não do ponto de chegada, que é o social na saúde, e sim das doenças. Ou seja, para obter uma sociedade mais justa e menos doente, não se pode desvincular a saúde da doença, pois fora da doença 'a saúde tende, inevitavelmente a ser tudo' (LEFEVRE; LEFEVRE 2007, p. 26).

O debate em torno dos sentidos do que seja saúde, doença, qualidade de vida, está longe de ser esgotado, e por ser permeado de valor, a compreensão de mundo dos atores envolvidos fazem com que, não raro, interpretem os termos diferentemente. A saúde e o adoecer são experiências vividas, singulares e subjetivas sendo, portanto, impossível serem

significados apenas pelas palavras, desvinculadas de processos subjetivos e de vivências próprias.

Ao delimitar os determinantes do processo de adoecimento externamente ao sistema de tratamento, pode-se incorrer no risco de considerar saúde ‘como algo tão amplo como a própria noção de vida’ (CZERESNIA, 2003, p. 46). Portanto, há que se definir claramente o campo da saúde, suas especificidades, e o momento no qual as competências se abrem para outros setores.

Ao enfocarem o debate necessário entre saúde e a noção de qualidade de vida, Minayo, Hartz e Buss (2000) reforçam que tal noção é um campo semântico polissêmico, que de um lado está relacionado ao modo e estilo de vida, e de outro, inclui a dimensão do desenvolvimento humano. Para os mesmos há uma relatividade cultural do entendimento do que seja qualidade de vida, pois essa é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrada em diferentes esferas da vida.

Qualidade de vida pressupõe a capacidade de realizar uma “síntese cultural” dos elementos que dada sociedade considera padrão de conforto e bem estar. A qualidade de vida poderia ser considerada a distância entre expectativa individual e a realidade (quanto menor a distância entre esses, melhor!). Portanto, qualidade de vida, não se restringe ao binômio saúde/doença, ou muito menos, tem sua noção restrita a critérios técnicos e científicos. É uma discussão a ser travada, sobretudo, no campo da política. Portanto, uma política promotora de saúde é parte, mais não o todo, da melhoria da qualidade de vida das populações.

Minayo, Hartz e Buss (2000) destacam que seriam ao menos três os fóruns de referência para a noção de qualidade de vida: o primeiro histórico, sendo a noção de qualidade de vida diferente para uma mesma sociedade em diferentes momentos históricos; o segundo, cultural, no qual a noção de qualidade de vida é influenciada por valores e necessidades diversas, em diferentes sociedades; o terceiro se refere à estratificação da sociedade, pois em sociedades muito estratificadas, a noção de qualidade de vida está vinculada a padrões dos estratos sociais superiores. Aspectos esses que reforçam a complexidade que cerca o tema e o debate em seu em torno.

Portanto, o alerta que Minayo, Hartz e Buss (2000) lançam no final de seu artigo, aponta para a necessidade de aprofundamento das discussões sobre promoção da saúde e qualidade de vida, para que os mesmos não se tornem mera retórica, e sim que signifiquem mais do que uma idéia ampla de senso comum, apenas imagem-objetivo, sem operacionalidade ou ações concretas. Os autores identificam a promoção da saúde como estratégia prioritária para o setor saúde, por incorporar um diálogo intersetorial, assim

assumindo a capacidade de articulação entre setores, cada um com suas singularidades, e considerando que conquistar saúde não é apenas questão de sobrevivência, é, sobretudo, qualificação da existência.

O debate em torno do binômio saúde/doença, e seus determinantes bem como da compreensão da saúde como componente da qualidade de vida, e a necessidade da adoção de práticas de promoção da saúde, vêm sendo largamente ampliado nas últimas décadas, através das Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, artigos, livros ou debates locais. A promoção da saúde como prática vem sendo também preconizada como prioridade, inclusive no Brasil. Neste sentido, consideramos relevante apresentar os principais eventos relacionados ao tema, suas proposições e principais desdobramentos.

2.4 DE OTTAWA A BANGKOK - AS CONFERÊNCIAS INTERNACIONAIS SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Entre os anos de 1986 e 2005, foram seis as Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, realizadas em Ottawa (Canadá), em 1986, Adelaide (Austrália) em 1988, Sundsvall, (Suécia), em 1991, Jacarta (Indonésia), em 1997, na Cidade do México em 2000, e em Bangkok, Tailândia, em 2005. Pela relevância que representam discutiremos brevemente cada uma delas. Por ter sido um evento marcante nas discussões acerca da saúde como um direito fundamental e sobre a necessidade de reorientação do modelo de atenção hegemônico, apresentaremos brevemente, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (ou Alma-Ata, como ficou conhecida), realizada em 1978, e aspectos da Agenda 21, resultante da Rio-92.

Optamos por apresentar os eventos em ordem cronológica, pois permitirá uma maior compreensão da influência exercida de um sobre outro, na medida em que não raro o evento anterior pautou o foco do subseqüente, ou pelo contrário, o evento seguinte pautou o anterior, a exemplo do que ocorreu na Conferência de Sundavall (1991), antecedente à Rio-92.

]

2.4.1 **Alma-Ata - um marco**

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, na extinta União Soviética em 1978 é considerada um grande marco, e sua Declaração é até hoje um documento importante nas discussões acerca da Saúde como direito (BUSS, 2000).

Dois dos pontos mais relevantes da Conferência de Alma-Ata foram a proposta de atenção primária de saúde e a meta de saúde para todos até o ano 2000. Porém outros aspectos menos difundidos devem ser resgatados: a reafirmação da saúde como direito humano fundamental, o reconhecimento de que as desigualdades são inaceitáveis, a afirmação de que os governos têm responsabilidade pela saúde dos cidadãos e que a população tem o direito de participar das decisões no campo da saúde (BRASIL, 2003a, 2003; BUSS, 2000, 2003).

Os rebatimentos da Conferência de Alma-Ata nas discussões acerca de modelos de atenção foram marcantes. Para Carvalho (2005), Alma-Ata, ao afirmar a necessidade de mobilização articulada entre diferentes setores da sociedade com vistas ao alcance da ambiciosa meta de saúde para todos, contribuiu para as discussões de promoção da saúde, tendo influenciado as discussões travadas durante a I^{a} Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá (1986). No Brasil, o processo de discussão que culminou com a Reforma Sanitária, e com a criação do SUS, também incorporou elementos da Declaração de Alma-Ata.

2.4.2 **Carta de Ottawa - pilar fundamental da Promoção da Saúde**

A primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde foi realizada na cidade de Ottawa, Canadá, em 1986, tendo sido promovida pela Organização Mundial de Saúde e instituições canadenses. Participaram do evento delegados de 38 países industrializados. A Conferência reconhece a forte influência da Declaração de Alma-Ata, e como resultado do evento, foi emitida a "Carta de Ottawa" dirigida à execução do objetivo "Saúde, para todos no anos 2000" (BRASIL, 2003b; LEEUW; TANG; BEAGLEHOLE, 2007).

A Carta de Ottawa, no seu preâmbulo, reconhece ter sido, “antes de tudo uma resposta à crescente demanda por uma concepção de Saúde Pública no mundo” e que “Promover saúde consiste em proporcionar aos povos os meios necessários para melhorar sua saúde e exercer um maior controle sobre a mesma” (BRASIL, 2003b, p. 282,-3).

Assim a Carta de Ottawa define promoção da saúde e assume a saúde como um recurso fundamental para a vida cotidiana. A mesma reconhece que, as condições e requisitos para saúde vão além de serviços de saúde de qualidade, não excluindo o papel de destaque desses. A paz, a justiça social, alimentação, moradia, renda, ecossistema estável e a equidade, são também requisitos fundamentais para saúde. O documento, ao afirmar os múltiplos determinantes da saúde, aponta para a intersetorialidade como estratégia para promoção da saúde (BRASIL, 2003b; BUSS, 2000).

A promoção da saúde estaria, portanto, exigindo ações coordenadas de todos, além de exclusivamente no setor saúde: governos, setores sociais e econômicos, organizações da sociedade civil, entre outros, considerando os contextos locais e as possibilidades especificas de cada país ou região (BUSS, 2000; SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003). A materialização de políticas públicas saudáveis dar-se-ia através da combinação de esforços complementares, e não apenas através do mero cuidado com a atenção à saúde, e que vão desde legislações adequadas, até a implementação de ações intersetoriais coordenadas, que apontem para a equidade das políticas.

Esse é o aspecto que diferencia substancialmente Alma-Ata e Ottawa, como chama atenção Marcondes (2004). No relatório final da reunião em Alma-Ata a saúde é considerada como ‘completo bem-estar físico, mental e social’, enquanto na Carta de Ottawa, a saúde é compreendida como processo social e historicamente determinado, no qual se prioriza a vida com qualidade. O autor destaca a importância do evento em Alma-Ata, em particular em relação à definição da estratégia de atenção primária à saúde.

São cinco os campos de intervenção propostos pela Carta de Ottawa: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais; reorientação do sistema de saúde (BRASIL, 2003b; BUSS, 2000, 2003).

A criação de ambientes favoráveis significa o reconhecimento da complexidade da sociedade e da interdependência entre diferentes setores, e o compromisso de todos na conservação dos mesmos. Já naquele momento, a conservação dos recursos naturais, e a proteção dos ambientes artificiais, eram pautadas como necessidades estratégicas.

O reforço da ação comunitária (ou empoderamento coletivo) na fixação de prioridades e nas decisões implicaria no acesso contínuo a informações e oportunidades de aprendizagem. O desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais favoráveis à saúde (ou empoderamento individual) em todas as etapas de vida aponta para a importância de se proporcionar os meios para que haja o desenvolvimento de aptidões para o enfrentamento dos problemas de saúde, e para a identificação e opção por tudo o que propicie a saúde (BRASIL, 2003b).

A reorientação dos serviços de saúde na direção da concepção de promoção da saúde possibilita a superação da mera responsabilidade em proporcionar serviços clínicos e médicos, indo além do modelo centrado na doença como fenômeno individual e na assistência médica curativa, o que representa transformações significativas também na organização e financiamento do setor saúde (BRASIL, 2003b).

O documento final da Conferência de Ottawa tem sido a grande referência para as discussões sobre promoção da saúde no mundo, e para muitos, sua pedra fundamental (LEEUW; TANG; BEAGLEHOLE, 2007). Leger (2007), reitera o papel da Carta de Ottawa por sua simplicidade e objetividade dos pontos enfocados. Segundo o autor, ao definir as cinco áreas de ação, e apresentar estratégias para alcançá-las, bem como ao identificar o setor saúde como mediador de ações coordenadas, a Carta de Ottawa mantém sua atualidade.

A segunda Conferência Internacional de Promoção da Saúde realiza-se dois anos depois na Austrália, e que tem por resultado a Declaração de Adelaide.

2.4.3 **Declaração de Adelaide - políticas saudáveis**

A Conferência realizada em Adelaide, Austrália, 1988, reafirma a saúde como direito fundamental, e teve como tema central as políticas públicas saudáveis (BUSS, 2003; CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1988).

A Declaração de Adelaide refere-se aos dois documentos precedentes, a Declaração de Alma-Ata e a Carta de Ottawa, e afirma que adotar políticas públicas saudáveis significa desenvolver:

> [...] o interesse e preocupação de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e a equidade, e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população. O principal propósito de uma política publica saudável é criar um ambiente favorável para que as pessoas possam

> viver vidas saudáveis. As políticas saudáveis facilitam opções saudáveis de vida para os cidadãos.
> CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1988, p. 2).

O discurso da intersetorialidade está presente na Declaração de Adelaide, expresso, sobretudo no reconhecimento da necessidade de se forjar novas alianças entre os setores públicos, privados, movimentos sociais, entre outros. (BUSS, 2000, 2003).

Foram quatro áreas prioritárias apontadas para promover ações imediatas para políticas públicas saudáveis: apoio à saúde da mulher; alimentação e nutrição; tabagismo e alcoolismo; criação de ambientes favoráveis. Neste sentido, Buss (2003) destaca certa "timidez" na definição das áreas explicitadas em relação à formulação inicial da Declaração de Adelaide, bem mais abrangente ao reafirmar a saúde como direito, e a justiça social e a equidade como pré-requisitos para obtê-la.

Porém, Buss (2003) salienta outros aspectos importantes da reunião de Adelaide: o propósito com a promoção de ambientes favoráveis, em sentido amplo do termo; o compromisso com a equidade, traduzido na superação das desigualdades no acesso a bens e serviços.

O eixo referente à criação de ambientes favoráveis expressa o apoio ao conceito de desenvolvimento sustentável, deixando praticamente tematizada a reunião seguinte, realizada em Sundsvall, Suécia em 1991.

2.4.4 **Sudsvall - ambientes favoráveis à saúde**

A Terceira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizou-se em Sundavall, Suécia em 1991, e teve por tema "Ambientes favoráveis à Saúde". O tema baseou-se no reconhecimento do crescente interesse público sobre a questão da ameaça ao meio ambiente global. A Conferência de Sundavall ocorreu em 1991, um ano antes da Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (Rio de Janeiro, Brasil, 1992). Portanto, a terceira Conferência realiza-se em torno de uma temática pautada previamente, em Adelaide, e na perspectiva de realização da Rio-92.

Mais uma vez no seu preâmbulo, a Declaração resultante do encontro internacional reafirma os documentos precedentes. Foi um evento do qual participaram representantes de 81

países, demonstrando um crescente interesse por parte das nações em discutirem e participarem dos debates sobre promoção da saúde (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1991).

Esta Conferência foi pioneira ao trazer para a área da saúde o tema ambiente, não apenas na suas dimensões física e natural, mas enfatizando as dimensões social, econômica, política e cultural, conclamando os povos do mundo a se engajarem na promoção de ambientes mais favoráveis à saúde, pois ambiente e saúde são interdependentes e inseparáveis. Para a criação de ambientes promotores de saúde, o principio da equidade devendo ser norteador e o desenvolvimento sustentável uma meta (BUSS, 2000, 2003; CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1991).

A Declaração de Sundavall sublinha quatro aspectos para um ambiente favorável e promotor de saúde: a dimensão social – que alerta para a necessidade de mudanças nas relações sociais tradicionais quebrando o isolamento social que pode influenciar negativamente a saúde; a dimensão política – com enfoque na participação democrática nos processos de decisão e descentralização dos recursos; a dimensão econômica – que requer re-escalonamento dos recursos para os setores sociais (inclusive saúde) e para o desenvolvimento sustentável e por fim, a utilização da capacidade das mulheres em todos os setores (BUSS, 2000; CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1991).

A Conferência de Sundsvall apontou estratégias fundamentais para ação em saúde pública visando à criação de ambientes favoráveis: a realização de ações comunitárias; a capacitação individual e coletiva (empoderamento individual e coletivo); a construção de alianças para obtenção de saúde e ambientes favoráveis e a mediação de conflitos de interesses daí decorrentes.

A Declaração conclui por conclamar que a mesma fosse considerada durante a Conferencia das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente, que ocorreria um ano após no Rio de Janeiro, quando seria assinada a Agenda 21, um acordo entre os países membros, em um evento marcante, que se destacou por chamar atenção do mundo para os problemas ambientais do final do século vinte (BRASIL, 1995).

2.4.5 **Rio - 92 e a Agenda 21**

Em 1992 realiza-se na cidade do Rio de Janeiro – Brasil a Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento, a ECO-92, ou Rio-92, como ficou conhecida, da qual resultou uma agenda de trabalho para o século 21, a "Agenda 21", voltada para problemas atuais, representando um compromisso político no que diz respeito ao desenvolvimento e cooperação ambiental (BRASIL, 1995).

Partindo do diagnóstico dos desafios que enfrenta a humanidade, como as disparidades entre nações, e no interior delas, a deterioração ambiental e o seu reflexo sobre as condições de vida do planeta, a Rio-92 voltava-se a preparar o mundo para o século XXI. Para tanto, destacava o papel dos governos na sua efetivação, e a necessidade da definição de estratégias e políticas voltadas para o desenvolvimento sustentável.

A Agenda 21 é um denso documento dividido em 40 capítulos agrupados em IV Seções: I- Dimensões Sociais e Econômicas; II- Conservação e Gestão dos Recursos para o Desenvolvimento; III- Fortalecimento do papel dos grupos principais e IV- Meios de Implementação (BRASIL, 1995).

Entre os tópicos que merecem destaque, está a intima relação entre desenvolvimento e saúde. Durante todo o Capítulo 6, a Agenda 21 reforça a relação entre saúde e condições de vida, salientando a necessidade do estabelecimento de mecanismos de controle ambiental como parte do atendimento primário à saúde, ou se empreendidos fora do âmbito da saúde, que estejam a ele intimamente relacionados. Assim, "os vínculos existentes entre saúde e melhorias ambientais e sócio-econômicas exigem esforços intersetoriais" (BRASIL, 1995, p.51)

A Agenda 21 ressalta que tais esforços abrangem diferentes esferas da vida, tais como educação, habitação, entre outras, e sua consecução está vinculada a capacitação das pessoas e suas comunidades, pois é impossível haver desenvolvimento sustentável sem que haja população saudável.

Por fim, enumera as áreas programáticas prioritárias do desenvolvimento sustentável para a saúde: a atenção primária da saúde como estratégia prioritária de atendimento; o controle das doenças contagiosas; a proteção de grupos vulneráveis; o enfrentamento do desafio da saúde urbana e a redução dos riscos decorrentes dos perigos ambientais (BRASIL, 1995).

Como um dos frutos da Conferência destaca-se a Declaração do Rio sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento, que consta de 27 princípios, e que tem como foco central das preocupações os seres humanos. (DECLARAÇÃO DO RIO, 1992).

A Declaração do Rio, reconhecendo a soberania dos Estados, destaca a necessidade dos mesmos assumirem a responsabilidade ambiental dentro do seu território, garantindo o desenvolvimento sustentável e atendendo de forma eqüitativa as necessidades das gerações atuais e futuras.

Vale salientar o significado simbólico da Agenda 21 e da Declaração do Rio, e o enorme desafio às nações, ali lançados.

Para Minayo, Hartz e Buss (2000), embora o discurso do desenvolvimento sustentável seja uma quase unanimidade, na realidade os conflitos de interesse estão longe de permitir sua conquista, e o mundo caminha aparentemente para a insustentabilidade, pois o modelo ocidental (quase) hegemônico, urbano, polarizado e predatório, não leva em conta necessidades de gerações futuras, em franca contradição com as recomendações da Rio-92, ou o discurso de promoção da saúde.

A Agenda 21 será referida nos documentos institucionais sobre o PSA como um texto chave, e que fundamentou a concepção de vigilância em saúde ambiental, bem como os princípios e diretrizes programáticos (RECIE, 2001, 2003, 2003a, 2003b).

2.4.6 **Jacarta - uma cidade em desenvolvimento sedia uma Conferência**

Em 1997 realiza-se a quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Jacarta (Indonésia), com o subtítulo: *"Novos atores para uma nova era"*, e foi centrada nas discussões sobre a necessidade de reforço das ações comunitárias. A Conferência realizada em Jacarta foi marcante por ter sido a primeira conferência sobre promoção da saúde a se realizar em um país em desenvolvimento (BUSS, 2000, 2003; BRASIL, 2003C).

Seu documento final considera que a promoção da saúde é um investimento valioso. A saúde é mais uma vez reconhecida como "direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico" (BRASIL, 2003C, p. 288).

A Declaração de Jacarta, além de ressaltar os vínculos entre saúde e desenvolvimento e reafirmar posições históricas da promoção da saúde, reforça a importância da ação comunitária, ou empoderamento coletivo, o que implica na necessidade de acúmulo de

conhecimento sobre as melhores práticas, a necessidade de se facilitar o aprendizado compartilhado e de promover a solidariedade, com ênfase para a importância do acesso à educação e à informação.

Foram cinco as prioridades elencadas para o campo da promoção da saúde: promover a responsabilidade social com saúde – políticas públicas saudáveis e comprometimento do setor privado; aumentar investimento na saúde através do enfoque multissetorial; consolidar e expandir parcerias para saúde entre os diferentes setores em todos os níveis de governo e sociedade; fortalecer a comunidade para que influam positivamente nos fatores determinantes da saúde e definir cenários preferenciais para atuação (escolas, trabalhos, comunidades).

Para Buss (2003) a grande importância do encontro em Jacarta refere-se às afirmações do documento de que ações que buscam combinar as cinco estratégias elencadas na Carta de Ottawa são mais eficazes do que estratégias isoladas. Ao apontar diferentes lócus como espaços para desenvolvimento de políticas promotoras de saúde, a Declaração de Jacarta oferece orientação prática para ações concretas.

A Conferência de Jacarta, porém, estabeleceu uma polêmica considerável ao incluir o setor privado como ator de políticas promotoras de saúde, através da responsabilização por políticas saudáveis (BUSS, 2003).

Embora com a polêmica de incorporar o setor privado, o evento de Jacarta retoma os fundamentos básicos da Carta de Ottawa de forma operativa e abrangente.

A quinta conferência ocorreria na Cidade do México em 2000, às vésperas do início do novo milênio.

2.4.7 **Das idéias às ações: a Conferência do México**

No ano 2000 realiza-se na cidade do México a quinta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, com o subtítulo de: “Das idéias às ações”, e buscou avançar no sentido das prioridades definidas na reunião anterior, em Jacarta.

A Declaração do México é um documento sintético, no qual a conquista de melhores níveis de saúde é reconhecida como fundamental para o desenvolvimento social, econômico e a equidade, e que a promoção da saúde e o desenvolvimento social são responsabilidades e dever dos governos e da sociedade em geral (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003; CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2000).

Os signatários da Declaração do México apontam a promoção da saúde como componente fundamental das políticas e programas públicos na busca por equidade e melhor saúde para todos, devendo ser considerada prioridade nas políticas públicas, tanto nos níveis local, regional, nacional e internacional, cabendo ao setor saúde a liderança que busque a participação ativa de todos na implementação de tais ações. Para tanto é necessário incluir a identificação de prioridades em saúde, estabelecendo-se políticas e programas para implementá-los (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2000).

2.4.8 **Um mundo globalizado e Bangkok - contradições, ou volta ao passado?**

A sexta Conferência de Promoção da Saúde ocorreu em Bangkok (2005), com o subtítulo de “A Promoção da Saúde em um Mundo Globalizado”. Destaca-se pelo reconhecimento da importância e necessidade de se estabelecer compromissos para enfrentamento dos fatores determinantes de saúde em um mundo globalizado, mediante a promoção da saúde. Os participantes chamam atenção para as mudanças ocorridas no mundo ao longo de quase vinte anos passados da conferência de Ottawa (CARTA, 2005).

A Carta de Bangkok divide-se em grandes tópicos. O primeiro ratifica os compromissos firmados nas conferências anteriores, reconhecendo a saúde como um direito fundamental de todos e fator determinante da qualidade de vida.

O segundo discute o mundo em um contexto de transformação e aponta como pontos críticos a crescente desigualdade entre países e intra-países, além das novas formas de consumo e de comunicação; as mudanças ambientais sofridas ao longo dos anos influenciadas pelo acelerado processo de urbanização, observado em todo o mundo.

No tópico “Estratégias de promoção da saúde em um mundo globalizado”, a Carta de Bangkok volta-se para a necessidade de ‘advogar’ a saúde como base dos direitos humanos, investindo-se em políticas sustentáveis, voltadas para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença.

A Carta de Bangkok reconhece a importância de alianças entre os diferentes setores da sociedade, sejam esses governamentais, não governamentais, públicos ou privados, no sentido de se impulsionarem práticas sustentáveis.

Por fim, aponta para o ‘Compromissos em favor da Saúde para Todos’, confirmando o setor saúde como liderança para o desenvolvimento de políticas saudáveis e estabelecendo quatro compromissos para a promoção da saúde (CARTA, 2005):

a) Ser a promoção da saúde um componente primordial da agenda de desenvolvimento mundial;
b) A responsabilidade dos governos com a promoção da saúde, no sentido do enfrentamento dos problemas de saúde e das fortes desigualdades sociais;
c) Das políticas promotoras de saúde como objetivo fundamental da sociedade;
d) O compromisso dos setores empresariais com a redução dos fortes impactos ambientais, através do cumprimento de normas e acordos locais, nacionais e internacionais de proteção ao meio-ambiente.

Os signatários da Carta de Bangkok salientam que, se de um lado a Carta de Ottawa suscitou inúmeras reflexões, resoluções e eventos de apoio ao ideário da promoção da saúde, por outro, nem sempre as medidas propostas têm sido efetivadas. Finalizam com a conclamação aos estados membros e à Organização Mundial da Saúde que concentrem esforços na efetivação e execução de políticas promotoras de saúde.

A Carta de Bangkok não é um documento consensual. Poter (2007), através de uma análise de discurso, aponta uma mudança substancial entre os discursos de promoção da saúde da Carta de Ottawa e a Carta de Bangkok. A última migra do discurso de justiça social adotado em Ottawa, para um discurso que qualifica de ‘novo capitalismo’, no qual as ações de promoção da saúde são centradas em adoção de leis e mecanismos econômicos. A autora argumenta, com propriedade, que os dois documentos se distanciam, pois o primeiro assume um discurso de democracia, e o segundo, de tecnocracia.

Laverack (2007), caminha na mesma direção de Poter (2007). Para o mesmo, a diferença fundamental entre as Cartas de Ottawa e de Bangkok, é o foco dado por cada uma aos determinantes de saúde. Para o autor a Carta de Bangkok foca no processo de capacitar as pessoas a terem maior controle sobre sua saúde e os seus determinantes, enquanto a Carta de Ottawa tem foco preponderante nos determinantes sociais da saúde. A diferença fundamental entre os documentos concerne fundamentalmente à concepção de saúde que cada um assume.

A mudança de foco entre as duas cartas, certamente terá repercussões, ainda insuficientemente sentidas e estudadas, e provavelmente, ainda pouco identificada no âmbito mais global, pela sutileza do documento de Bangkok (LAVERACK, 2007; POTER, 2007).

A sétima conferência será realizada no Kenia, com data prevista para outubro de 2009.

Ao longo das conferências e das reflexões daí decorrentes, foram se configurando os princípios da promoção da saúde. Pela relevância e reconhecimento dos mesmos, a seguir discutiremos aqueles reconhecidos internacionalmente, e em particular pelo Ministério da Saúde, através da sua Política Nacional de Promoção da Saúde.

2.5 A PROMOÇÃO DA SAÚDE E SEUS PRINCÍPIOS

São sete os princípios da promoção da saúde: a concepção holística da saúde; intersetorialidade das ações; empoderamento; participação social; equidade das ações; ações multi-estratégicas e sustentabilidade das ações (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1998; SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

Em março de 2006 o Ministério da Saúde publicou a Portaria de N^{o} 687, na qual aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006b). A Política Nacional de Promoção da Saúde assume como diretrizes a:

a) Integralidade das ações;
b) Equidade;
c) Responsabilidade sanitária;
d) Mobilização e participação social;
e) Informação, educação, comunicação;
f) Intersetorialidade das ações;
g) Sustentabilidade.

Podemos, pois, considerar que a proposta da Política Nacional dialoga com os princípios apontados por Sícoli e Nascimento (2003), aproximando-os dos princípios e diretrizes que regem o SUS.

Aqui consideraremos ‘informação, educação e comunicação’ como empoderamento individual, e ‘mobilização e participação social’ como empoderamento coletivo, por serem os termos mais adotados nos documentos sobre promoção da saúde (CARVALHO, 2004, 2004a; 2005; SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

Em 1986 a Organização Mundial da Saúde publicou a primeira versão do seu Glossário de Termos sobre Promoção da Saúde, que em 1998 foi revisado. O intuito do Glossário é de uniformizar a compreensão dos termos internacionalmente. O documento foi

novamente ampliado em função das constantes discussões internacionais sobre Promoção da Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1998a; SMITH; TANG; NUTBEAM, 2006).

O documento da Organização Mundial de Saúde será base para compreensão de diversos termos, na medida em que são adotados internacionalmente. A seguir, apresentaremos as concepções que prevalecem em torno dos conceitos que optamos por aprofundar: a concepção ampliada de saúde; a intersetorialidade das ações; o empoderamento; a equidade e a integralidade, ressaltando no entanto, a polissemia e o caráter valorativo que os envolve.

A opção por restringirmos a discussão aos temas acima deve-se a compreensão de que são os que influenciaram a conformação do PSA, e pela estreita relação dos mesmos com os princípios e diretrizes do SUS. A concepção ampliada de saúde, por ser adotada na Carta Constitucional Brasileira como pilar básico do SUS, bem como ser preponderante nas discussões sobre promoção da saúde, a universalidade como princípio e aspectos relacionados ao processo de descentralização das ações serão também tópicos aqui discutidos. O diálogo do PSA com tais princípios ou diretrizes assim o exige.

É importante, porém, a ressalva de Akerman, Mendes e Bógus (2004), de que o campo da promoção da saúde está repleto de valores em disputa, portanto, os princípios aqui abordados são carregados de significados, e opções serão feitas, sempre que necessário.

2.5.1 **A Concepção ampliada de saúde**

A concepção ampla de saúde pressupõe a relação entre saúde e condições de vida. Tal concepção é afirmada na Constituição brasileira, em seu Artigo 196, no qual assume a ‘Saúde’ como direito universal dos cidadãos e que cabe ao Estado garanti-la “mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos [...]” (BRASIL, 2004, p. 127).

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a adoção da definição de saúde como resultante do modo de organização da sociedade e resultante de múltiplos fatores, torna cada vez mais necessária a integração da política de saúde a outras políticas sociais e econômicas para que seja alcançada uma maior efetividade (CAMPOS; BARROS; CASTRO, 2004). Os autores são categóricos ao afirmar que a concepção ampliada de saúde, e suas implicações, é o

ponto de intersecção mais evidente e significativo entre a estratégia de Promoção da Saúde e o SUS.

Ao analisar a Constituição brasileira de 1988, o jurista Sebastião Tojal, identifica a mesma como uma Constituição Dirigente. Para o jurista, ao inscrever em seu Artigo 196, a saúde como direito, o Estado passa a estar juridicamente obrigado a prover a população de ações e serviços visando à construção de uma nova ordem social (TOJAL, 2003). O significado de tal afirmação tem sido o mote norteador das discussões em torno da consolidação do SUS, ao longo dos seus vinte anos.

Em seu Glossário de termos referentes à promoção da saúde, a OMS define os determinantes de saúde como o conjunto de múltiplos fatores que influenciam a saúde, relacionados tanto ao estilo de vida de cada um, como a fatores como renda, educação, emprego, condições de trabalho, ambiente sustentável, acesso aos serviços e ações de saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1998a).

A Política Nacional de Promoção da Saúde é também enfática na sua introdução ao reiterar a concepção ampliada de saúde, e ao definir como seu objetivo geral, a promoção de ações voltada para os condicionantes do processo saúde/doença (BRASIL, 2006a).

Ao definir o objetivo geral de políticas promotoras da saúde, o Ministério da Saúde assume a concepção ampla de saúde, pois promover saúde significa:

> [...] reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais **(**BRASIL, 2006a**).**

O documento da Política Nacional de Promoção da Saúde é enfático ao apontar o diálogo entre seus princípios, os do SUS e a afirmação do direito à vida e à saúde. Assim, há um entrelaçamento de princípios do SUS com os de uma política promotora de saúde, em uma recursividade organizacional, no qual um influencia e é influenciado pelo outro (MORIN, 2000, 2003a).

2.5.2 **A intersetorialidade como princípio e meta**

No âmbito das diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde, o Ministério da Saúde destaca a necessidade de se estimular a realização de ações intersetoriais, viabilizadas a

partir de parcerias que envolvam mudanças nas culturas organizacionais, visando a horizontalização das ações e o estabelecimento de redes de cooperação (BRASIL, 2006a).

Ação intersetorial é definida pela Organização Mundial de Saúde como a colaboração entre parceiros de diferentes setores da sociedade que forma-se para agir por um objetivo comum, o de alcançar melhores resultados para a saúde, de forma sustentável e efetiva, o que não seria alcançado pelo setor saúde isoladamante (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1998a).

Compreende-se como intersetorialidade, portanto, a articulação entre diferentes sujeitos de diferentes setores da sociedade, com saberes, poderes ou vontades diversas. Logo, potencialmente conflitantes, voltados para o enfrentamento de problemas complexos. Interseotrialidade representa nova prática, e pressupõe respeito às diferenças e às particularidades dos setores envolvidos (REDE UNIDA, 2006).

A cooperação entre diferentes setores envolvidos, bem como a articulação de suas ações, ou seja, a realização de ações intersetoriais é decorrência de uma visão ampliada do processo saúde / doença (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

A adoção de políticas intersetoriais significa abordar os problemas sociais onde os mesmos ocorrem. Assim, as cidades, entendendo-as como espaços privilegiados onde as pessoas vivem e se reproduzem, tornam-se lócus privilegiado para adoção de práticas intersetoriais. Adotar práticas intersetoriais significa considerar os problemas sociais a partir de uma visão integrada, e da integração de ações para suas soluções (JUNQUEIRA, 2000; TEIXEIRA; PAIM, 2000).

Segundo Junqueira (2000), intersetorialidade representa:

> [...] uma concepção que deve informar uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços, para garantir um acesso igual dos desiguais. Isso significa alterar toda forma de articulação dos diversos segmentos da organização governamental e de seus interesses. (JUNQUEIRA, 2000, p. 42)

A intersetorialidade representa a busca de uma unidade no fazer, devendo as ações serem convergentes, complementares e conjuntas. A adoção de práticas intersetoriais está vinculada a um processo de negociação e comunicação entre diferentes atores (GALINDO, 2004).

Ações intersetoriais não devem representar a simples soma de olhares sobre um objeto. O maior desafio para agir intersetorialmente está em compreendê-la como construção compartilhada. Como processo no qual há interlocução entre os diferentes saberes e práticas,

durante o qual, os vínculos, comprometimentos, e partilhamento de responsabilidades e poder decisório se tornam realidade, em prol de um objetivo unificador. Agir intersetorialmente é em última instância, a busca pela melhoria das condições de saúde e de vida da população, através da construção de espaço de poder compartilhado, portanto potencialmente conflituosos na medida em que envolvem necessariamente a partilha de poder e decisão (CAMPOS; BARROS; CASTRO, 2004; TEIXEIRA; PAIM, 2000).

Porém, como alertam Mannheimer et al. (2007), conceitos amplos como ‘intersetorialidade’, por sua natureza multidimensional, são conceitos que podem ter sentidos diversos, em diferentes contextos.

Em um estudo realizado em uma cidade da Eslováquia, Mannheimer et al. (2007), contextualizam um país que assistiu em curto período de tempo, profundas mudanças, passando de um país ‘autoritário/igualitário’, para um país ‘liberal/democrático’, que visava se inserir na Comunidade Européia e que apresentava discrepância nos indicadores de saúde em relação aos demais países da Europa Ocidental. Os autores identificaram barreiras e dificuldades significativas para implementação de políticas intersetoriais, localizadas, sobretudo, na falta de apoio político e financeiro, na escassa formação dos técnicos para desenvolverem ações articuladas, e na pouca colaboração entre os técnicos das diferentes áreas, além de falta de estruturas adequadas de suporte às ações intersetoriais. O estudo dos referidos autores identifica a dicotomia entre o reconhecimento da importância do desenvolvimento de ações intersetoriais e as dificuldades concretas no seu processo de implementação, reforçando assim, o afirmado anteriormente em relação a processos que envolvem conflitos de distribuição de poder e decisão.

Sanches et al. (2005) ao apresentarem os resultados positivos de uma experiência piloto de intervenção sobre o vetor da dengue em Havana, Cuba, fazem ressalvas importantes. Primeiramente, criticam uma visão que consideram tecnocrática, que restringiria a intersetorialidade a participação de atores institucionais de vários setores e áreas. Para os mesmos, deve-se compreender a intersetorialidade como voltada para ações participativas, nas quais as comunidades e a sociedade tenham participação ativa. Assim sendo, as ações intersetorias atuariam como facilitadoras do empoderamento individual e comunitário.

O estudo envolveu os Conselhos Populares, aos quais se juntaram expertises em controle de vetores, entre outros profissionais. Os dados analisados apontaram para o sucesso e a eficácia das ações. Vale salientar que mesmo após a saída dos técnicos, os autores mantiveram o otimismo, na medida em que passado um ano da experiência, os índices vetoriais permaneciam baixos na área onde o projeto foi desenvolvido, mais uma vez,

reforçando o caráter de empoderamento que ações intersetoriais articuladas com a comunidade podem representar (SANCHES et al., 2005).

Para Van Herten, Reijneveld e Gunning-Schepers (2001) políticas intersetoriais de saúde podem ser definidas fora do âmbito estrito setorial, no intuito de buscar respostas para problemas específicos. Os mesmos definem cinco passos que deveriam ser utilizados para o desenvolvimento de políticas intersetoriais: 1. Análise da viabilidade da política intersetorial; 2. Hierarquização dos principais setores; 3. Sondagem dos setores a serem envolvidos na ação; 4. Negociação para o desenvolvimento de políticas de saúde intersetoriais; 5. Implementação e avaliação da política definida com os demais parceiros.

Indo além, os autores sugerem um método rápido para realização da análise de viabilidade da política, que consta de três passos. O primeiro consta da avaliação de disponibilidade de evidências para a implementação da política. O segundo passo refere-se ao grau de apoio que a mesma tem, e por fim, a avaliação da existência das ferramentas necessárias para a implementação da política proposta. Com tal ferramenta Van Herten, Reijneveld e Gunning-Schepers (2001) avaliaram a viabilidade de implementação de duas políticas intersetoriais na Holanda, concluindo pela utilidade do instrumental na identificação de prioridades, anteriormente a definição de implementação de uma política, que de outro modo, pode estar fadada ao insucesso.

A construção de práticas intersetoriais implica que algumas premissas sejam cumpridas. Primeiramente, vontade política de realizá-la. Segundo, competência e condições técnicas de implantá-la. A construção da viabilidade política, expressa através da habilidade de negociação, é outro aspecto, crucial, a ser considerado (GALINDO, 2004).

Portanto, parece haver certo descompasso entre o discurso de ações intersetorias, e as possibilidades concretas de implantá-las. A necessidade de mudanças de processos de trabalho, de abertura de canais de diálogos permanentes, de troca de saberes, e, sobretudo, de partilhamento de poder, tornam a realização de ações intersetorias um dos grandes desafios para implementação de uma política promotora de saúde.

2.5.3 **Empoderar os indivíduos e a comunidade**

Um dos princípios chave da promoção da saúde é o empoderamento, tanto em relação ao indivíduo como em relação ao coletivo. No entanto, algumas questões prévias necessitam

ser discutidas. Como salienta Carvalho (2004, p.1090) empoderamento “é um conceito complexo e que toma emprestado noções de distintos campos do conhecimento”, e, portanto, deve ser visto com cautela por potencialmente levar a múltiplas interpretações.

Carvalho (2004, 2004a, 2005) opta inclusive pela não tradução do termo ‘*empowerment*’, por considerar que nenhuma tradução expressa o total significado da palavra, o que no caso expresso da presente tese não será o caso. Adotaremos, assim como o documento base da Política Nacional de Promoção da Saúde, o termo empoderamento.

Carvalho (2004, 2004a) considera que a categoria empoderamento facilita o diálogo transdisciplinar e a incorporação de temáticas como a diferença, a subjetividade e singularidade dos sujeitos individuais ou como coletividade. O autor ressalta as duas abordagens principais do empoderamento: um enfoque que classifica de psicológico e um enfoque comunitário. Na diferenciação desses enfoques estaria presente a categoria *poder* e suas múltiplas dimensões.

A dimensão psicológica do empoderamento contribuiria no máximo para produzir uma “autonomia regulada”, pois estaria voltada para criação da consciência sanitária do individuo. Entretanto, a partir da criação do sentimento de poder sobre sua saúde, pode-se criar a ilusão da existência efetiva de poder, o que nem sempre é realidade. Tais aspectos são corroborados por Buss (2000, 2003) e Czeresnia (2003).

Para Carvalho, a adoção exclusiva desse enfoque coloca o risco de, em tempos de crise fiscal, e a partir de motivações políticas o foco das ações transitarem para a esfera meramente individual, fazendo com que “[...] as pessoas, individualmente e através de estruturas de mediação como as igrejas e associações voluntárias, devem contar consigo antes de recorrer a serviços prestados por instituições estatais” (CARVALHO, 2004a p. 675).

Por outro lado, a dimensão do empoderamento comunitário preconiza um modelo pedagógico que assume a “educação como prática de liberdade”. Tal enfoque afirma que os processos de empoderamento implicam, quase sempre, a disputa pelo controle de recursos e pela redistribuição de poder. No processo de empoderamento comunitário, observam-se fatores situados em diferentes esferas da vida social: microfatores (plano individual); mesosfera social (como por exemplo o compartilhamento de conhecimento); macro fatores sociais (tais como a estrutura social, o Estado, a macroeconomia). Carvalho propõe pensar a categoria empoderamento comunitário como um continuum, que vai desde o nível individual até o nível macro social (CARVALHO, 2004a).

Embora essa concepção não negue os conteúdos do ‘empoderamento psicológico’, busca criar mecanismos que procurem promover a participação visando o aumento do

controle sobre a vida por parte dos indivíduos e comunidades, desenvolvendo a capacidade dos mesmos em intervir sobre a realidade, e assim conquistar uma melhor qualidade de vida (CARVALHO, 2004, 2004a, 2005).

O autor chama atenção, porém, para que, em nome da abolição da *"tirania do indivíduo"* não se crie a *"tirania do coletivo"*, destacando que se o desenvolvimento crítico dos indivíduos não é suficiente para a transformação da sociedade, ele é absolutamente necessário para que ela ocorra (CARVALHO, 2004, 2004a, 2005).

Temas como o empoderamento ou promoção da saúde, podem converter-se de um lado em "justificativas ideológicas para privatização e desregulamentação dos serviços de saúde (...) ou de outro, "representar um arcabouço teórico que suporta a progressiva transformação e democratização das políticas sociais" (CARVALHO, 2004a, p. 7).

No documento ministerial da Política Nacional de Promoção da Saúde é dado destaque a necessidade de ampliação da autonomia e co-responsabilização dos sujeitos e da coletividade (empoderamento do indivíduo e coletivo) como atributos fundamentais para o alcance de resultados duradouros de ações promotoras de saúde. Assim, o Ministério da Saúde assume a importância de transformar o sentimento de impotência internalizado pelos indivíduos diante das iniqüidades sociais e de poder decisório, sobre os fatores que afetam sua vida. (BRASIL, 2006a).

Portanto, podemos considerar que para o Ministério da Saúde do Brasil, empoderar é mais do que conscientizar (SÍCOLE; NACIMENTO, 2003).

A Organização Mundial de Saúde define empoderamento como a capacidade dos indivíduos e da comunidade em tornarem-se capazes que expressar suas necessidades e desenvolverem habilidades para decidirem sobre fatores que afetam sua saúde. Portanto, para a OMS há o empoderamento individual e o comunitário, ou coletivo. O empoderamento individual referindo-se a capacidade individual em tomar decisões sobre sua saúde e sua vida, e o empoderamento comunitário, envolvendo indivíduos agindo coletivamente para alcançarem maior influencia e controle sobre os determinantes da saúde e qualidade de suas vidas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1998a).

2.5.4 **A Equidade**

A instituição de políticas equânimes, voltadas para melhoria da qualidade de vida das populações é também diretriz fundamental para promoção da saúde, e é identificada como a busca de eliminar as diferenças desnecessárias, evitáveis e injustas (BRASIL, 2006a; SÍCOLE; NASCIMENTO, 2003).

As discussões sobre o termo equidade são também carregadas de significações. Historicamente, os debates em relação ao conceito de equidade têm se dado em torno dos trabalhos de John Raws e Amartya Sen, sustentados pela 'teoria da justiça', ou a filósofos como Aristóteles, Platão, e mesmo Marx e Engels (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 1999; PAIM, 2006; VIANA; FAUSTO; LIMA, 2003). Margareth Whitehead também se destaca internacionalmente como pensadora sobre equidade e saúde (PAIM, 2006; VIANA; FAUSTO; LIMA, 2003).

Diferentes autores assumem a profunda natureza valorativa da equidade. Esta natureza de valor levaria a não consensualidade em torno do tema, pois necessariamente estariam aí incorporados os 'valores' individuais dos que o adotam (REQUENA, 1997; GIRALDES, 1995). Portanto, a definição de equidade dependeria da importância dada à mesma como princípio de justiça social.

Requena (1997) ressalta que não é raro a equidade ser utilizada como "passaporte ético" de sustentação de discursos, sem que seja em contrapartida, adotada como prática de justiça social, ressaltando mais uma vez, o descompasso entre a apropriação de conceitos teóricos e sua transformação em ação concreta.

Segundo Whitehead (1992, p. 431) equidade em saúde tem uma dimensão moral e ética:

> [...] equidade implica que idealmente todas as pessoas de uma sociedade devem ter igual oportunidade para desenvolver seu pleno potencial de saúde e ninguém deve estar em desvantagem para atingir esse potencial, sempre que evitável [...].

Caberia aqui a distinção entre diferença desnecessária e diversidade. A diversidade é alheia à vontade humana, e até desejável. A diferença desnecessária, por outro lado, envolveria questões éticas e de justiça social, e sobre as quais se pode intervir. Nem toda diferença em saúde é necessariamente inevitável ou inaceitável, não sendo iniqüidade as diferenças decorrentes de variações biológicas naturais, idade, sexo ou mesmo

comportamentos pessoais danosos (desde que estes sejam assumidos diante de condições iguais de opção) (ALMEIDA, 2000; WHITEHEAD, 1992). Seriam sim, desnecessárias e injustas, portanto iniqüidade, as diferenças determinadas por fatores diversos, quando a liberdade de escolha está limitada (GIOVANNELA; FLEURY, 1996; WHITEHEAD, 1992).

A equidade como princípio, significa assumir a adoção de critérios de justiça distributiva na implementação de políticas, na busca da superação das iniqüidades, ou na construção de políticas saudáveis. Compreender a equidade como justiça distributiva, significa que não é igualdade da distribuição, e sim a justiça na distribuição, o que importa (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 1999).

Fassin (1996) alerta para o papel do Estado, que pode (e deve) por meio de medidas redistributivas e de proteção social, dar respostas ao estado de iniquidade, ou seja, é impossível pensar em equidade sem que o Estado assuma seu papel de definidor de políticas, o que no caso estudado, significa a Secretaria de Saúde do Recife assumir políticas equânimes, e reforça a responsabilidade do Estado para com a saúde dos cidadãos, reconhecida constitucionalmente no Brasil.

É pertinente a observação de Paim (2006) ao lembrar a apropriação do termo equidade pelos organismos internacionais, justamente em um momento de inclusão na agenda internacional, os ajustes macroeconômicos, ou seja, utilizam o tema da equidade para encobrir as desigualdades que historicamente contribuíram para produzir.

Ao preconizar práticas equânimes, o ideário da promoção da saúde assume que promover saúde significa garantir acesso universal, eliminando as diferenças desnecessárias e /ou injustas, sendo para tanto necessária a ampliação do acesso, a reorientação dos serviços sanitários, a criação de ambientes salubres, enfim, reverter as imensas desigualdades sociais existentes viabilizando condições de vida mais favoráveis (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003). Ou seja, é importante distinguir, no plano da saúde, a necessidade de políticas equânimes no sentido de corrigir desigualdades de condições de vida, e garantia de acesso aos bens e serviços de saúde (PAIM, 2006).

Para Paim (2006), a equidade aparece como princípio do SUS, junto à integralidade, como um caráter complementar dos conceitos. Na realidade, nos estatutos legais do SUS, é o termo ‘igualdade’, que é definido como princípio.

No entanto, como chamam atenção Carvalho e Santos (2001), a igualdade, como principio do SUS, significa que não pode haver distinção entre as pessoas, e que “é exatamente o atendimento especial, ‘desigual’, que preserva o princípio da igualdade” (CARVALHO; SANTOS, 2001, p. 77). Para o os autores, diante de uma situação desigual, só

o tratamento especial poderá promover a igualdade pretendida, o que se pode então, entender por equidade.

Para Cecílio (2006), a equidade, a universalidade e a integralidade das ações são conceitos tão entrelaçados, que juntos traduzem o ideário SUS. A integralidade é também uma das principais diretrizes da Promoção da Saúde, portanto, a seguir aspectos relativos ao que se entende por integralidade, serão brevemente discutidos.

2.5.5 **Integralidade**

Para Cecílio (2006), a integralidade, juntamente com a equidade e universalidade da atenção compõem um tríplice conceito que se tornam quase uma síntese representativa de todo o ideário da Reforma Sanitária brasileira. Para Cecílio, não há integralidade ou equidade possíveis sem a garantia da universalidade de acesso.

Mattos (2006) aponta como grande contradição a mudança de lócus de crítica e análise em relação à aplicabilidade dos princípios do SUS. Na década de oitenta, os militantes do movimento sanitário refletiam e formulavam o ideário do SUS em uma situação de oposição. Hoje, vivem o conflito de muitas vezes terem que defender o SUS como gestores, e por serem comprometidos com os seus princípios e diretrizes, sendo instados a criticar as imperfeições do SUS. O risco de perda da crítica como prática, nesse contexto é real, pois como bem alerta Mattos, estamos mais acostumados a criticar adversários do que aliados, ou a nós mesmos. Ainda chama atenção Mattos (2006), à polissemia de certos termos, como integralidade, que torna ainda mais complexa a tarefa de refletir sobre os mesmos.

Camargo Jr. (2006, p. 14), considera que ‘integralidade é uma palavra que não pode nem ao menos ser chamada de conceito’, o que, para o mesmo, é sua fragilidade e sua potencialidade. Para Mattos (2004, 2006) a integralidade é uma imagem-objetivo, diferente de uma utopia, pois se crê na sua efetivação em um horizonte de tempo. Porém, como imagem-objetivo, a compreensão do que seja integralidade tem vários sentidos, o que pode levar à banalização do uso do termo, desprovido de significado maior para aqueles que o usam.

Pinheiro (2006, p. 67) assim define integralidade:

> Uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos da atenção à saúde (plano individual – onde se constroem a integralidade no ato da atenção individual e o plano sistêmico – onde se garante a integralidade das ações na rede de serviços), nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados.

A compreensão do que seja integralidade é, portanto complexa, e a principal dificuldade reside em transpor tais concepções para o plano operacional concreto (PINHEIRO, 2006).

Para Mattos (2004, 2006) haveria ao menos três conjuntos de sentidos para a integralidade. Um primeiro sentido estaria relacionado com a visão do atendimento integral ao doente individualmente, traduzido na atitude do médico frente a seu paciente, como respostas dos profissionais às demandas e necessidades daqueles que os procuram. Porém, destaca Mattos, a atitude dos profissionais não pode ser considerada atributo exclusivo de um profissional. Deve, antes de tudo, refletir mudanças no processo de trabalho de uma equipe e que incidem sobre os indivíduos, médicos e pacientes.

O segundo sentido da integralidade se relaciona mais diretamente com a organização dos serviços e práticas de saúde. Tal sentido faz a integralidade emergir como princípio organizativo contínuo dos serviços de saúde, visando apreender as necessidades de saúde da população, garantindo e disponibilizando serviços de saúde em todos os níveis. Porém, é importante articular a demanda espontânea e a programada, percebendo a procura por serviços de saúde de forma espontânea como modo legítimo de apreensão das necessidades de um grupo populacional (MATTOS, 2006).

Por fim, o terceiro conjunto de sentidos da integralidade é relativo à configuração de políticas especiais como respostas governamentais a problemas de saúde, e que tem na política nacional voltada para a aids um bom exemplo, por articular ações de prevenção e ações assistenciais de forma coordenada.

Em consonância com Mattos (2006) e Pinheiro (2006), Cecílio (2006) também considera a necessidade de se adotar a integralidade em diferentes dimensões. O que em realidade, é explicitado nas normas legais que regem o SUS.

No Artigo 198 da Constituição brasileira, e no Artigo 7 da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), a integralidade é considerada. O Artigo 7 da Lei 8.080/90 explicita:

> As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde – SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo aos seguintes princípios: [...] II –

> Integralidade da assistência, entendida como um 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. [...]. (CARVALHO; SANTOS, 2001)

Carvalho e Santos (2001), ao comentarem a Lei Orgânica da Saúde (LOS), consideram que o princípio da integralidade deve ser combinado com o princípio da igualdade de assistência, em conformidade com Cecílio (2006). Os autores identificam na integralidade, como enunciada nas normas legais, os planos, tanto individual como coletivo.

Para Machado et al. (2007), embora cercada de sentidos, que são de uma lado a sua fraqueza e potencialidade, a integralidade é o princípio articulador do SUS, na medida em que se expressa tanto em relação às ações sob o indivíduo, como em relação a processos mais complexos, e ao que se compreende por políticas comprometidas com a promoção da saúde.

Por fim, corroborando Mattos (2006), qualquer que seja o sentido de integralidade adotado (e não são excludentes), o principal ponto de união entre eles é a recusa ao reducionismo:

> [...] então integralidade talvez só se realize quando procuramos estabelecer uma relação sujeito-sujeito, nas nossas práticas nos serviços de saúde, nos debates sobre a organização dos serviços, ou nas discussões sobre as políticas. Isso talvez envolva uma abertura para o diálogo com o outro, que sempre resiste aos nossos projetos, do mesmo modo como resistimos aos seus projetos. (MATTOS, 2006, p. 64**)**

Dois outros temas serão discutidos a seguir. A universalidade e a descentralização. Por comporem os princípios ou diretrizes do SUS, os mesmos foram reiterados no termo de referência do PSA. Os demais princípios e diretrizes do SUS já foram discutidos, em função do diálogo entre os mesmos e a concepção de Promoção da Saúde preconizada pelo Ministério da Saúde, e prevalente nos fóruns internacionais de discussão sobre o tema.

2.5.6 **A universalidade como princípio**

> A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção. (BRASIL, 2004, Art. 196, p. 127.)

Tal afirmação consta na carta constitucional do Brasil, reiterada na LOS que explicita a saúde como direito fundamental do ser humano, cabendo ao Estado provê-la a todos (CARVALHO; SANTOS, 2001).

Para Carvalho e Santos (2001), ao se reconhecer a saúde como direito de todos, assume-se que saúde é prerrogativa indisponível, assegurada a todos os cidadãos indistintamente, o que significa que não pode haver qualquer nível de restrição de acesso a qualquer pessoa que procure um serviço de saúde da rede pública, ou a ela conveniada.

O reconhecimento do direito universal à saúde resulta do longo processo de luta pela Reforma Sanitária Brasileira (ELIAS, 2004), que põe na cena política do país a noção de direito social universal, entendido, nas palavras de Faveret Filho e Oliveira (1990, p. 139), "como um atributo de cidadania sem qualificações, ao qual deve corresponder, como direito e não como concessão, uma ação estatal constitutiva da oferta dos serviços que lhe são inerentes". Entretanto, os mesmos autores identificam a universalização do sistema de saúde no Brasil como excludente, na medida em que 'exclui' para os setores privados parcelas significativas da população, criando uma clientela SUS usuária, que não representa todos os segmentos da sociedade brasileira.

A argumentação de Faveret Filho e Oliveira (1990) continua atual tantos anos depois, e reforça argumentos anteriores, do aparente paradoxo entre intenção explicitada, inclusive em mecanismos legais, e a dificuldade concreta em efetivá-las plenamente.

A definição da garantia de acesso universal aos serviços e ações de saúde no Brasil ocorre em um momento de crise do capitalismo mundial. Vale lembrar que internacionalmente a década de 80 foi marcada pela onda neoliberal e crise do Estado de Bem Estar Social. Entretanto, não só o contexto internacional era desfavorável. O Brasil vivia uma profunda crise econômica com significativas repercussões na sociedade (CORDEIRO, 2001). Somam-se a isso, as profundas desigualdades sociais do país, uma das maiores do mundo, que constitui um desafio para aplicação plena da universalidade (MARQUES; MENDES; 2007).

Embora o embate tenha que ser permanente, seja na luta pela garantia de recursos, seja na responsabilização dos entes federados pela saúde, o SUS tem alcançado resultados surpreendentes tanto em relação ao acesso aos serviços de saúde como na melhoria das condições de saúde da população, traduzidas em melhores indicadores de saúde (MARQUES; MENDES, 2007).

Marques e Mendes (2007), considerando o imenso significado do reconhecimento da saúde como direito de todos, observa a importância do direito universal de acesso à saúde ter sido incluído no sistema de seguridade social.

Embora apontando o peso da herança das desigualdades e o tempo histórico particular da instituição do SUS, as conquistas daí advindas são reconhecidas, e melhoras significativas das condições de acesso e de saúde têm sido observadas (SANTOS, 2007).

2.5.7 **A descentralização das ações**

O Artigo 198 da Constituição Nacional de 1988 afirma a unicidade do sistema de saúde brasileiro, organizado segundo as ‘diretrizes’ da descentralização com direção única em cada esfera de governo, atendimento integral e participação comunitária (BRASIL, 2004).

A Lei 8.080/90 dedica o seu Artigo sétimo para definir os ‘princípios’ do SUS, entre eles, a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo (CARVALHO; SANTOS, 2001).

Como destacam Rezende e Trindade (2003), os princípios referem-se à política de saúde propriamente dita, e as diretrizes às formas de organização ou modo de gestão do sistema. Entretanto, muitos consideram princípios e diretrizes como sinônimos. Para Rezende e Trindade (2003) os dois termos são utilizados ora com um sentido, ora como outro, na legislação concernente ao SUS. Na LOS, por exemplo, a descentralização é considerada princípio, quando deveria ser uma diretriz. Os dois autores, se dirigindo a magistrados, optam por utilizar o termo princípio ao se referir tanto ao que se convencionou definir como princípios do SUS, como às diretrizes organizativas.

Porém, o principal aspecto a ressaltar é o reconhecimento da descentralização como critério norteador do SUS.

Entretanto, a compreensão sobre descentralização e seus benefícios é complexa, e carregada de significados. Para Atkinson (2002), embora o valor da descentralização, tanto para gestão como para democratização dos processos, tenha se tornado um verdadeiro ‘mantra’ para a saúde pública, é necessário ter claro o que se compreende por descentralização. Para a autora, se por um lado a descentralização permite a ampliação dos espaços decisórios e adequação das políticas às diferentes realidades locais, por outro, um processo de descentralização que não seja adequadamente realizado pode levar a um aumento das desigualdades entre diferentes localidades.

No mesmo sentido caminham as observações de Collins, Araújo e Barboza (2000), que, ao reconhecerem as inúmeras vantagens da descentralização alertam para o risco de uma

condução inadequada de um processo de descentralização. Em nome da equidade, se não houver uma conseqüente descentralização de recursos (financeiros e políticos), pode-se ampliar as iniqüidades entre as localidades.

Bodstein (2002) chama atenção para o fato da descentralização significar potencialmente um avanço no sentido de ampliar espaços de diálogo e controle social, constituindo-se um importante pré-requisito para fortalecimento da cidadania. Porém, a descentralização, para a autora, deve vir acompanhada de capacidade gerencial de um lado, e de formação daqueles envolvidos no controle social de outro.

Para Solla (2006) a descentralização também não deve ser um fim em si mesma, não sendo garantia de melhorias na gestão do SUS ou dos resultados daí advindos. As concepções de gestão e de distribuição de poder por parte dos gestores são fatores essenciais para o sucesso da descentralização. Solla, embora reconhecendo os enormes avanços alcançados com a descentralização no SUS, considera que houve um esgotamento do processo de descentralização por habilitação (processo cartorial) feita por adesão (vontade de gestor) e concordância das demais esferas governamentais, o que levou ao debate por novos mecanismos estabelecidos a partir do pacto de gestão. Indiscutivelmente a discussão suscitada por Solla é da maior importância e atual, porém escapa ao escopo da presente tese.

2.6 CONSIDERAÇÕES SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Conforme apresentamos, os princípios e diretrizes de uma política promotora de saúde travam um coerente debate com os princípios de diretrizes do SUS. Portanto, a definição pela adoção de políticas saudáveis representa uma importante oportunidade de resgatar o ideário da Reforma Sanitária, em particular por definir uma concepção ampliada de saúde, e as implicações aí implícitas, em particular, a identificação da necessidade de abordagens multidisciplinares e ações articuladas entre diferentes atores no sentido de alcançar melhorias nas condições de vida e saúde da população (TEIXEIRA, 2004).

O relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, a Constituição de 1988 e a legislação infraconstitucional (Leis 8.080 e 8.142) são instrumentos que reforçam no Brasil, a concepção de uma política promotora de saúde, desde que compreendida como estratégia de melhoria das condições de vida e saúde da população, na medida em que relaciona saúde e

condicionantes externos ao setor saúde, e reconhecem, de um lado a missão do setor saúde, e de outro, a necessidade de articulação com outros saberes e práticas (PEDROSA, 2004).

Para Lefevre e Lefevre (2004) a promoção da saúde representaria uma ruptura de paradigma, ao deslocar o objeto da ação do doente para a doença. Na ausência de doença, não existe o doente. É, entretanto, importante salientar que tal assunção não significa um objetivo utópico. A promoção da saúde representaria não mais a intervenção exclusiva sobre os corpos doentes, como historicamente prepondera na medicina, nem tão abrangente sobre a 'sociedade', de modo a deslocar o foco da ação setorial. A promoção da saúde deve ter por foco a relação dos corpos doentes (ou assim identificados) e a sociedade. Assim, o objeto da promoção da saúde situa-se no campo do setor saúde, pois não há como alcançar saúde sem passar pelas doenças.

Promoção da saúde significa que a saúde não pode ser vista como bem de consumo. Deve sim, firmar a premissa constitucionalmente garantida, de que saúde é um direito de todos (LEFEVRE; LEFEVRE, 2004). Portanto, preconizar ações promotoras de saúde significa enfrentar a realidade concreta, ou os problemas de saúde, não apenas no âmbito da denuncia, mais da ação.

O exemplo do PSA se enquadraria nessa concepção. Na medida em que é um projeto setorial, que busca articular ações, porém com um escopo bem definido de ações em face de problemas de saúde de magnitude na cidade do Recife, buscando superar os desafios colocados, reduzindo doenças, e enfrentando fatores que contribuem para manutenção dessas no município.

Como campo em constituição, as discussões em torno da Promoção da Saúde (e mesmo em relação ao SUS), e, sobretudo seus princípios e diretrizes, há uma polissemia de significados e conceitos, cujas interpretações são influenciadas por concepções, formação e mesmo filiação ideológica dos envolvidos (PEDROSA, 2004).

Bem como é importante destacar iniciativas locais que têm sido adotadas, a exemplo do Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil, desenvolvido em parceria entre a Universidade Federal de Pernambuco e a Agência Japonesa de Fomento (JICA), o que demonstra a pertinência do tema, e atualidade do mesmo (SÁ; YUASA; VIANA, 2006).

Assim, buscamos identificar as principais discussões que cercam cada um dos princípios aqui apresentados, tendo claro que não esgotamos os debates que circundam cada um deles. O nosso principal objetivo ao apresentar os aspectos aqui pontuados, foi permitir a abertura de um canal de diálogo com os entrevistados e suas concepções acerca do PSA.

Tendo por base os princípios apontados acima, e por consideramos que o PSA, mesmo que não explicitando cada um desses em seus documentos básicos, os assume como norteadores da política, é que definimos como objeto de trabalho a análise do PSA como política pública promotora da saúde. Para tanto é necessário e fundamental a compreensão do que representa analisar uma política pública, além da definição clara das opções metodológicas a serem adotadas.

Análise de Política, não é tema consensual. Há diferentes abordagens e concepções propostas. Portanto, a seguir tentaremos sintetizar algumas correntes, com enfoque direcionado para aquela que identificamos como mais abrangentes e adequadas para o estudo proposto.

3

ANÁLISE DE POLÍTICAS: CONCEITOS E INSTRUMENTOS

3 ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS: CONCEITOS E INSTRUMENTOS

3.1 INTRODUÇÃO

No presente capítulo discutiremos conceitos essenciais para a presente tese. Será apresentado o que se compreende por políticas públicas e análise de políticas, bem como serão apresentadas e discutidas as principais correntes analíticas sobre políticas públicas. A política pública será discutida a partir do ciclo da política, argumentando-se aspectos de interesse e limitações de tal opção.

Ainda serão desenvolvidas discussões sobre o que é poder, e suas dimensões, e como o poder está presente em todos os momentos do processo político.

Por fim, apresentaremos as opções adotadas para o desenvolvimento da presente tese, que estruturas analíticas serão seguidas e a justificativa das escolhas.

3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS

Definir política pública pode aparentemente ser uma tarefa destituída de maiores dificuldades. No entanto não é esse o caso. Como bem salienta Barker (1996), é mais fácil reconhecer uma política do que defini-la.

Howlett e Ramesh (2003), em uma interessante revisão, identificam algumas definições que merecem ser apresentadas e discutidas. A primeira definição, adotada por Thomas Dye em 1972, considera que política pública seria tudo o que um governo decide fazer ou não fazer. Howlett e Ramesh (2003) tecem uma análise sobre o conceito anterior, alertando sobre a limitação de tal definição, pois assim sendo, exemplificam os autores, de modo um tanto radical, porém verdadeiro, seria uma política pública desde a decisão de iniciar uma guerra nuclear, até o simples fato de adquirir ou não, grampeadores para um serviço.

Por outro lado Howlett e Ramesh (2003) consideram que o argumento de Dye traz em si aspectos interessantes. Um dos méritos é o reconhecimento de que o agente de políticas

públicas é o governo. Outro mérito é admitir o critério de escolha, de decidir fazer algo ou não fazer nada.

Outro autor que buscou conceituar política pública foi William Jenkins, de modo mais amplo e preciso do que a definição de Dye, ao introduzir ao conceito a noção de processo, e não de escolha. Para Jenkins, uma política pública é um conjunto inter-relacionado de decisões tomadas por atores públicos em relação a um dado objetivo ou meta, e os meios para alcançá-los, incluindo entre esses as relações de poder (HOWLETT; RAMESH, 2003; VIANA; BAPTISTA, 2008). Ao admitir a inter-relação de decisões, para Howlett e Ramesh (2003) Jenkins reconhece que dificilmente um problema será alvo de uma única e isolada decisão.

Uma terceira definição, a de James Anderson (*appud HOWLETT; RAMESH, 2003)*, embora incorpore aspectos das anteriores, amplia o conceito, gerando provavelmente, a definição mais clara do que seja uma política pública (VIANA; BAPTISTA, 2008; WALT, 2006). Para Anderson uma política pública é um curso de ações, desencadeadas por um ou mais atores, relacionadas a um problema ou uma questão de interesse. Ou seja, Anderson reconhece o link entre ação do governo e a identificação de um problema, ou efeito do mesmo, e que necessita ser enfrentado.

Uma política pública envolve decisões para fazer face à um dado problema, porém inclui ainda decisões subseqüentes relativas a implementação das decisões tomadas. É, no entanto, importante destacar que não fazer nada pode significar uma política. Conforme destaca Hogwood e Gunn (1984) e Walt (2006) uma política pode incluir o que um governo diz que vai fazer, o que ele realmente faz e o que o governo decide não fazer.

Para Hogwood e Gunn (1984) um dos principais aspectos a considerar é o caráter processual da política, além da sua dinâmica, na medida em que envolve diferentes sub-processos, que se estendem por um período de tempo variável, podendo mudar no correr do mesmo, sob influências diversas. Para Exworthy (2008) política é um processo, tanto quanto é produto.

Souza (2006, 2007) considera que não há uma definição definitiva do que seja política pública. Para a mesma, a definição de Laswell traz importantes elementos ao afirmar que decisões e análises de políticas públicas implicam responder às questões: quem ganha o quê, por quê e que diferença isso faz. A essência mesma de uma política pública é o embate entre idéias e interesses, porém, o principal aspecto a considerar em relação às políticas públicas refere-se ao *lócus* onde os embates em torno das idéias e interesses ocorrem, ou seja, no âmbito dos governos.

Para Viana e Baptista (2008) o essencial da compreensão do que seja uma política pública é falar do Estado em ação e de interesse público. É falar do processo de construção de uma ação governamental para um setor, e que para tal, envolve atores, recursos, disputas, negociações.

A definição do que fazer, ou não fazer, por parte de um governo, está vinculada não só a macro fatores, como o regime de governo, ou sistema político, mais a outros fatores, como questões situacionais específicas, fatores estruturais, aspectos culturais ou aspectos externos à localidade, ou país (WALT, 2006).

Como fatores situacionais, podemos exemplificar crises agudas, como epidemias, crise econômica, ou guerra, em caso extremo, durante os quais, são demandadas ações imediatas por parte do governo. Como fatores estruturais que influenciam a decisão governamental, citamos aspectos relacionados à economia local, que demandem ações especificas, ou mudanças na estrutura etária da população, criando novas demandas, são exemplos. Aspectos culturais são muitas vezes determinantes para que políticas venham a ser adotadas, como por exemplo, valores religiosos, ou étnicos, que precisam ser levados em conta para adoção de uma ação governamental. Por fim, aspectos externos, tais como crise econômica mundial, ou pressão internacional, podem ser determinantes para que um governo decida agir, ou não agir, em relação a um problema (WALT, 2006).

As questões acima destacadas chamam atenção para o fato de que, nenhuma política ocorre em um vazio. Há uma gama de fatores que influenciam as decisões e as iniciativas governamentais, como pertinentemente ressaltados por Walt (2006), o que faz com que a compreensão dos mesmos seja necessária e relevante em um processo de análise de política pública.

3.3 ANÁLISE DE POLÍTICAS

Conforme Viana e Baptista (2008) a análise de políticas públicas tem por objetivo o questionamento da ação pública, ou nas palavras de Dye apud GRUPO DE ANÁLISE DE POLÍTICAS DE INOVAÇÃO(2002, p. 5), análise de política é descobrir o que os governos fazem, porque fazem e o que isso importa.

Entretanto, é importante fazer a distinção entre duas categorias de análise: a análise *de* política e a análise *para a* política. A análise de política tem um caráter retrospectivo, que

objetiva compreender o processo de definição da agenda, formulação, decisão, implementação e avaliação. A análise para política tem, por outro lado, um caráter mais prescritivo (GAPI-UNICAMP, 2002; PARSONS, 1999).

A análise de política é considerada como caráter mais descritivo (e analítico) dos processos políticos, como atividade mais acadêmica e realizada por pesquisadores. Por outro lado, a análise para política assume um caráter prospectivo, no sentido de apoiar a elaboração de políticas, sendo uma atividade mais aplicada, voltada para o encontro de soluções adequadas (BUSE; MAYS; WALT, 2007; GAPI-UNICAMP, 2002).

É importante destacar o Planejamento Estratégico Situacional (PES), desenvolvido por Carlos Matus, e apresentado no seu livro intitulado ‘Política, planejamento e governo’ (MATUS, 1996), que tem por preocupação implícita a análise para política (CASTRO; LEFEVRE, 2004). No entanto, como bem salienta o documento do GRUPO DE ANÁLISE DE POLÍTICAS DE INOVAÇÃO(2002), os elementos desenvolvidos por Matus podem ser utilizados para realização de análises de política, o que será o caso da presente tese na qual, em diferentes momentos, será travado um diálogo com o trabalho de Carlos Matus.

Para Matus (1996) o ator que planeja está inserido em uma dada realidade, assim como o sujeito que analisa uma dada política. Assim, sujeito e objeto estão em intrínseca relação. Para Matus, há mais de uma explicação verdadeira, determinada por quem explica e o lócus no qual se coloca, o que é também realidade em uma análise de política. O olhar lançado por um dado analista, provavelmente será influenciado por aspectos relacionados à sua história de vida e inserção profissional. O mesmo objeto, observado por outro prisma, ressaltará diferentes aspectos da realidades, sem que nenhuma seja considerada a verdade absoluta.

O PES de Carlos Matus também introduz outros aspectos importantes para uma análise de política. O conceito de momento, que introduz um caráter dinâmico aos processos políticos é um deles. Um momento, para Matus, é apenas o domínio transitório de um sobre outro. Não há um momento absoluto, todos os momentos estão presentes, se influenciando mutuamente, em ordem diversa (MATUS, 1996; GAPI-UNICAMP, 2002).

Outra questão importante, abordada por Matus (1996), refere-se à complexidade que envolve o ato de governar. Para o autor, governar não pode ser reduzido a uma teoria, é uma arte, mais não pura arte, pois é também teoria. Governar exige o equilíbrio dos três vértices do triângulo de governo por ele elaborado. São eles: o projeto de governo; a capacidade de governo e a governabilidade do sistema.

O projeto de governo refere-se ao conteúdo propositivo de dado governo para alcançar os objetivos desejados. O projeto de governo está relacionado tanto às circunstâncias e interesses de dado ator, bem como à sua capacidade de governo.

A capacidade de governo, ou governança, diz respeito à capacidade de condução ou direção dada ao governo por um governante e está relacionada ao conjunto de técnicas, métodos, destrezas, habilidades e experiência de um dado governante e sua equipe, dados, conforme chama atenção Matus (1996), a governabilidade do sistema e conteúdo propositivo do projeto de governo. A capacidade de governo é em suma, o principal foco do livro de Matus.

A governabilidade está relacionada intrinsecamente às outras duas. No entanto, a governabilidade é relativa a dado ator, ou seja, uma mesma situação tem governabilidade diferente para diferentes atores, sendo mais ou menos governável em função de diversos fatores, como o capital político ou poder que o mesmo detém. A governabilidade pode se manifestar diferentemente para um mesmo ator em função do momento, ou do conteúdo propositivo ao qual se aplica. Assim, a governabilidade é a relação entre o conjunto de variáveis que um ator controla ou não controla. Quanto mais variáveis o mesmo controla, maior sua governabilidade (MATUS, 1996).

Assim, Matus identifica três grandes relativizações aplicadas à governabilidade de um sistema. A primeira, concernente ao ator. A segunda, relacionada ao conteúdo propositivo de dada política. E por fim, a terceira relativização, relacionada à capacidade de governo. Atores com elevada capacidade de governo (ou de governança, conforme Paim e Teixeira (2007) têm maior governabilidade do que aqueles com baixa capacidade de governo (MATUS, 1996).

Para Matus, é necessário o equilíbrio entre os três vértices do triângulo de Governo, que interagem e se condicionam mutuamente, tendo a ação humana como elemento comum e mediador. No triângulo de governo há distinção entre as três variáveis, porém com um intenso entrelaçamento e condicionamento mútuo.

De acordo com Matus (1996) a diferenciação entre os vértices diz respeito ao sistema propositivo de ações, dado pelo projeto de governo, ao sistema social, expresso pela governabilidade do sistema, e ao planejamento, ou capacidade de governo. O entrelaçamento comum, partindo da ação humana, reconhece o conjunto propositivo de ações, a possibilidade de ação e a capacidade de gerar e controlar ações, dados pelo projeto de governo, governabilidade e capacidade de governo.

Em paralelo, é também importante destacar que uma análise de política pode se tronar uma análise para política, na medida em que ao ser efetivada uma análise da política, ações

para a política podem (e em realidade, devem) ser identificadas (BUSE; MAYS; WALT, 2007). Em realidade, uma boa análise de política, pode contribuir não apenas para a política sob análise. Os instrumentos e métodos utilizados podem gerar contribuições para que futuras políticas observem aspectos detectados, no sentido de sua superação ou incorporação.

Walt e Gilson afirmavam em 1994 ser a análise de política uma disciplina bem estabelecida nos países industrializados, porém ainda incipiente nos países em desenvolvimento. Para Frey (2000) o fato da análise de política ter tido seu instrumental elaborado nos países desenvolvidos leva a algumas dificuldades em função das peculiaridades locais. No Brasil, embora se assista ao crescimento do campo, ainda se observa uma importante fragmentação organizacional e temática (ARRETCHE, 2003; FARIA, 2003).

Para Souza (2003) são dois basicamente os problemas que condicionam o ainda pouco acúmulo do Brasil na área. Primeiramente, a autora não identifica uma acumulação linear de avanços conceituais, porém reconhece o crescimento de estudos setoriais, em particular estudos de caso, com uma expansão horizontal. Uma terceira fragilidade apontada pela autora refere-se à proximidade dos analistas com os governos, não sendo raro que a realização de análises parta de demandas governamentais. Para a autora, aí residem a força e a fragilidade da área no Brasil. Neste sentido, a autora, ao buscar identificar o estado do campo da pesquisa em políticas públicas no Brasil, lança o desafio do aprofundamento conceitual e de construção de tipologias analíticas.

Em uma meticulosa revisão sistemática de literatura em análise de políticas públicas de saúde, realizada a partir das bases de dados PubMed e International Bibliography of the Social Science, abrangendo o período entre 1994 e 2007, Gilson e Raphaely (2008), identificaram 391 artigos publicados em língua inglesa, tendo por objeto países de baixa e média renda. Entre esses, apenas 164 foram selecionados para estudo detalhado, por serem os que apresentaram estudos empíricos de análise de políticas de saúde. As autoras concluem por apontar ainda a escassez de literatura específica, porém ressaltam uma ampliação gradativa de trabalhos na área, ao longo dos anos. Gilson e Raphaely (2008) também ressaltam aspectos cruciais a serem tomados em conta em uma análise de política. Para as mesmas, aspectos políticos, as relações de poder e os processos envolvidos na formulação ou implementação das mesmas, merecem maior atenção, e pesquisas em análise de política devem ser alvo de incentivo dos organismos financiadores.

Portanto, há uma concordância entre Walt e Gilson (1994), Faria (2003), Souza (2003) e Gilson e Raphaely (2008), e, no sentido de identificarem a necessidade de consolidação da

área, e o aprofundamento de conceitos e ferramentas analíticas voltadas para os países em desenvolvimento, aspectos também corroborados por Araújo Jr. e Maciel Filho (2001).

Autores diversos têm, desde os trabalhos pioneiros de Lasswell, subdividido o processo político em fases distintas (HOWLETT; RAMESH, 2003; VIANA; BAPTISTA, 2008). Para Lasswell, o ciclo político ocorreria em sete estágios: inteligência; promoção; prescrição; invocação; aplicação; término; avaliação. Mais recentemente, tem sido aceita a divisão em cinco estágios, ressaltando-se o caráter didático de tal perspectiva. No tópico seguinte discutiremos o ciclo da política, sempre reforçando que o fazemos com intuito didático, na medida em que consideramos que o conceito de momento de Matus se aplica com maior propriedade ao processo político do mundo real.

3.4 O CICLO DA POLÍTICA

Diferentes autores têm classicamente dividido o processo político em fases ou estágios, que se denomina o ciclo da política. A divisão do processo político em fases data da década de 50 com os trabalhos de Lasswell, e foram sofrendo adaptações, entre as quais a de Gary Brewer, em 1974, que introduz, acertadamente, a idéia de que muitas políticas não têm um ciclo claramente definido, que evoluiria do nascimento à morte de modo sucessivo, havendo em realidade um processo mais dinâmico (HOWLETT; RAMESH, 2003; VIANA; BAPTISTA, 2008).

Mais recentemente, o ciclo da política tem sido dividido em cinco fases (HOWLETT; RAMESH, 2003):

1. Entrada de um problema na agenda;
2. Formulação da política;
3. Tomada de decisão;
4. Implementação da política;
5. Avaliação da política.

Há também concordância entre os autores, a exemplo de Howlett e Ramesh, (2003) ou Viana e Baptista (2008), de que não há uma sucessão clara entre as fases, e que cada uma envolve processos que podem se distinguir tanto em relação aos atores participantes, como

sofrer influências diversas do contexto político, estando em profunda relação com a dinâmica dos processos políticos, que implicam negociação, barganha, conflito.

Neste sentido, o conceito de momento desenvolvido por Carlos Matus (1996), talvez se ajuste melhor à noção de que não há o fim de uma fase para que a outra se inicie, há provavelmente, um predomínio de uma sobre a outra.

Em seguida discutiremos brevemente cada uma das fases, ou momentos, do ciclo da política, ressaltando os aspectos mais importantes em relação a cada um destes, porém deve ficar claro que é apenas com finalidade didática que cada uma é considerada em separado.

3.4.1 **O reconhecimento de um problema**

O principal ponto relativo a tal momento diz respeito a identificar por que certos problemas entram na agenda governamental, enquanto outros permanecem à margem. Conforme Howlett e Ramesh (2003) são diversos os fatores que definem a entrada de um problema na agenda governamental. Demandas internacionais, pressões de grupos de interesses, ou identificação do problema como prioritário por parte de governantes, são alguns exemplos de fatores que influenciam uma agenda. Para os autores essa é uma etapa decisiva, e que determinará todas as demais. Ao colocar na agenda pública um problema, outros processos deverão ser desencadeados.

No entanto, não é demais ressaltar que o reconhecimento de um problema, e a colocação do mesmo na agenda pública, não ocorre mecanicamente, e sim influenciado por concepções dos governantes ou por fatores contextuais diversos.

Para Matus (1996), é no momento explicativo, durante o qual se explica a realidade, no qual se busca explicar a inter-relação entre problemas, que em geral são carregados de historicidade. São três, segundo Matus os aspectos que selecionam um problema: o valor do problema para o governante; condições de enfrentamento do mesmo; possibilidade e oportunidade de enfrentá-lo.

Viana (1996) e Viana e Baptista (2008) ressaltam a distinção entre agenda não governamental, agenda institucional ou governamental e agenda decisória ou política. A agenda não governamental diz respeito a uma agenda para discussão, enquanto a agenda governamental é uma agenda para ação, derivada da primeira, e a agenda decisória é a lista de questões a serem decididas.

Segundo Howlett e Ramesh (2003) há diferentes modelos explicativos para definição da agenda, como o de Cobb, Ross e Ross, para os quais são três os modelos definidores de agenda, relacionados ao regime político. Em sociedades liberais haveria influência de atores externos para que um assunto faça parte da agenda. O segundo modelo, característico de sociedades autoritárias, prevê a centralização das idéias e decisões, e o terceiro modelo, característico de regimes com burocracias fortes e até mesmo autoritárias, reforça o peso da burocracia na definição de políticas, com pouca ou nenhuma abertura para outros atores.

Outro modelo explicativo para definição da agenda é o modelo de equilíbrio pontuado, de Baungarten e Jones. O modelo do equilíbrio pontuado considera que os processos políticos são muitas vezes guiados por uma lógica de estabilidade e incrementalismo, porém em dado momento, podem ocorrer mudanças rápidas. Para Baugarten e Jones nem todo problema se transformará em política. Para que tal ocorra, é preciso que haja uma imagem ou consenso para que se efetue a ligação entre problemas e proposição de soluções, aspecto que o assemelha ao modelo de Kingdon (CAPELLA, 2007; KINDGON, 1995).

No modelo dos múltiplos fluxos, de John Kingdon são três os fluxos que seguiriam um curso próprio, convergindo em momentos críticos para definir uma agenda governamental: o fluxo do problema *(problems)*; o fluxo das soluções ou alternativas *(policies)* e o fluxo da política *(politics)* (CAPELLA, 2007; HOWLETT; RAMESH, 2003; KINGDON, 1995; SABATIER, 1999; VIANA; BAPTISTA, 2008).

O fluxo do problema busca analisar como uma dada questão é reconhecida como tal. São três os mecanismos que influenciam a identificação de um problema: a presença de indicadores / informações que apontem o problema; o *feedback* de ações governamentais e uma situação de crise que se apresente. A existência de indicadores por si só não determina automaticamente a entrada de um problema na agenda. O *feedback* de programas ou ações já desenvolvidas ou surgimento de conseqüências não previstas pode chamar atenção para novas necessidades e gerar atenção a um dado problema. Uma situação de crise pode ser determinante para que dado problema seja visto como prioritário. Porém, é fundamental compreender, que mesmo diante da presença de indicadores, situação de crise ou avaliação de ações já existentes, uma questão pode não entrar na agenda, pois problemas são construções sociais, e envolvem interpretações (KINGDON, 1995).

Sauerborn, Nitayarumphong e Gerhardus (1999) são enfáticos ao afirmar que, no mundo real dificilmente evidencias serão suficientes para a definição de prioridades na agenda, e mesmo o mais consistente trabalho pode não ser utilizado para problematização governamental. Portanto, os dados só serão apropriados pelos governantes quando conhecidos

e utilizados por atores chave, reforçando a afirmação de Kingdon, de que, isoladamente, nenhum dos três elementos, informação, avaliação crítica ou crise, são suficientes para definição da agenda.

Para Matus (1996), um problema é a identificação de uma discrepância entre a realidade constatada (ou simulada) e uma norma de referência, e é sempre relativo a um (ou mais) ator, sendo selecionado a partir de três critérios: o valor do problemas para ele; a capacidade que identifica em poder enfrentá-lo e a possibilidade e oportunidade em enfrentá-lo. Para Matus, assim como para Kingdon (1995), o valor do problema é relativo.

No segundo fluxo do modelo de Kingdon, temos um conjunto de alternativas que são identificadas e geradas para fazer face à problemas específicos. Para Kingdon, algumas idéias, entre as geradas, sobreviverão, outras não se mostram viáveis, e serão descartadas. As idéias podem ser geradas por diferentes atores, tais como gestores públicos, acadêmicos, grupos de interesses ou outros. As idéias que sobrevivem, não necessariamente são consensuais, porém representam o reconhecimento da relevância das mesmas (KINGDON, 1995; SABATIER, 1999). Conforme Capella (2007) o modelo de múltiplos fluxos destaca a centralidade das idéias, das argumentações e interpretações.

O terceiro fluxo é composto pela dimensão política, e durante o qual, alianças são construídas em processo de coalizões e barganhas. Para Kingdon, são três os elementos influentes durante o fluxo político. O clima, ou situação onde há compartilhamento de idéias, mesmo que temporário, é o primeiro deles. O segundo elemento, quando da atuação das forças políticas organizadas, e por fim, mudanças dentro do próprio governo, sejam essas de pessoas, de composição política, ou outra qualquer (KINGDON, 1995).

O modelo dos múltiplos fluxos considera que os mesmos ocorrem com certa independência, que convergem em alguns momentos, porém, sobretudo no momento em que se abre uma janela de oportunidades, captadas por ‘empreendedores políticos’, que assim, conseguem tornar atrativos dado problema, incluindo-o na agenda governamental. A janela de oportunidades, no entanto, tem caráter transitório. Cabe ao ‘empreendendor’ político saber identificá-la, pois, assim como se abem janelas, as mesmas fecham-se, logo, sem a participação de atores (ou empreendedores) que captem a oportunidade, para Kingdon, a ligação entre os três fluxos pode não ocorrer, e boas idéias podem não ser percebidas e implementadas (CAPELLA, 2007; KINGDON, 1995; VIANA, 1996; SABATIER, 1999).

O modelo de John Kingdon (1995), parece a nosso ver, ter boa capacidade explicativa e aplicabilidade. Por outro lado, identificamos semelhanças entre os fluxos de Kingdon e os momentos do Planejamento Estratégico Situacional de Calos Matus (1996), reforçando a

argumentação de que o método de Matus, embora elaborado ‘para’ elaboração de políticas, tem aplicabilidade na análise retrospectiva de uma política.

Assim, o primeiro fluxo foca na identificação de como as questões são reconhecidas como problemas e por que passam a compor a agenda governamental, dialoga com o momento explicativo de Matus (1996). O momento explicativo é quando problemas são selecionados ou descartados, e a existência do problema identificado é explicada.

O segundo fluxo de Kingdon, refere-se a identificação de alternativas, (CAPELLA, 2007; KINGDON, 1995), e dialoga com o momento normativo do PES, que para Matus é o momento que aponta o desenho do deve ser. É a instância de construção do conteúdo propositivo do plano (MATUS, 1989; 1996).

Por fim, consideramos que o terceiro fluxo de Kingdon (1995) tem identidades com o terceiro momento do PES de Matus (1989, 1996), o momento estratégico, no qual se articula o deve ser e o pode ser.

Outra identidade entre o modelo de Kingdon (1995) e Matus (1996) diz respeito a ‘oportunidade’. Para os dois autores a oportunidade é transitória. Para Matus, assim como para Kingdon, a oportunidade é tanto propícia como passageira, e devem ser aproveitadas quando surgem, porém, as condições adequadas são em parte criadas por atores que percebem e aproveitam a oportunidade surgida.

Carlos Matus (1996) aborda a relação temporal como variável relevante e estreitamente relacionada a oportunidade. O tempo, diz Matus, é escasso e irreversível para um dado ator, e o tempo desperdiçado é o desperdício com menor possibilidade de reparo. Assim, a oportunidade está relacionada com o tempo, e deve ser aproveitada quando surge. Porém, as condições propícias são em parte criadas pelo governante. Assim, um ator com elevada governabilidade sob dado sistema terá maior capacidade de criar oportunidades, bem como, em função de elevada capacidade e projeto de governo, condições de utilizá-la adequadamente.

O modelo dos múltiplos fluxos tem por mérito compreender o desenvolvimento da política dinamicamente, e não a partir de estágios seqüenciais e ordenados. É um modelo centrando na dinâmica das idéias, onde ocorrem disputas de idéias, alternativas ou soluções. A definição de uma política se dá a partir da conjunção entre existência do problema, de soluções e de condições políticas (CAPELLA, 2007).

Portanto, consideramos que o modelo de múltiplos fluxos de Kingdon, e o diálogo do mesmo com Matus, oferecem instrumentos que contribuem para sistematizar um processo dinâmico e complexo, como é o processo político. Os modelos destacados vão além da mera

definição da agenda, englobando na realidade, as outras duas etapas do ciclo político: o da formulação da política e da tomada de decisão referentes à mesma. Logo, nos momentos subseqüentes, apenas chamaremos atenção para o que caracteriza as demais etapas do ciclo político.

3.4.2 **A formulação de políticas**

A formulação de política é como Matus (1996) descreve no seu momento normativo, a instância do desenho do conteúdo propositivo do plano de ação para enfrentamento de um problema identificado. A formulação de políticas é um momento relevante, pois significa buscar alternativas de mudanças a situações indesejadas, e implica a exploração de opções para enfrentar a situação definida na agenda.

A formulação de políticas implica o reconhecimento de condições técnicas e políticas em face de dada questão. Porém implica o reconhecimento das limitações e possibilidades, do que pode ou não se feito (HOWLETT; RAMESH, 2003).

Para Howlette Ramesh, 2003, a formulação não se restringe a um conjunto delimitado de atores, assim como Matus (1996), que reconhece e enfoca a capacidade de planejar de adversários ou outros atores. Há também coincidência entre os mesmos, ao considerarem que formulação e refromulação podem ocorrer dinamicamente. Por fim, reconhecem que se nem tudo pode ser feito, cabe aos formuladores, ou planejadores, identificar o que pode ser feito, em um permanente cálculo de governabilidade.

É fundamental ressaltar que o processo de formulação de políticas ocorre em uma realidade multifacetada, e sofre influência do contexto que lhe dá historicidade, em uma relação de influência mútua e dinâmica (ARAÚJO, JR.; MACIEL FILHO, 2001).

a) Tipologias de política

São basicamente quatro as formas que caracterizam uma política, desenvolvidas por Lowi e posteriormente adaptadas por Palmer e Short, conforme salientam Frey (2000), Souza (2007) e Walt (2006):

1. Políticas distributivas: que se caracterizam pela distribuição de vantagens, sem que isso implique custos para outros grupos. O grau de conflito é, portanto, em geral baixo;
2. Políticas redistributivas: que são, em função do seu caráter de deslocamento de recursos (sejam esses financeiros, políticos, técnicos ou outro), permeadas de conflito;
3. Políticas regulatórias: tratam-se em geral de regulamentações legais através de normas, portarias, leis ou apenas ordens. Os processos de conflito, consenso e coalizões, podem se modificar devido a configurações específicas das regulamentações;
4. Políticas constitutivas, ou estruturadoras: são políticas que determinam as regras do jogo e a estrutura dos processos e conflitos políticos. Diz respeito à própria esfera da política e suas instituições condicionantes.

Frey (2000) alerta para a distinção entre política regulatória e estruturadora. À primeira cabendo estabelecer a regulamentação de procedimentos, a estruturadora definindo mudanças estruturais e modelagens de novas instituições, sistema de governo ou sistema eleitoral, por exemplo.

A terceira etapa do ciclo político refere-se a tomada de decisão, tópico que discutiremos a seguir

3.4.3 **A tomada de decisão**

O terceiro momento do ciclo político refere-se à tomada de decisão. A tomada de decisão deve ser vista não como um exercício técnico, mas como um processo inerentemente político. Deve-se distinguir entre as possíveis escolhas de decisão de um governante: escolha positiva, negativa ou não decisão, o que remete à discussão sobre o poder e seu uso (HOWLETT; RAMESH, 2003).

Discutir poder é fundamental para compreensão dos processos políticos. Poder, entretanto, não é um termo, ou tema consensual. São diversas as discussões em torno do que é poder, e como o mesmo é exercido. Como salienta Frey (2000), as disputas políticas, as relações de poder e forças políticas, deixarão sempre suas marcas nas políticas públicas.

a) Poder

Lukes na revisão ampliada do seu clássico livro ‘Poder, uma visão radical’, argumenta que o termo poder é mais um termo polissêmico e complexo, e que não necessariamente, quando utilizado, refere-se a mesma coisa. Podemos falar de poder divino, poderes instituídos, poder legislativo, poder nuclear, entre outros, com conotações diversas (LUKES, 2005). O que aqui discutiremos são as compreensões do que seja poder no âmbito dos governos e organizações, e suas implicações.

Para Haralambos e Holborn (1990) e o GRUPO DE ANÁLISE DE POLÍTICAS DE INOVAÇÃO(2002), as discussões sobre poder e decisão têm por ponto de partida o debate entre os elitistas e os pluralistas.

Para os pluralistas o poder está distribuído difusamente através da sociedade. Nenhum grupo detém total poder, nenhum grupo é totalmente destituído de poder e não há o conceito de classe ou grupos sociais, como nas visões elitistas (e marxista). Na visão pluralista o Estado é uma instituição passiva, permeável aos interesses e disputas entre grupos, não se conformando monoliticamente, sendo neutro e mediador de conflitos (BARKER, 1996; GAPI-UNICAMP, 2002; LUKES, 1980; 2005; VIANA; BAPTISTA, 2008; WALT, 2006).

Na visão elitista é ressaltado o poder exercido por minorias privilegiadas, ou elites. A sociedade é compreendida como um ambiente no qual poucos detém poder, enquanto outros grupos são destituídos do mesmo. Para os elitistas, os processos políticos são definidos pelas preferências das elites. A visão marxista, com a existência de uma classe dominante, e que definiria os processos políticos, é considerada uma visão elitista (BARKER, 1996; BUSE; MAYS; WALT, 2007).

Para Barker (1996) poder é uma categoria chave, e nas palavras da autora, se recursos, idéias e tecnologias são importantes, o fundamental é identificar o modo como tais recursos são utilizados, o que estaria ligado diretamente à distribuição de poder na sociedade.

Robert Dahl, em um clássico artigo denominado “The concept of Power” (O conceito de poder), descreve poder como: A tem poder sobre B na medida em que pode levar B a fazer algo que doutro modo B não faria, concluindo que têm poder aqueles cujas preferências prevalecem em situações de conflitos (GAPI-UNICAMP, 2002, LUKES, 1980, 2005). Para Lukes (1980, 2005) essa é a visão unidimensional do poder, reconhecida como a visão defendida pelos pluralistas, e que tem no exercício do poder a sua questão basilar.

A visão defendida por Dahl foca nos aspectos observáveis do exercício do poder, e só pode ser analisado após o exame das decisões concretas. Para Dahl é fundamental identificar quem prevalece na tomada de decisão, assim identificando quem detém mais poder em situação de conflito real e perceptível (BUSE; MAYS; WALT, 2007; LUKES, 1980, 2005).

A segunda visão sobre poder, ou a visão bidimensional tem por marco de referência o trabalho de Bachrach e Baratz, intitulado “As duas faces do poder’ (BACHRACH; BARATZ, 1962). Para os autores, o poder teria uma segunda face, a da não decisão, ou seja, o poder também é exercido quando A utiliza sua energia para limitar o escopo dos processos políticos às questões que lhes são inócuas, evitando discussões através da não-decisão. O trabalho de Bachrach e Baratz (1962) contribuiu para enfatizar a não tomada de decisão como prática de limitar o alcance da tomada de decisões a questões seguras, que não envolvam conflito.

Oliveira, Magone e Pereira (2005), ao estudarem reformas no sistema de saúde português, identificaram o conceito de não-decisão como pertinente, permitindo capturar aspectos que explicariam a falta de definições em questões chave da reforma do setor saúde naquele país. Para os autores, foram basicamente três as áreas críticas onde a não decisão influenciou o processo de reforma: a falta de definição clara das relações público-privado na atenção à saúde; a não criação de incentivos financeiros e escassa motivação para os recursos humanos. O referido trabalho demonstra a importância da não decisão nos processos políticos.

É, porém importante diferenciar a não decisão da decisão negativa. A decisão negativa é explícita, e implica na decisão por não levar adiante um processo político, ou a implementação de uma política (BARKER, 1996; HOWLETT; RAMESH, 2003).

Para Lukes (1980, 2005) há uma terceira face do poder, ou visão tridimensional, como denominou. Na visão tridimensional, o poder pode ser observado a partir dos conflitos abertos entre atores; a partir dos conflitos encobertos, ou seja, através da não-decisão, conforme Bachrach e Baratz; através de conflitos latentes, quando o exercício do poder se dá pela conformação das preferências da população, de modo tal que os conflitos sejam evitados.

A terceira visão do poder, para Lukes, se manifesta de modo distinto da decisão e da não-decisão, na medida em que os assuntos nem chegam a se tornar matéria de decisão, permanecendo encobertos, portanto, o uso do poder se manifesta sutilmente. (GAPI-UNICAMP, 2002; LUKES, 1980).

Assim, a visão unidimensional do poder pressupõe uma visão liberal, pluralista. A visão bidimensional, na concepção de Lukes, pressupõe uma concepção reformista. E por fim, a visão tridimensional, pressupõe uma visão radical do poder (LUKES, 1980).

Para Lukes (2005) poder é uma capacidade, e não necessariamente o exercício de tal capacidade, que pode ser ou nunca ser exercida. Para Lukes o poder não se manifesta apenas em situações de conflito. Para o mesmo, o supremo exercício do poder é levar alguém a ter os desejos que se queria que tivesse, ou seja, em última instância, evitar que o conflito emirja. Nas palavras do próprio autor:

> Não é o supremo e mais insidioso exercício do poder, evitar que as pessoas tenham qualquer tipo de queixas ao moldarem-se suas percepções, conhecimentos e preferências, de tal modo que aceitem seu papel na existente ordem das coisas, seja porque não possam ver ou imaginar alternativas para ela, ou porque a vejam como natural e imutável, ou porque a valorizem como divinamente ordenada e benéfica? Pressupor que a ausência de queixas equivale a um genuíno consenso é apenas excluir a possibilidade de consenso falso, ou manipulado por decreto conceitual. (LUKES, 1980, p. 19**)**

Para Lukes (1980, 2005), poder é um conceito valor dependente, e que carreia disputas e conflitos quando utilizado. Porém, o próprio autor reconhece as dificuldades em se analisar o poder a partir de sua visão radical, pois na medida em que poder está relacionado a valor, aspectos particulares de diferentes culturas podem passar despercebidos por analistas, ou os mesmos podem interpretar como manifestação da terceira visão do poder, aspectos culturalmente aceitos.

Atkinson (1997) ao estudar o processo de implementação da reforma de saúde em Zâmbia, alerta para o uso do poder por diferentes atores, e em suas três faces, com repercussões diretas na implementação da política. A autora identifica três grandes grupos de atores, cada um exercendo uma das faces do poder descritos por Lukes (1980, 2005). O Ministério da Saúde, exerce a primeira face do poder, ou seja, o exercício direto do mesmo. A segunda face do poder, ou a não decisão, manifesta-se através dos gestores locais, em relação a aplicação de recursos próprios para a saúde. Por fim, a terceira face do poder, evidencia-se a partir do conceito de participação dos cidadãos, assumido no discurso e esvaziado na prática.

No documento elaborado pelo GRUPO DE ANÁLISE DE POLÍTICAS DE INOVAÇÃO(2002) é sugerido um guia para identificar situações de uso do poder. Uma primeira situação é impedir que as demandas cheguem ao processo político. Uma segunda situação é expressa pela cooptação. O uso do poder também é expresso pelo uso rigoroso de regras e procedimentos, ou modificações das já existentes, tornando os processos tão complexos que serão quase inexeqüíveis (exemplos clássicos são as operações padrão em momentos de crise, ou a criação de comissões que nunca decidem). Outras situações de poder

são expressas através do uso de valores morais e culturais para evitar contestações indesejadas. Por fim, o poder se manifesta através da dissuasão de atores mais frágeis, com a indicação sutil de que pode haver represálias e reações.

Carlos Matus (1996) também identifica poder como categoria fundamental, reconhecendo ainda seu caráter nebuloso. Para o mesmo o poder é um conceito de múltiplas dimensões, e estaria relacionado à ação, e que teria em última instância a capacidade de fazer ou influenciar o que os outros fazem, o que torna a concepção de Matus semelhante às discussões travadas por Lukes (1980).

Para Matus (1996) o poder é ainda uma relação social, referido a projetos de outras forças sociais, e pode ser ainda produto de acumulação social, podendo ter efeitos quando usado ou quando não usado, mas percebido, o que novamente o aproxima da visão tridimensional do poder. Portanto, discutir poder é, como Lukes (1980) bem afirmou, se engajar na própria política.

b) Modelos de tomada de decisão

Entre os modelos mais conhecidos de tomada de decisão estão os modelos racionalista e o incrementalismo (BUSE; MAYS; WALT, 2007; HOWLETT; RAMESH, 2003).

O modelo racionalista sugere que o processo de decisão segue uma seqüência racional de atividades, até encontrar a melhor alternativa possível. São elas (BUSE; MAYS; WALT, 2007; WALT, 2006):

a) Identifica-se o problema, que pode ser confrontado com outros problemas;

b) Os objetivos, metas que guiam o governante são clareados e elencados em função da importância a eles atribuídas;

c) As diferentes alternativas para enfrentamento do problema são consideradas;

d) As conseqüências (custo / benefício) de cada alternativa são investigadas e comparadas entre si;

e) O governante toma a decisão, escolhendo a alternativa (e suas conseqüências).

A crítica fundamental ao modelo racionalista é ser excessivamente idealista e que prescreve como o processo de decisão deve ocorrer, e não descreve como o processo de

decisão de fato ocorre. Ou seja, o modelo racional compreende o mundo de modo racional, desconsiderando a dinâmica do processo político, com a pretensão da prevalência do conhecimento sobre a realidade (BUSE; MAYS; WALT, 2007; HOWLETT; RAMESH, 2003; WALT, 2006).

O modelo incrementalista é considerado um modelo mais descritivo, e considera que a decisão adotada é centrada no que é possível muito mais no que seja desejável. O modelo incremental tem por principal teórico Lindblom, para quem em geral (porém nem sempre) o que é realizável é apenas incrementalmente diferente de políticas já existentes. Em outras palavras os incrementalistas desconsideram mudanças significativas nos programas governamentais (BUSE; MAYS; WALT, 2007; WALT, 2006).

Porém é da concepção incrementalista que vem a visão de que decisões tomadas no passado podem limitar ou mesmo constranger a capacidade dos governos de adotarem novas políticas, ou mesmo de reverter os rumos de políticas atuais (SOUZA, 2007).

Etzioni procurou desenvolver uma posição intermediária. O modelo denominado *mixed scan*, que foi elaborado em uma tentativa de chegar a meio termo entre a visão racionalista e a incrementalista. Etzione apresenta a proposta ao mesmo tempo como descrição do processo político e como meio de guiar a política, e buscou, segundo o próprio autor, recuperar elementos do racionalismo e do incrementalismo (HOWLETT; RAMESH, 2003; WALT, 2006).

Baseado na critica da dificuldade inerente ao modelo racional, e ao fato de que, a teoria incrementalista não pode ser aplicada em todos os momentos, Etzione sugere que o processo de decisão política ocorre em dois estágios. Um pré-decisonal seguido de um processo analítico, no qual uma solução é escolhida. O primeiro momento, identificando-se com o modelo incremental, e o segundo, seguindo um modelo mais racional. O modelo proposto por Etzione preconiza o que o autor denomina de ‘scan’, ou varredura de alternativas, seguida de uma análise mais cuidadosa daquelas consideradas mais promissoras. (HOWLETT; RAMESH, 2003).

O modelo de Etzione, segundo Walt (2006) é um modelo que opera com ‘duas lentes’. A primeira, que vê o processo político de forma ampla, e a segunda, é específica, focando em uma questão determinada.

Porém, como ressalta Walt (2006), todos os modelos propostos anteriormente restringem o processo de decisão à esfera organizacional, com pouca ou nenhuma atenção às pressões externas que estão presentes durante todo o processo político.

O processo de decisão política dificilmente ocorre em um ponto singular no tempo. A decisão pode ser postergada por um tempo indeterminado, que contribui para indefinição de quando uma decisão é de fato tomada. Soma-se a isso o fato de que mesmo em sociedades transparentes e democráticas, o processo decisório em geral engloba um grupo mais restrito, e pode ter por resultado uma decisão favorável, a não decisão ou a decisão negativa, o que amplia a complexidade envolvida na compreensão do processo decisório (EXWORTHY, 2008).

Conforme ressaltam Howlett e Ramesh (2003), cada vez mais tem ficado claro para os pensadores e analistas que o processo político ocorre sob múltiplas influências, em um ambiente complexo, onde disputas, conflitos, consensos ocorrem. Nem sempre um dado ator reconhece quando uma decisão está sendo tomada, na medida em que, em organizações complexas, dificilmente um processo decisório é tomado por um único ator. Diferentes atores, em diferentes momentos influenciam, sugerem, adaptam, argumentam ou reescrevem uma proposta antes da decisão final. Assim, mais recentemente, pensadores têm considerado o pensamento complexo como corrente de interesse para a administração pública.

c) O pensamento complexo e política pública

Em um volume especial da revista Public Management Review (janeiro de 2008), o tema teoria da complexidade e administração pública foi amplamente debatido. Nesse sentido, ressaltaremos os aspectos mais importantes destacado por Haynes (2008), Klijn (2008) e Teisman e Klijn (2008), por considerarmos que os mesmos apontam questões de interesse para o presente trabalho.

Para Haynes (2008), ao discutir o uso do pensamento complexo na avaliação de políticas públicas, enfatiza-se a visão abrangente dos processos políticos que propõem a observação do contexto que cerca a política e o processo decisório

Teisman e Klijn (2008) ressaltam que a teoria da complexidade não é uma única ou homogênea perspectiva. Porém são os aspectos que compartilham que são destacados. Assim, para os autores, o pensamento complexo considera a dinâmica dos fenômenos, aceitando que raramente um fenômeno se desenvolve linearmente. Para os adeptos do pensamento complexo, os fenômenos, ou as políticas, ocorrem diferentemente para diferentes localidades, ou mesmo em uma mesma localidade, em função do tempo. Assim, tempo e lugar são

determinantes. O pensamento complexo valoriza o contexto no qual os fenômenos ocorrem, o que torna os ambientes públicos permeáveis a mudanças constantes, que devem ser observadas.

Conforme Klijn (2008), o que as diferentes nuances do pensamento complexo compartilham é a noção de que o todo é maior do que a soma das partes, mas é também menor do que a soma das partes, ao mesmo tempo em que as partes contém o todo, e o reforço da importância dos processos que se inter-relacionam e influenciam mutuamente, em uma organização recursiva. Os autores ressaltam a importância da dinâmica decisional, e a influência entre processos decisórios em diferentes instâncias governamentais. Para os mesmos, os processos de decisão trafegam entre a ordem e o 'caos', ou entre a ordem e a desordem, em um equilíbrio instável que pode mudar rapidamente em função dos mais diversos fatores.

Ao considerar a teoria da complexidade, segundo Morin (2000, 2003, 2003a), e sua aplicabilidade nas organizações empresariais, Soares (1999, p.21) aponta a valorização da criatividade e da autonomia como aspectos essenciais, pois, citando Morin, o que se deve pretender é a "pilotagem das máquinas e não a maquinização dos pilotos".

Para os teóricos da complexidade há uma oposição clara à visão linear de causa-efeito, enfatizando dimensões complexas entre os fenômenos. O principio da causalidade complexa aponta para uma visão dita 'hologramática' que reconhece que o todo contém as partes e as partes contêm o todo. No entanto, parte e todo têm características e propriedades que lhe são peculiares. Diante da complexidade do mundo ordem e desordem são inseparáveis, bem como se é impossível reduzir o acaso, a incerteza ou o inacabado dos fenômenos sociais (MORIN, 2000, 2003a; MINAYO, 2005).

Dois outros princípios do pensamento complexo são fundamentais. O princípio dialógico, que permitiria manter a dualidade no seio da unidade, e o que denomina de recursão organizacional ou o processo através dos quais os produtos e os efeitos são ao mesmo tempo causas e produtores daquilo que os produziu (MORIN, 2003, 2003a).

O autor exemplifica a recursão organizacional ao afirmar que, se de um lado os indivíduos produzem a sociedade, a sociedade também produz os indivíduos, os tornando ao mesmo tempo produtos e produtores. Logo, tudo o que é produzido volta sobre aquilo que o produziu. Como salienta Morin (2003a), o pensamento complexo aspira ao conhecimento multidimensional, porém tem consciência de que o pensamento 'completo' é impossível.

Para Van Buuren e Gerrits (2008) o processo de decisão é em realidade um processo errático, durante o qual não se evidencia claramente início ou fim. Cada decisão pode ser

considerada apenas como temporariamente estável, em função da necessidade permanente de negociação, articulações, deliberações e surgimento de novos fatos, que envolvem o processo. Para o autor, há uma recursividade entre fatos, que se influenciam mutuamente e constantemente. Assim, nenhuma teoria que busque analisar o processo de decisão como processo linear poderá dar conta da complexidade envolvida na tomada de decisão, ou mesmo em todo o processo que envolve o fazer e implementar uma política.

Na mesma linha caminha o pensamento de Tarride (2005, p. 40) para quem a administração pública, ao lidar com pessoas e processos incertos, devendo tomar decisões para um mundo real carregado de incertezas, tem no pensamento complexo idéias norteadoras. Para o autor, o pensamento complexo deve representar um novo modo de atuar, que não ordene, porém organize, que não manipule mas comunique, que não dirija, mas que coordene.

Portanto, observa-se a diversidade de idéias explicativas dos processos decisórios nas políticas públicas, e a magnitude da tarefa de tentar compreender os processos políticos, o que leva a com freqüência, optar-se pelo uso conjunto de diferentes concepções, de forma complementar, desde que guardada a coerência interna do processo analítico.

A próxima etapa do ciclo político diz respeito à implementação da política. Assim, aspectos e teorias explicativas de tal etapa serão discutidos brevemente a seguir.

3.4.4 **Implementando a política**

A análise da implementação de política, uma das ‘fases’ do ciclo da política, se reveste de importância, pois com freqüência os resultados não corresponderem ao esperado. Um importante aspecto destacado por Frey (2000) refere-se à necessidade de compreender a análise da implementação além da identificação dos materiais ou técnicas empregadas para tal. O mais importante é compreender o ‘como’ ocorreu a implementação, e que fatores influenciaram o processo propriamente dito.

Autores como Barret (2004) e Saetren (2005) têm dado especial atenção aos estudos sobre o processo de implementação de políticas, cujos trabalhos trazem em seus títulos alegações sobre a atualidade e relevância do tema.

Conforme ressaltam Hill e Hupe (2007), a implementação de uma política está intimamente relacionada com uma política em particular, como resposta a um dado problema identificado, particularizando os processos em função da política sob análise.

Silva e Melo (2000) argumentam que freqüentemente a implementação de uma política é considerada como o 'elo perdido' na análise dos processos políticos. Porém, é durante o processo de implementação que problemas não antecipados surgem, e podem significar obstáculos significativos, ou mesmo intransponíveis.

Viana e Baptista (2008) enfatizam a relevância da análise do processo de implementação, pois, aparentemente, os governos têm se mostrado mais competentes para elaborar políticas do que para efetuarem as mudanças aí preconizadas.

Os estudos clássicos de análise do processo de implementação têm duas visões bastante dicotômicas: os modelos *'top-down'* e o *'bottom-up'* (BUSE; MAYS; WALT, 2006; WALT, 2006; VIANA; BAPTISTA, 2008).

A visão *top-down* compreende as políticas públicas como implementadas de modo muito semelhante às posições defendidas pelos racionalistas, na medida em que consideram que a implementação de uma política segue uma seqüência clara e com nítida separação entre a formulação e implementação. A formulação, compreendida como uma etapa política, e a implementação como um processo técnico, administrativo ou no máximo, gerencial (BUSE; MAYS; WALT, 2006; SILVA; MELO, 2000).

Os defensores da visão *top-down* de implementação de políticas públicas, preconizam basicamente alguns aspectos condicionantes do adequado processo de implementação: definição clara e consistente dos objetivos; definição das ações necessárias para que os objetivos sejam alcançados; processo de implementação estruturado; implementadores comprometidos e hábeis; apoio por parte de grupos de interesses e que circunstâncias externas aos responsáveis pelo processo de implementação não imponham restrições que comprometam o processo. Ou seja, é um modelo que deixa pouca, ou nenhuma abertura para a dinâmica dos processos políticos, preconizando inclusive que preferencialmente haja uma única instância responsável pelo processo de implementação. A visão *top-down* considera que políticas são implementadas de cima para baixo, por políticos situados no topo das organizações (BUSE; MAYS; WALT, 2006).

A visão *bottom-up* por outro lado, considera que os implementadores têm papel preponderante durante o processo de implementação. Tal papel se expressando não apenas como gerentes de processo, mas como atores participantes, ativos, que influenciam o complexo processo de implementação de políticas. Em um processo de implementação

bottom-up os implementadores podem influenciar ao ponto de modificar ou redefinir objetivos, em função da proximidade com a situação concreta (BUSE; MAYS; WALT, 2006; WALT, 2006).

O enfoque *bottom-up* considera que há um controle imperfeito em todo o processo político, que influencia a implementação, reconhecendo a interatividade dos momentos, sendo a implementação um prolongamento da formulação de uma política (GAPI-UNICAMP, 2002; VIANA; BAPTISTA, 2008).

Para Saetren (2005), porém, o debate entre as teorias '*top down'* e '*bottom-up'* é um debate estéril, que ao girar em torno da normatividade ou não do processo de implementação dificultou avanços mais concretos na análise dos processos de implementação.

Butler e Allen (2008) argumentam que a implementação de política deve ser compreendida como um processo auto-organizativo, no qual habilidades adaptativas são importantes em relação aos atores envolvidos. Para os mesmos, as políticas são com freqüência re-interpretadas em níveis diversos dos quais foram elaboradas.

No mesmo sentido caminha a observação de Menicucci (2006, p. 72), para quem a implementação de uma política "é dotada de autonomia e envolve decisões, além de ser um processo de adaptação em função das mudanças do contexto [...]". A autora chama atenção para o fato do efeito retroalimentador (ou recursivo) da implementação sobre a própria política e sua formulação, de "tal forma que o processo de formação de uma política se dá a partir da interação entre formulação, implementação e avaliação" (MENICUCCI, 2006, p. 73). O processo de implementação de uma política pode ser consideravelmente afetado pelo contexto no qual ocorre, bem como envolve aspectos relacionados a governabilidade dos processos e a viabilidade política.

De acordo com Hogwood e Gunn (1984) não raro uma dada política é colocada em risco em função de ao menos uma das três causas seguintes: má execução do processo de implementação; política inadequada e má sorte.

Falhas no processo de implementação de uma dada política podem ocorrer em função de uma gama de questões, tais como aspectos relacionados a falta de comando, problemas estruturais, escassez de informações, aspectos relacionados à cultura organizacional, disputas políticas e de poder (HILL; HUPE, 2007).

Consideramos pertinente o alerta de Carlos Matus em relação ao momento tático-operacional do seu PES. Para Matus, conduzir uma política é como conduzir bem um veículo: "Um bom condutor deve dirigir a vista para diferentes distâncias à frente e ainda para a mais

longínqua, que coincide com o seu destino e que não pode enxergar, mas, além disso, deve olhar para trás, olhando para frente" (MATUS, 1989, p 149).

Ou seja, situado no presente, o processo de implementação é um permanente cálculo estratégico, de análise constante da viabilidade do plano formulado, e da necessidade de adequações ou redirecionamentos do mesmo. Os atores envolvidos no processo de implementação devem ter o olhar no presente, direcionados para o futuro, porém também retroagirem para o passado, em um dinâmico processo de aprendizado. Assim como planeja quem governa, planeja quem implementa, pois em última instância, também 'governam' os atores que implementam. A implementação de uma política não pode ser desvinculada da própria política. Assim fazendo, nega-se a dinâmica dos processos políticos bem como as disputas políticas e de poder que envolvem o processo decisório.

A implementação de políticas implica em um momento durante o qual decisões são tomadas, e não exclusivamente implementadas. Implementar pode significar a orientação de novas políticas, portanto, implica em um jogo político, no qual atuam atores diferenciados, fundamentais de serem reconhecidos. Para Silva e Melo (2000) a implementação de políticas está relacionada a capacidade de governo, ou governança, que dá sustentação à cooperação, coordenação e negociação.

Por fim, vale destacar que é importante combinar os benefícios oferecidos pelo desmembramento do processo político, analisando-se a política em seus diferentes estágios e as particularidades daí decorrentes, porém sempre ressaltando a profunda inter-relação entre os mesmos, em permanente retroalimentação, adaptações e adequações (HILL; HUPE, 2007). Fazer de outro modo é aceitar a linearidade dos processos políticos e negar a multiplicidade de atores e interesses envolvidos em tal processo.

3.4.5 **Avaliando a política implementada**

A fase de avaliação é a última etapa do ciclo da política, e refere-se ao monitoramento dos resultados alcançados por dada política. Avaliar implica atribuição de valor, ou seja, não pode ser apenas instrumental, técnica e 'neutra'. Há, porém, uma dificuldade inerente ao processo de avaliação, pois nem sempre é fácil se isolar da realidade fatos relevantes, ou identificar-se as reais vinculações entre os resultados e as ações (ARRETCHE, 2006).

Avaliações podem ser de dois tipos: pesquisa avaliativa e a avaliação propriamente dita. Porém, em se tratando de etapa do ciclo político, o foco é de avaliação propriamente dita, já que pesquisa avaliativa tem um foco mais acadêmico (VIANA; BAPTISTA, 2008).

Worthen, Sanders e Fitzpatrick (2004) consideram avaliação como a determinação do valor ou mérito do que está sob avaliação. Os autores reconhecem o debate que cerca a concepção de avaliação, e os significados que podem adquirir. Para os mesmos, o ponto central é que o propósito final de uma avaliação é dar respostas às perguntas avaliatórias, porém que a avaliação pode assumir diferentes papéis, ou usos, em função da maneira como se usam as respostas obtidas.

Segundo Parsons (1999) avaliação de política é aprender sobre as conseqüências de uma política pública, ressaltando sua importância para os gestores públicos. Entretanto, o autor destaca que avaliação não é isenta de conflitos, em função dos interesses envolvidos ou contrariados.

Avaliar uma política visa alguns objetivos, como oferecer resposta à sociedade acerca do gasto público, orientar os investidores sobre os resultados alcançados, responder aos gestores perguntas formuladas sobre a ação em curso, melhorar e adequar às atividades desenvolvidas. Avaliação deve ser considerada um processo de aprendizagem, que pode contribuir para reflexão sobre as escolhas adotadas e suas implicações (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005).

Avaliação de políticas, em geral, envolve atores institucionais e/ou políticos, porém não raro, outros atores são incorporados, tais como representantes da sociedade, entidades representativas de movimentos sociais, ou outros, em função dos interesses envolvidos na política sob avaliação (HOWLETT; RAMESH, 2003).

Avaliar é julgar uma intervenção, ou política, comparando os recursos utilizados (ou estrutura), os produtos oferecidos pela política (ou processo), e os resultados alcançados pela política (ou avaliação dos resultados), a partir de critérios e normas bem definidos.

A avaliação de uma política não necessariamente é posterior à fase de implementação, podendo acontecer em paralelo ao processo de formulação (ou avaliação *ex ante*), e envolve o cálculo do custo benefício e custo-efetividade da política, tendo como propósito fornecer informações mais precisas aos gestores públicos. As avaliações de estrutura e processo focam na implementação da política, e a avaliação de impacto está centrada nos resultados alcançados, e são consideradas avaliações *ex post* (VIANA ; BAPTISTA, 2008).

Conforme Parsons (1999) a avaliação que ocorre durante o processo de implementação requer um processo de monitoramento permanente, que forneça aos gestores públicos *feedback* constante, permitindo ajustes e aprimoramentos.

Para Arretche (2006) o que particulariza a avaliação de política é o fato, de que, partindo de métodos e técnicas definidas, busca-se estabelecer uma relação de causalidade entre um efeito ou resultado e uma dada política, efeito que não teria ocorrido na ausência da mesma.

Howlett e Ramesh (2003) consideram três as grandes possibilidades resultantes de uma avaliação de políticas. A primeira evidencia a política como bem sucedida e que deve ser mantida da forma em que se apresenta. Uma segunda possibilidade, talvez a mais comum, aponta aspectos que devem ser adequados ou modificados. Por fim, há a possibilidade de a política ser considerada totalmente falha, (ou totalmente bem sucedida para os objetivos propostos), devendo ser encerrada.

É importante fazer a distinção entre análise do processo de implementação e avaliação de uma política, ambos delimitados como estágios do ciclo da política. Como ressaltam Hill e Hupe (2007), a avaliação de política pode dizer muito sobre o que aconteceu, que objetivos e como os mesmos foram ou não alcançados, porém diz pouco sobre o porque tal ocorreu.

Por fim, é fundamental fazer a distinção entre avaliação de política e análise de política. A avaliação, como discutido acima, é parte do ciclo da política, podendo ocorrer durante todo o processo político. A análise de política, por outro lado, busca o exame dos traços constitutivos da política. Como bem salienta Arretche (2006), qualquer política pode ser desenvolvida de diversos modos, influenciada por fatores institucionais, porém particularmente, influenciada ou determinada, por fatores políticos. A análise de política busca apreender as diversas características de uma política, visando um todo coerente e compreensível.

Neste sentido, nos tópicos seguintes discutiremos conceitualmente análise de política e ferramentas propostas para realização da mesma.

3.5 ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE – FERRAMENTAS

Conforme Collins (2005), análise de política é um termo genérico, que engloba um grande número de ferramentas e técnicas, tanto para estudar políticas já estabelecidas, como para identificar como se definem as políticas, bem como suas conseqüências.

Araújo Jr. e Maciel Filho (2001) identificam dois principais tipos de análises de política. A 'análise parcial', que foca em um ponto específico da política, e 'análise abrangente', com amplo foco de análise. Para os autores, as tipologias de análises propostas por Parsons (1999) são bons exemplos de análises parciais. São elas, a meta análise, a meso análise, a análise de decisão e a análise da implementação de política.

Para Parsons (1999), a meta análise diz respeito à atividade de analisar a análise, e implica compreender a idéia de que análise de política pública se dá através do uso de metáforas, na medida em que se procede a descrição de algo em termos diversos da realidade. Como meso análise, Parsons considera aquelas que abordam como os problemas são formados e estruturados, como os mesmos são incluídos na agenda pública, cobrindo assim parte do ciclo político. A análise de decisão centra atenção no processo decisório, localizado entre o momento de formação da política e a implementação da mesma. Por fim, a análise de implementação de uma política tem por eixo de atenção tal fase da política, bem como a avaliação dos resultados alcançados. São portanto, ferramentas que limitam a análise a parte do processo político, não apreendendo a realidade de forma mais abrangente.

Para Araújo Jr. e Maciel Filho (2001), por outro lado, haveria a análise abrangente de políticas públicas que busca apreender o processo político em sua totalidade. Dentre os principais autores identificados pelos mesmos, encontram-se Reich (1995), autor americano que desenvolveu um programa de computador para auxiliar a análise de política; Frenk (1995), autor que desenvolveu uma ferramenta baseada no que denominou cinco (5) 'P': *the problem; the principles; the purpose; the proposal; the protagonists* (problema; princípios; propósitos; propostas e protagonistas). Por fim, identificam o modelo proposto por Gill Walt e Lucy Gilson, em 1994 como um modelo abrangente e aplicável de analisar políticas de saúde (ARAÚJO JR.; MACIEL FILHO, 2001; WALT; GILSON, 1994).

Um interessante aspecto ressaltado por Viana e Baptista (2008) refere-se à relação entre as propostas de ajustes econômicos e estruturais do setor saúde, lançados na década de 90 pelo Banco Mundial, e o surgimento de novas ferramentas de análise de políticas de saúde,

mais precisamente voltadas para análise das reformas setoriais. Assim sendo, as principais correntes analíticas apresentadas têm por ponto comum o surgimento na década de 1990.

O modelo de Reich foi elaborado com o intuito de analisar reformas ocorridas no setor saúde em diferentes países, em função de pressões de organismos internacionais, ou enfoques políticos, como o neoliberalismo. Ao estudar a política farmacêutica em três países (Sri Lanka, Bangladesh e Filipinas), Reich (1995) apresenta os seis passos do seu "political mapping'. São eles:

1. Análise das conseqüências dos esforços para realização de reformas;
2. Análise das posições de apoio ou oposição, adotadas por diferentes atores;
3. Análise dos objetivos dos atores envolvidos;
4. Relações entre atores na rede de sustentação da política;
5. Surgimento de oportunidades;
6. Construção de estratégias de mudanças.

A aplicação do seu '*political mapping'* permitiu Reich (1995) concluir que, dadas condições políticas específicas, algumas previsíveis, abriu-se a possibilidade de implementação de reformas setoriais. O principal (e para Reich, manipulável) fator, foi o senso de oportunidade de atores para introduzirem suas idéias na arena política. A ferramenta utilizada sugeriu que a ação de grupos de pressão, como os médicos, tiveram papel preponderante, e que a capacidade de mobilização dos mesmos, poderia e deveria ser prevista, pois poderiam ser determinantes, caso se mobilizassem contra ou a favor das mudanças. Por fim, o estudo dos três casos sugeriu que governantes habilidosos e fortes politicamente, podem viabilizar mudanças, tornando-as sustentáveis.

Glassman, et al. (1999) também utilizaram o modelo desenvolvido por Reich (1995) para estudarem a reforma do setor saúde na República Dominicana, demonstrando a aplicabilidade do mesmo.

O modelo de '*political mapping'*, portanto, pode ser considerado um modelo abrangente de análise de políticas na medida em que busca analisar diferentes aspectos do processo político, contribuindo para compreensão ampla do mesmo.

Julio Frenk (1995) desenvolveu sua proposta de análise de política abrangente no México, com o objetivo de contribuir para o desenho de potencial reforma do setor saúde mexicano na época. O autor identificou a abertura de janela de oportunidade em função de

aspectos internacionais particulares da década de 90, e locais, em função do processo eleitoral do país.

Segundo Frenk (1995) alguns fatores devem ser analisados para que decisões sobre mudanças possam ocorrer. Entre eles, a identificação do problema, que podem ser decorrentes de mudanças epidemiológicas, demográficas, econômicas e políticas, iniqüidade de acesso, serviços insuficientes ou insatisfações relativas ao sistema de saúde.

A estrutura analítica de Frenk (1995) preconiza ainda a definição dos princípios e propósitos que devem reger o sistema de saúde, fundamentados em valores tais como equidade, universalidade, solidariedade, entre outros. Em seguida, deve-se elencar as propostas de ação, baseados no fato de que, um sistema de saúde, na visão do autor, deve ter três funções primárias: a prestação de serviços de saúde, financiamento das ações e regulação do mercado. Por fim, Frenk recomenda a identificação dos protagonistas, ou atores envolvidos no processo de mudanças propostos.

A proposta analítica de Frenk, embora abrangente, parece se adequar melhor a processos analíticos prospectivos.

Gagnon, Turgeon e Dallaire (2007) e Buse (2008) identificam na ferramenta denominada de Coalizão de Defesa, desenvolvida por Sabatier e Jenkins-Smith em 1993, uma ferramenta útil e utilizável para realização de análise de políticas públicas.

Para os idealizadores do modelo, as políticas públicas baseiam-se em cinco aspectos: o papel das informações técnicas; a noção de tempo (pelo menos 10 anos passados da política, para permitir uma adequada análise); os subsistemas políticos setoriais; a variedade de atores que permeiam a política, sejam esses intra ou extra-governamentais e o sistema de crenças e valores que se referem a prioridades de percepções. O modelo de coalizão de defesa considera que cada setor da administração pública, como saúde, educação, ou outro, têm suas próprias redes de articulação, interagindo regularmente entre si, e exercendo influências na formulação e implementação de políticas. Não raro há confrontação entre coalizões diversas, fundamentadas em diferentes sistemas de crenças e valores (GAGNON; TURGEON; DALLAIRE, 2007).

Para Buse (2008) a proposta de análise a partir da Coalizão de Defesa mostra-se apropriada para análise de política prospectiva. O referido autor considera que a coalizão de defesa é útil para assistir uma dada coalizão, tornando-a mais articulada, bem como para analisar que estratégias e táticas são mais efetivas para influenciar a dimensão política do processo de desenvolvimento de uma política. Buse (2008) considera que a análise prospectiva, utilizando a coalizão de defesa, pode e deve ser periodicamente revista,

atualizando-se estratégias ou redefinindo-as. Um aspecto ressaltado por Buse (2008) e que consideramos de interesse, refere-se ao argumento do mesmo de que, boas análises de políticas requerem com freqüência a utilização de diferentes ferramentas, no sentido de torná-las mais sólidas e abrangentes.

3.5.1 **Uma estrutura analítica - o triângulo de análise de políticas de saúde**

Gill Walt e Lucy Gilson, em 1994, lançaram artigo no qual apresentam uma proposta de modelo analítico para reformas no setor saúde de países em desenvolvimento. As autoras alertam para a escassez de estudos voltados aos países em desenvolvimento, e partindo da crítica do foco analítico apenas no conteúdo da política, preconizam um modelo de análise abrangente que leva em conta a análise do contexto, do processo, dos atores e do conteúdo da política (Figura 1).

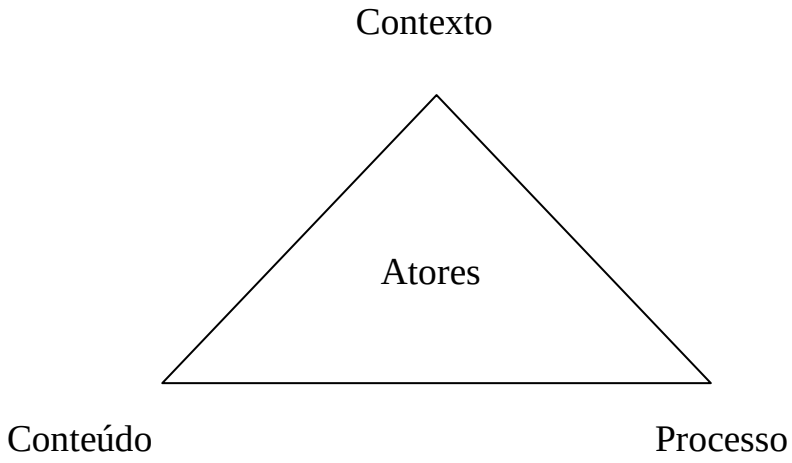


Figura1. O triângulo de análise de políticas de saúde
Fonte: Walt; Gilson (1994, p. 354)

O modelo proposto por Walt e Gilson (1994) é um modelo simples que permite a análise de relações extremante complexas. A aparente simplicidade pode dar a impressão de que os quatro elementos constitutivos do triângulo de política podem ser considerados em separado, quando em realidade, há uma profunda inter-relação entre os mesmos. Os atores influenciam e são influenciados pelo contexto no qual vivem e atuam. O contexto é afetado por aspectos processuais. O processo político é afetado e determinado pelos atores

envolvidos, e o conteúdo da política será reflexo do conjunto de aspectos enumerados anteriormente (BUSE; MAYS; WALT, 2007; WALT; GILSON, 1994). Uma política não se desenvolve em um vácuo. Políticas são resultantes de uma intensa e complexa inter-relação, social, política e econômica, e é baseado em tal constatação que o modelo foi desenvolvido.

O contexto no qual uma política é formulada e implementada é altamente político e influenciado por valores, princípios e posições políticas dos governantes, assim como pela governabilidade dos mesmos. Questões relacionadas ao financiamento são também aspectos contextuais que influenciam o desenvolvimento da política, bem como aspectos culturais próprios de um dado local. Assim, em uma análise de política de saúde, uma das questões prioritárias é a compreensão do 'onde' a política se desenvolve (COLLINS, 2005).

O conjunto de fatores que influenciam o contexto que cerca uma dada política são particulares, tanto em relação ao espaço, como ao tempo. Ou seja, tem especificidades locais, e são potencialmente mutáveis em função dos mais diversos fatores, que certamente, também são influenciados pelos atores envolvidos.

Autores consideram que fatores situacionais, estruturais, culturais ou mesmo externos ao setor saúde são aspectos cruciais de serem compreendidos em um processo analítico. Como fatores situacionais, podemos exemplificar eventos focais e agudos, como por exemplo, o advento de uma epidemia, ou o reconhecimento de um problema como tal por parte dos gestores públicos. Fatores estruturais estão principalmente relacionados a aspectos mais estáveis da sociedade, como regime político, tipo de economia adotada, porém aspectos demográficos ou desenvolvimento tecnológico podem ser incluídos entre os fatores estruturais que influenciam o contexto no qual se desenvolve a política (BUSE; MAYS; WALT, 2007).

Entretanto, Collins, Green e Hunter (1999) alertam para a dificuldade em discriminar tais categorias na realidade concreta de uma análise de política. Para os mesmos, não é simples identificar claramente quando um fator é estrutural, ou quando é situacional. Nesse sentido, os autores consideram de interesse, a proposição de Frenk (1994), que preconiza a identificação de razões e forças para o desenvolvimento de dada política (no caso dos autores, referindo-se a reforma do setor saúde).

Seriam os seguintes os aspectos a serem observados: economia (crescimento, crises, cortes); política (posse de novos governos, conflitos, mobilização de movimentos sociais); ideológicos (nos estudos dos autores, focados em pleno ápice do neoliberalismo, e de mudanças no Leste Europeu, a ideologia era um aspecto crucial); epidemiológicos (transição epidemiológica, epidemias, endemias, são bons exemplos) (FRENK 1994, 1995).

Collins, Green e Hunter (1999) consideram que são seis as categorias ou fatores que devem ser observadas na análise do contexto de desenvolvimento de uma política, e que são, em realidade, desdobramento da categorização acima: 1. aspectos demográficos e epidemiológicos; 2. mudanças sociais e econômicas; 3. política econômica e financeira; 4. regime político e outros aspectos relativos à política local; 5. ideologia, políticas públicas e política setorial; 6. fatores externos. Para os autores, entretanto, o principal ponto é a inter-relação entre os fatores contextuais, na medida em que os mesmos se influenciam mutuamente.

O contexto político não pode ser reduzido a um ponto isolado, e deslocado dos demais aspectos a serem analisados (COLLINS; GREEN; HUNTER, 1999). Assim sendo, uma análise de política que se preconize abrangente deve incorporar no processo analítico outros componentes, assim como proposto por Walt e Gilson (1994).

Araújo Jr. e Maciel Filho (2001) também ressaltam a importância da análise do contexto que cerca uma política, considerando que a análise do contexto, por atribuir historicidade à política, é largamente reconhecida como categoria crucial. Os exemplos acima corroboram tal ênfase.

Para Araújo Jr. e Maciel Filho (2001) o contexto é uma categoria sintética, pois carrega em uma única palavra, uma gama de aspectos da realidade sob análise. No seu trabalho, os referidos autores categorizam o contexto em macro e micro-contexto, ambos compreendendo aspectos políticos, econômicos e sociais. O macro-contexto focado na sociedade como um todo, e o micro-contexto relacionado ao setor saúde propriamente dito. A categorização dos autores visa colocar o objeto sob análise como parte de um contexto amplo, de toda sociedade, e em um micro contexto, setorial, com especificidades próprias.

Dentro das categorias de macro e micro contexto, Araújo Jr. e Maciel Filho (2001) englobam os aspectos identificados por Collins, Green e Hunter (1999), porém com enfoque mais amplo, na medida em que buscam compreender como os processos se influenciam mutuamente, ou seja, a interdependência de políticas setoriais de questões macro políticas, econômicas e sociais, assim como, da preponderância de aspectos micro setoriais para o desenvolvimento de dada política.

Khan e Van Den Heuvel (2007), reconhecendo a importância da análise de contexto, optaram por focar o seu estudo, realizado no Paquistão, na análise do contexto político. O contexto político, por refletir relações de poder entre atores chave e entre setores, bem como por influenciar a conformação da agenda governamental e seus desdobramentos, seria

suficiente e adequado para o estudo proposto, cujo objetivo central era a compreensão do impacto do contexto no desenvolvimento das políticas de saúde naquele país.

Os achados dos autores corroboraram a importância dos fatores políticos contextuais, evidenciando que relações desiguais de poder experimentadas no país em função de mudanças constantes no governo, contribuíram para a excessiva centralização do sistema de saúde paquistanês, bem como para a pouca participação de atores potencialmente influentes no processo de discussão de políticas setoriais de saúde.

Trabalhos como o de Araújo Jr. (2000), ao estudar os aspectos concernentes às propostas de reforma setorial no Brasil entre os anos de 1995 e 1998, o de Glassman, et al. (1999) ao analisar a reforma do setor saúde na República Dominicana, ou Tantivess e Walt (2008) em que analisam a instituição da terapia antirretroviral na Tailândia, são enfáticos em considerar a relevância do contexto.

Por ser multifacetada, uma análise de contexto pode levar a falsa impressão de que toda a política foi analisada, o que não corresponde à realidade. Portanto, para uma análise abrangente de política, outros aspectos devem ser levados em conta, sendo esses, a análise do processo, dos atores envolvidos e do conteúdo propositivo da política, conforme o modelo de Walt e Gilson (1994).

Analisar o processo político significa analisar o ‘como’ uma política entrou na agenda, foi formulada, decidida, implementada e avaliada, ou pode focar em um ou mais ‘estágios’ do ciclo da política. Assim, a análise de processo busca compreender como uma política foi desenvolvida.

Por já terem sido discutidos no presente capítulo os principais aspectos relacionados aos tipos de política, a racionalidade da mesma, e sobre poder, apenas chamamos atenção para a relação estreita entre os tópicos anteriores e a análise de processo.

Araújo Jr e Maciel Filho (2001) alertam que a política é algo muito mais amplo do que o processo que a determina. Logo, analisar o processo que envolve a política significa ter em mente que as mesmas são resultantes de um processo dinâmico, nem sempre com distinção clara de etapas, e permeada de conflitos. Para os autores, o mais importante em uma análise de processo é estabelecer as relações de poder, identificar os conceitos e tipos de política, bem como buscar estabelecer a racionalidade da política.

O processo político é também afetado por aspectos culturais, como religião, excessiva hierarquização social, valores outros que definam uma sociedade. Por fim, o aspectos externo à localidade na qual se desenvolve a política podem influenciar de modo determinante a mesma. Um bom exemplo refere-se ao papel de organismos internacionais e a pressão por

reformas dos sistemas de saúde ocorridos na década de 90, colocando na agenda dos países o tema da reforma dos sistemas de saúde (BUSE; MAYS; WALT, 2007).

Mckee et al. (2000) ao analisarem a inação face às injurias na Europa do Leste, nos anos seguintes às mudanças assistidas naquela região, em função da queda do Muro de Berlim e a transição rápida de uma sociedade socialista para uma sociedade de mercado, reconhecem o problema como tendo pouca visibilidade, e identificam lacunas nas informações disponibilizadas. Sobretudo, chamam atenção para a indefinição de responsabilidades e a competitividade entre diferentes órgãos governamentais. Nas palavras dos autores, cada ministério guarda zelosamente suas responsabilidades, com difíceis diálogos entre os mesmos.

Para que as injurias se tornassem prioridades, seria necessário de um lado, dar visibilidade ao problema, partindo-se dos dados disponíveis, e de outro, preconizam a definição clara dos papéis dos órgãos governamentais e suas responsabilidades. Assim, Mckee et al. (2000) exemplificam como a compreensão dos processos envolvidos na definição da agenda, e da responsabilização da mesma, precisam ser compreendida para adequação e proposições de soluções ou estratégias de enfrentamento.

Oliveira, Magone e Pereira (2005) ao analisar o processo de não-decisão em Portugal, mostram que, embora diante de um aparente contexto político favorável no país, e a existência de um aparente consenso da necessidade de reformas no setor saúde entre os anos de 1987 e 2001, assistiu-se na realidade, a inércia e não-decisão.

Utilizando-se de estruturas analíticas institucionais, com foco na análise processual, os autores identificaram o descompasso entre o discurso de priorização do setor saúde de um lado, e a efetiva redução do financiamento setorial de outro. A distância entre retórica e efetivação de políticas setoriais, na medida em que se verifica nos documentos oficiais um discurso de aparente consenso por mudanças, porém que permanecem como discurso, foi outro aspecto ressaltado. Grande parte das mudanças realizadas foi incremental, não se avançando em mudanças estruturais de fato (OLIVEIRA; MAGONE; PEREIRA, 2005).

O referido trabalho é um exemplo da inter-relação entre macro-contexto, micro-contexto, processo político e atores, pois mesmo diante de um ‘aparente’ macro-contexto favorável, com a eleição de partidos de centro (direita e esquerda, representados pelos Partidos Social Democrata e Socialista) durante o período, a entrada de Portugal na União Européia canalizou recursos financeiros e políticos, restando ao setor saúde, retórica e inação. O papel de grupos de pressão, tais como as empresas médicas e farmacêuticas, são dados como exemplo de como atores se mobilizaram para pautar a agenda pública, exercendo pressões e manifestando poder de influenciar decisões, sem que os governos tenham tido

capacidade, habilidade ou vontade de criarem oportunidades concretas de mudanças (OLIVEIRA; MAGONE; PEREIRA, 2005)

Para Walt e Gilson (1994) atores individuais ou grupos de interesse, internos ou externos aos governos, são determinantes para que dado problemas seja identificado como tal, e que decisões sejam tomadas visando enfrentá-lo. As autoras colocam os atores no centro do seu triângulo de análise, reconhecendo a importância fundamental dos mesmos em todos os momentos ou etapas do processo político.

É fundamental identificar os atores, porém é crucial identificar o quanto cada ator ou grupos de atores, influenciam a política, que exercício de poder é praticado, e quem detém ou não poder para influenciar, positivamente ou negativamente um processo político (WALT E GILSON, 1994).

A análise dos atores contribui para mapear a posição de cada ator em relação ao objeto estudado, bem como entre atores. Permite identificar quem tem ou não influência na política, seja no processo de definição do problema, formulação ou implementação. As posições dos atores podem mudar em função do objeto e da amplitude do estudo. Assim, por exemplo, um ministério pode ser ele mesmo um ator, ou pode ser subdividido em diferentes atores, ou grupos de interesses, quando a analise for dirigida para problemas mais específicos (VARVASOVSZKY; BRUGHA, 2000).

Embora a discussão sobre poder já tenha feito parte do presente capítulo, alguns aspectos merecem ser destacados. O exercício do ‘poder’ pode ser influenciado por características pessoais, tais como personalidade, acesso a informações, ou através do uso da autoridade, porém é afetado por questões estruturais, tais como pertencer a grupos de interesse, fatores contextuais ou locais, fazendo com que, ter ‘poder’ seja um misto de atributos pessoais e estruturais (BUSE; MAYS; WLAT, 2007).

Carlos Matus (1996) também destaca constantemente o papel dos atores na política. Para Matus todo ator social tem algum poder para determinar a ação governamental. Portanto, compreender como os atores influenciam o processo político, e que atributos possuem para exercer influência, é parte essencial de uma análise de política. No seu momento estratégico, Matus preconiza a análise dos vetores de força dos atores envolvidos.

Para Matus, há a necessidade de harmonia entre os capitais político e intelectual de um ator. É evidente, afirma Matus (1996), que o acúmulo de capital intelectual contribui para conformar experiências mais ricas e sólidas. Porém, o capital político permitirá ao ator exercer seu capital intelectual, e está diretamente relacionado ao ‘poder’ que o ator detém.

Assim, capital intelectual, relacionado a capacidade de condução, e capital político, ou poder, certamente contribuirá para processos de decisões mais sólidos e viáveis.

Conforme Buse, Mays e Walt (2007), há uma distinção entre os objetivos da análise dos atores quando prospectiva ou retrospectiva. Durante uma análise prospectiva, visa-se compreender aqueles que podem ser ou não aliados ao processo político, estabelecendo estratégias para conquistar legitimidade e adesão. Em uma análise retrospectiva foca-se na compreensão de quem efetivamente teve participação no processo político, as influências exercidas, quem dificultou ou facilitou o desenvolvimento da política. Entretanto, em ambos, a compreensão do papel dos atores é relevante, e podem ser realizadas com instrumentais coincidentes.

Embora diferentes estudos analisem os atores utilizando estratégias próprias, podem-se identificar três aspectos, comuns a todos e a serem considerados: identificar os atores envolvidos; que recursos dispõem ou dispuseram; identificar posições e interesses com respeito à política.

Para Brugha e Varvasovszky (2000) e Varvasovszky e Brugha (2000) é crucial compreender a posição, interesse, influências e inter-relações entre os atores envolvidos no processo político, tanto em relação ao passado, ao presente, como prospectivamente. Os referidos autores preconizam que os atores políticos são não apenas aqueles que desempenham papel ativo no processo político. Atores passivos também afetam o jogo político, pois permitem que grupos de interesses, ou outros, se mobilizem em função de uma proposta. A posição dos atores deve ser observada tanto em relação à política sob análise, como entre si, identificando relações de poder ou captar ou predizer potenciais alianças.

Tantivess e Walt (2008) ao analisar a implementação da terapia antirretroviral na Tailândia entre os anos de 2001 e 2007, identificam o papel preponderante de atores não governamentais, na medida em que os mesmos tinham larga experiência com pacientes HIV positivos e seus familiares. O trabalho demonstrou alianças construída entre os atores governamentais e a sociedade civil organizada, e alertou que redes organizadas de atores podem ser estratégicas não só para definição da agenda, como em todas as etapas do processo político. Os autores identificaram ainda a importância do contexto externo, em função do apoio exercido por organismos internacionais para implementação da política.

Lee et al. (1998) utilizaram a ferramenta desenvolvida por Walt e Gilson (1994) para analisarem a política de planejamento familiar em oito países em desenvolvimento, comparados par a par. O trabalho focou nos atores envolvidos e o processo de implementação da política. Os autores realizaram oito estudos de caso, baseados em entrevistas com

informantes-chave buscando identificar o impacto alcançado pelas políticas de planejamento familiar na queda da fecundidade, e identificar fatores que apóiam ou inibem a adoção de práticas de planejamento familiar.

Dentre os principais achados, Lee et al. (1998) ressaltam que, o como a política é elaborada, e quem a elabora, são tão importantes quanto o que é feito pela política. Os dados analisados apontaram três grandes aspectos que influenciaram o desenvolvimento das práticas de planejamento familiar: o papel das coalizões de elites políticas, a redução dos riscos políticos através de estratégias de co-responsabilização e conquista de adesões e favorecimento de estabilidade institucional e financeira.

Por fim, o modelo analítico proposto por Walt e Gilson (1994) considera a análise do conteúdo de uma dada política. Para as mesmas, o conteúdo de uma política reflete os demais componentes da análise. Assim, o contexto no qual se deu o processo político, a conformação processual da política e os atores envolvidos determinam, em ultima instância, aspectos preponderantes do conteúdo da política.

O conteúdo de uma política é o corpo propositivo da mesma, expresso através dos seus princípios, objetivos, metas, projetos, atividades. A análise do conteúdo da política pode ajudar a compreender as possibilidades concretas de mudanças propostas (ARAÚJO JR; MACIEL FILHO, 2001).

Araújo Jr. e Maciel Filho (2001) preconizam analisar o conteúdo da política a partir da identificação do problema, e em seguida, concentrar a análise nas propostas definidas para enfrentá-lo. Os atores ressaltam a importância da identificação dos recursos disponibilizados para efetivação da política. Araújo Jr. e Maciel Filho (2001) chamam atenção para a escassez de estruturas analíticas para o conteúdo de uma política. Entretanto, consideramos que tal se deva à grande diversidade de políticas analisáveis, com objetivos, metas e princípios próprios.

3.6 ESCOLHENDO CAMINHOS

O artigo de Walt e Gilson (1994) tem sido considerado um texto de referência para análise de políticas de saúde. Verifica-se um crescente número de trabalhos que optam por utilizar o triângulo proposto pelas autoras, ou parte dos elementos nele contidos, em particular em países em desenvolvimento, conforme a própria proposta original de elaboração da ferramenta (GILSON et al., 2008).

Em sua detalhada revisão sistemática de literatura sobre análise de políticas, Gilson e Raphaely (2008) observaram que a maior parte dos artigos publicados apresentava escassez teórica conceitual, bem como fragmentação metodológica. Entre as fragilidades encontradas pelas autoras, podemos citar além das anteriores, ausência de foco claramente definido e pouca exploração dos discursos de entrevistados ou de outros atores. As autoras, entretanto, constatam avanços, entre esses, a apropriação de ferramentas analíticas como a desenvolvida por Walt e Gilson em 1994.

Trabalho como os de Trostle, Bronfman e Languer (1999), voltado para identificação de como pesquisas podem influenciar o processo político no México, ou o de Munira e Fritzen (2007) que estudaram os fatores influentes para adoção de vacinas para Hepaite B em Taiwan e na Tailândia, o trabalho realizado por Sampaio e Araújo Jr. (2006) sobre a política de aids no Brasil, ou o de Agyerpong e Adjei (2008), sobre a definição e implementação de reformas no setor saúde de Gana, são alguns exemplos do uso do triângulo de análise de políticas desenvolvido por Walt e Gilson (1994).

É evidente que cada um dos referidos trabalhos tem peculiaridades, em função dos objetos ou utilização de ferramentas complementares, casos de Sampaio de Araújo Jr. (2006) que utilizam o ciclo da política, ou o estudo de Agyepong e Adjei (2008), que presta atenção particular na análise dos atores envolvidos e suas relações de poder.

Cada um com suas especificidades locais, e objetos bem definidos, apontam para a utilidade da ferramenta, a facilidade do seu uso por pesquisadores iniciantes no meandro da análise de política, ressaltando o potencial da estrutura definida pelas autoras.

Assim como os modelos analíticos de Reich (1995), Frenk (1995), o modelo de Walt e Gilson (1994) foi elaborado para análise de reformas no setor saúde. Entretanto, consideramos que a ferramenta analítica desenvolvida por Walt e Gilson, incorporando aspectos sugeridos por Araújo Jr. e Maciel Filho (2001) contém elementos que favorecem a análise de outras políticas públicas, não apenas relativas a reformas setoriais. Portanto, é o modelo de Walt e Gilson (1994), que norteará a presente tese, acrescido sempre que necessário, do suporte de outras ferramentas analíticas, que serão explicitadas.

Walt et al. (2008) fazem importantes considerações, e alertas, que buscaremos superar no presente trabalho.

Os autores alertam para o caráter multidisciplinar da análise de política, considerado aqui como a associação de diferentes disciplinas, na medida em pode e deve incorporar conhecimentos da política, da sociologia, antropologia, ou outra, em função do objeto sob estudo. Baseados nas conclusões do artigo de Gilson e Raphaely (2008), Walt et al. (2008)

alertam para a necessidade de definições claras, em relação às ferramentas utilizadas, como em relação a teorias que dêem suporte à investigação, e em relação às opções metodológicas. Para as autoras, diferentes ferramentas, teorias ou métodos podem ser utilizados em uma mesma pesquisa, e quando adequadamente definidos e explicitados, enriquecerão o trabalho. Portanto, a seguir explicitamos as opções adotadas na presente tese. Em cada capítulo, no entanto, retomaremos as opções, visando deixar mais claro para o leitor o 'caminho do pensamento' seguido.

O PSA será analisado em dois momentos, que irão compor quatro das cinco etapas do ciclo da política.

O primeiro período analisado será o momento que vai da identificação do problema à formulação do PSA, e está contido no ano de 2001. Para análise desse período será observado o contexto no qual surgiu a idéia do programa. Utilizando aspectos da categorização de Araújo Jr. (2000) e Araújo Jr. e Maciel Filho (2001), o contexto será subdividido em macro e micro. Porém a categorização dos referidos autores não será utilizada na íntegra. Em função do objeto da presente tese se localizar em um município, o macro contexto se referirá à Prefeitura do Recife, e o micro contexto ao setor saúde. Os demais aspectos serão construídos em função das falas dos entrevistados.

Em seguida, será focado como o mesmo foi elaborado e como se deu o processo decisório de implementar o Programa. Para tal, utilizaremos o modelo de múltiplos fluxos de John Kingdon (1995) e o PES de Carlos Matus (1996), por identificar aspectos que dialogam entre si. Assim, a partir das falas dos entrevistados, serão buscados elementos que tornem compreensível o processo político voltado para a política sob análise, em 2001. Os atores serão identificados em função do momento em que foi mais evidente sua participação, ou ausência desta. Por fim, o conteúdo da política será apresentado. Optamos por aprofundar no conteúdo do PSA os seus princípios fundadores. Por ser uma política que assume recuperar os princípios do SUS e da promoção da saúde, serão os princípios norteadores de um e de outro que conduzirão a apresentação do conteúdo o PSA.

O segundo período refere-se ao início da implementação do PSA, ocorrida em 2002, e será observada particularizando-se os diferenciais entre os anos de 2001 e 2002. Assim, apenas os aspectos que especificam o ano de 2002, tanto em relação ao contexto, processo, atores e conteúdo serão ressaltados, utilizando-se para tal, as mesmas ferramentas analíticas.

4

OBJETIVOS

4 **OBJETIVOS**

4.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o PSA desde sua colocação na agenda pública em 2001, até o início da implementação do mesmo na cidade do Recife, em 2002.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) Apresentar e discutir os fatores contextuais que contribuíram para o surgimento do PSA no âmbito da Secretaria de Saúde do Recife em 2001;

b) Analisar o processo que compreende a colocação do problema na agenda pública, a formulação e decisão de implementação do PSA em 2001;

c) Identificar os principais atores envolvidos com o PSA durante o ano de 2001, buscando estabelecer suas diferentes posições, possibilidades, conflitos e ou interesses;

d) Analisar o conteúdo a partir da operacionalização dos princípios adotados pelo PSA, e o diálogo dos mesmos com os princípios do SUS e da Promoção da Saúde;

e) Analisar os aspectos contextuais, o processo, os atores e os desdobramentos no conteúdo do PSA durante a implementação da política em 2002.

5

PROCEDIMENTOS MEDOLÓGICOS

5 **PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

> [...] Caminhante, são tuas pegadas
> o caminho e nada mais;
> caminhante, não há caminho,
> se faz caminho ao andar [1]

5.1 INTRODUÇÃO

Neste capítulo serão apresentados os caminhos percorridos para realização do presente trabalho. O mesmo foi desenvolvido a partir de marcos referenciais teóricos das ciências sociais e da saúde coletiva. Trata-se de um estudo qualitativo de caso, utilizando uma triangulação de dados. Cada uma dessas opções será explicada e definida. Nele, serão discutidos aspectos referentes aos estudos qualitativos de caso, a triangulação de dados, bem como a opção adotada para análise das entrevistas. É no presente capítulo que os aspectos éticos serão abordados.

5.2 PESQUISA QUALITATIVA

> A pesquisa qualitativa é uma atividade situada que localiza o observador no mundo. Consiste em um conjunto de práticas materiais e interpretativas que dão visibilidade ao mundo. Essas práticas transformam o mundo em uma série de representações, incluindo as notas de campo, as entrevistas, as conversas, as fotografias, as gravações e os lembretes. Nesse nível, a pesquisa qualitativa envolve uma abordagem naturalista interpretativa para o mundo, o que significa que seus pesquisadores estudam as coisas em seus cenários naturais, tentando entender, ou interpretar, os fenômenos em termos dos significados que as pessoas a eles conferem (DENZIN; LINCOLN, 2005, p. 17).

Assim Denzin e Lincoln (2005, 2006) definem pesquisa qualitativa. Os autores assumem ser uma conceituação genérica e introdutória da ampla discussão que cerca a pesquisa qualitativa. Os referidos autores utilizam interessantes metáforas para se referir ao

[1] Extrato do poema “Cantares” do poeta espanhol, Antonio Machado (1875/1939).

pesquisador qualitativo. Entre essas, a de montagem cinematográfica e de músico de jazz (que tem na alma o improviso), na medida em que um pesquisador qualitativo reúne e edita fragmentos da realidade, buscando criar uma unidade para um objeto. A realidade objetiva não pode ser totalmente apreendida, podendo ser, no entanto reconhecida por meio de representações.

Minayo (1992) reforça que a realidade social só pode ser aproximada, sendo mais rica do que qualquer teoria ou pensamento que se possa ter sobre a mesma, pois o pensamento tende a dividir, a distinguir momentos e objetos. Para a autora, um estudo social deve buscar os aspectos qualitativos do seu objeto, e tem por sujeitos de estudo, pessoas com crenças, significados e valores.

Conforme Sofaer (1999), uma das principais vantagens da pesquisa qualitativa é não só contribuir para a descrição de um evento, como contribuir para a compreensão de ‘como’ e ‘por que’ um mesmo evento, não raro, é compreendido ou interpretado de forma diversa ou mesmo conflitante, por diferentes informantes.

Não existe uma pesquisa qualitativa. Existem múltiplas formas de pesquisa qualitativa, não pertencendo a uma única disciplina, nem constituindo um paradigma. A tradição qualitativa é, sobretudo, originária nas ciências sociais, particularmente na antropologia e sociologia, entretanto, cada vez mais outras disciplinas vêm utilizando abordagens qualitativas em seus estudos, caso da saúde púbica (DRAPER, 2004; MINAYO, 1992).

Aqui ressaltamos um aspecto relevante. Não consideramos uma contraposição entre qualitativo e quantitativo. Assumimos que tanto pesquisas quantitativas como qualitativas significam que o pesquisador tem importantes contribuições, e que tanto pesquisadores quantitativos como qualitativos ‘imaginam que sabem alguma coisa a respeito de algo que vale a pena contar para os outros’ (DENZIN; LINCOLN, 2005), no entanto, empregam diferentes métodos para demonstrá-lo. Consideramos, assim como Haguette (2003), que o problema sob investigação é que dita o método mais adequado, se qualitativo ou quantitativo.

Como grande parte da nossa vida profissional foi no âmbito da epidemiologia, temos ciência do quanto os métodos quantitativos contribuíram, e certamente contribuirão, para o avanço do conhecimento cientifico. Entretanto, consideramos que para o objeto que nos propusemos estudar, e por todos os aspectos acima descritos, uma abordagem quantitativa seria redutora da realidade, e que um estudo de abordagem qualitativa seria o mais adequado para alcançar os objetivos delimitados.

5.3 ESTUDO DE CASO

O presente estudo foi um estudo de caso, na medida em que se enquadra no escopo da definição de Yin (2005), para quem estudo de caso não é um método, mais uma estratégia de pesquisa abrangente, que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, enfrentando uma situação particular.

A estratégia de estudo de caso consiste em, a partir de dada situação, tomada em seu contexto, analisá-la visando identificar como se manifestou e evoluiu o fenômeno que interessa ao pesquisador. Pode-se considerar uma das vantagens de um estudo de caso a observação de um grande número de fatores que interagem, permitindo que se renda justiça à complexidade e riqueza dos fenômenos sociais, logo, o caso deve ser observado como fenômeno integrado (MUCCHIELLI, 2004). Os estudos de caso podem ser únicos ou múltiplos (HARTLEY, 2006; YIN, 2005).

Yin (2005) apresenta cinco fundamentos lógicos para projetos de caso único. Seriam esses: caso decisivo; caso raro ou extremo; caso representativo ou típico; caso revelador e caso longitudinal.

Caso decisivo é aquele que testaria uma teoria bem formulada. O caso raro ou extremo, aquele que pela raridade, justifica sua escolha. O caso representativo ou típico tem por objetivo captar as circunstâncias e condições comuns, e as lições aprendidas com tais casos podem fornecer importantes informações sobre as experiências das pessoas ou instituições estudadas. Caso revelador representa a oportunidade de observação de um fenômeno até então inacessível à investigação científica. Por fim, o caso longitudinal, no qual o mesmo caso único é estudado em dois ou mais pontos diferentes no tempo.

Portanto, consideramos que a presente tese foi um estudo de caso único, representativo e longitudinal. Representativo, ou típico, pois consideramos que a partir da análise do PSA do Recife, muito se apreendeu sobre a Secretaria de Saúde do Recife. Também consideramos um estudo longitudinal, na medida em que foram estudados dois períodos do PSA: o período que compreende a formulação do mesmo (2001), e o período que compreende o processo de implementação do PSA (2002).

5.4 TRIANGULAÇÃO

Para efetivação do presente trabalho foi realizada uma triangulação. A triangulação não é um método em si, mas uma estratégia de pesquisa ou, nas palavras de Minayo, Assis e Souza (2005), é uma dinâmica de investigação e de trabalho. Por triangulação entende-se a combinação e o cruzamento de múltiplos pontos de vista (SOFAER, 1999).

O termo triangulação tem origem no domínio da topografia, que utiliza de triangulação com a finalidade de se situar em dado espaço. A transferência da triangulação para o domínio das pesquisas científicas supõe que, quanto mais o pesquisador utiliza métodos, dados, ou pesquisadores diversos, mais rica será a sua compreensão acerca do fenômeno estudado (MUCCHIELLI, 2004).

A estratégia de triangulação tem por objetivo essencial a compensação dos vieses inerentes a cada método ou técnica em particular, e ao menos duas razões podem ser apontadas para o uso da triangulação. Primeiro, a natureza do objeto sob estudo. Parte-se do princípio que a dinâmica dos fenômenos sociais não permite que nenhum método, técnica ou fonte de dado, dê conta da riqueza do fenômeno estudado. A segunda razão refere-se a posição do próprio pesquisador, que não desempenha aqui um papel de cientista distante do seu objeto, mais existe como ser pensante e pleno de significações. Nesse sentido, a triangulação contribui para que o pesquisador objetive suas interpretações a partir do recurso a diferentes fontes de dados, ou métodos ou mesmo o olhar de outros pesquisadores (MUCCHIELLI, 2004).

Ao apresentar uma avaliação por triangulação de métodos realizada por equipe de pesquisadores, Minayo, Assis e Souza (2005) chamam atenção para três aspectos fundamentais: primeiramente, o profundo respeito que se deve ter aos diferentes campos disciplinares; segundo, o alerta para a relativização fragmentada de cada um desses campos, e por fim, a crença na capacidade ‘dialógica’ dos pesquisadores frente às diferentes práticas e saberes.

Yin (2005) apresenta quatro tipos de triangulação: a triangulação de fontes de dados (triangulação de dados); a triangulação entre avaliadores (triangulação de pesquisadores); de perspectivas sobre o mesmo conjunto de dados (ou de teoria) e triangulação de métodos (ou metodológica).

A triangulação de dados refere-se ao uso de diferentes fontes de dados, e não o uso de métodos distintos para produção de dados. A triangulação entre avaliadores emprega mais de

um observador para um mesmo objeto. A triangulação de teorias utiliza diferentes aportes teóricos para analisar o mesmo objeto. E por fim, a triangulação de métodos, na qual diferentes metodologias são utilizadas (FLICK, 2004).

Para a presente tese utilizamos uma triangulação de dados, na medida em que o estudo se baseou em entrevistas semi-estruturadas e análise documental.

Como o presente documento refere-se à realização de uma tese de doutorado, o pesquisador foi um só, porém recebeu influências diversas, desde a relação com o orientador, com o grupo de pesquisa do qual integrou[2], bem como do tutor do programa de doutorado sanduíche, realizado em Leeds, Inglaterra, entre os meses de janeiro e agosto de 2008. Neste sentido, podemos considerar que houve de certa forma, uma triangulação de pesquisadores.

5.5 PERÍODO E LOCAL DO ESTUDO

A presente tese foi realizada na cidade do Recife, e refere-se a dois períodos do PSA: o ano de 2001 e o ano de 2002.

5.5.1 A cidade do Recife

A cidade do Recife, fundada 1537 e localizada na foz dos Rios Capibaribe e Beberibe, é cortada por 66 canais que perfazem 114,3 km de extensão. A água, além das pontes, são fortes características da cidade. Foi à margem dos rios que se concentrou inicialmente a população pobre do Recife.

A cidade do Recife tem no Rio Capibaribe uma referência particular. Fonte de beleza cantada pelos poetas pernambucanos é também fonte de conflitos e graves problemas sócio-ambientais. O rio foi assistindo ao longo dos anos a um processo de aterramento de suas margens para conquista de novas áreas passíveis de construção. Inicialmente ocupadas pelos ‘mocambos’, as margens do Capibaribe aos poucos foram cedendo espaço para a expansão

[2] Parte da presente Tese foi desenvolvida dentro de um Projeto de Pesquisa de Análise de Política da Atenção Básica no Recife, com três eixos principais: o Programa de Saúde da Família; as Equipes de Saúde Bucal inseridas no PSF e o Programa de Saúde Ambiental, sob a Coordenação do Prof. José Luiz de Araújo Júnior, entre os segundos semestres de 2005 e 2007.

imobiliária, sendo os aterros gradativamente incorporados ao traçado urbanístico da cidade (GOMES, 2006).

Com uma extensão territorial de 218,7 km2 o Recife faz limites com os municípios de Olinda, Jaboatão dos Guararapes e Camaragibe, com limites interurbanos indefinidos, além do Oceano Atlântico (GOMES, 2006).

O Recife é uma cidade com paisagens diversificadas, da qual fazem parte morros, planícies, estuários e praias. É também fortemente marcada por grandes desigualdades sociais. É ainda totalmente urbana, sendo dividida em 94 bairros (RECIFE, 2002, 2001).

Do ponto de vista administrativo, para a Secretaria de Saúde[3], os 94 bairros da cidade estão agregados em seis Distritos Sanitários (DS), como pode se observar no mapa seguinte.

Outros aspectos referentes ao Recife serão discutidos no momento da apresentação dos resultados.

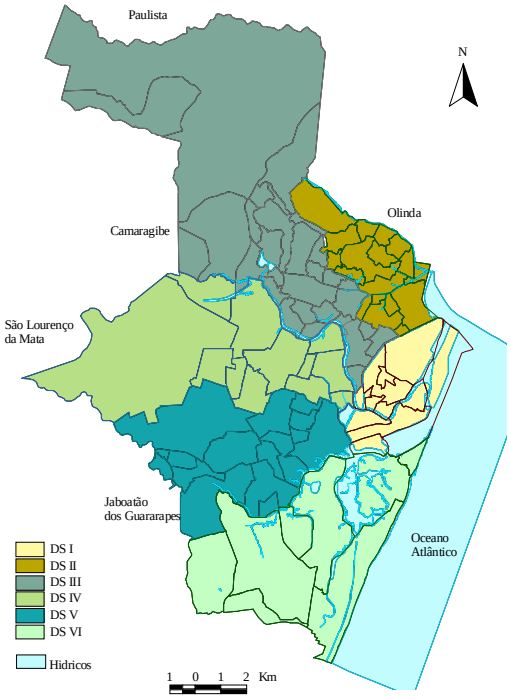


Figura 2 - O Recife – Distritos Sanitários.
Fonte: Recife (2002).

[3] Para outros órgãos e Secretarias da Prefeitura do Recife, a cidade se divide em 6 Regiões Político Administrativas (RPA), que não necessariamente tem o mesmo recorte dos Distritos Sanitários. Alguns órgãos, como a Empresa de Manutenção e Limpeza Urbana, utilizam o critério de corredores para sua atuação. Essa diferenciação de divisão da cidade, não raro dificulta uma maior articulação de trabalhos dentro da Prefeitura do Recife.

5.5.2 Período do estudo

O período de estudo compreende os anos de 2001 e 2002, englobando quatro das cinco fases do ciclo da política. o ano de 2001 compreendendo a definição da agenda, a formulação e a decisão pela implementação do PSA, e o ano de 2002, ano que concentrou a implementação do programa.

Embora tendo claro que as fases do ciclo político não se desenvolvem em etapas bem definidas, optamos por subdividir o ciclo político do PSA em dois momentos. Um primeiro, que compreende a entrada do problema da agenda pública, a formulação e decisão em implementar o programa que ocorreu ao longo do ano de 2001. E um segundo momento, o da implementação do programa. Tal opção se deu em função dos resultados das entrevistas, que deixavam claro as particularidades de cada período aqui estudado.

No entanto, dois pontos devem ser ressaltados. Primeiramente, é evidente que não identificamos uma quebra na cronologia dos eventos. Assim, a implementação do PSA inicia ainda em dezembro de 2001, bem como não se encerrou em 2002. A opção por tratarmos em separado os anos de 2001 e 2002, o primeiro sendo aquele que concentrou o momento da formulação do PSA e o segundo o que concentrou a implementação do PSA, deveu-se aos achados durante as entrevistas e documentos analisados.

Em função da epidemia de dengue ocorrida no município em 2002, que tornou aquele um ano peculiar para o setor saúde do Recife, e em particular para o PSA, que visava enfrentar os graves problemas sócio-ambientais que repercutiam sobre a saúde, o contexto em 2002 teve influência determinante na implementação do PSA, e repercute no programa até a presente data. Também as entrevistas apontavam aspectos processuais e a entrada em cena de novos atores, que tornaram 2002 um ano particular.

Segundo, temos claro que o processo de implementação do PSA não findou em 2002. O PSA é um programa em constante aprimoramento. A escolha por não estendermos a análise além de 2002 foi por considerarmos que os achados referentes aos dois anos estudados, concentraram aspectos que determinaram a configuração do programa, bem como, contém elementos que permitem compreender a recursividade do processo político.

5.6 A PESQUISA E O PESQUISADOR

No presente trabalho, assumimos que a ciência é comprometida.

Para Minayo (1992), todo estudo, por mais simples que seja, tem a norteá-lo um arcabouço teórico que 'informa' a escolha do objeto e dos passos adotados para estudá-lo. Segundo a autora, a visão de mundo do pesquisador está implicada em todo o "processo de conhecimento, desde a concepção do objeto até os resultados dos trabalhos" (MINAYO, 1992, p. 21).

Demo (1995) ao discutir o tema da neutralidade cientifica estereotipa três posições. Uma primeira, que denomina de 'neutralidade ingênua', calcada no paradigma das ciências naturais, na qual se considera a realidade regida por leis objetivas. Para o autor, tal neutralidade seria uma postura farsante, por ingenuidade ou esperteza. O engajamento não raro comete barbaridades, porém "é muito pior cometê-las ingenuamente ou espertamente" (DEMO, 1995, p. 83).

Uma segunda posição é o que se denomina de 'ativismo barato', e que estaria no extremo oposto da primeira posição, com uma total rejeição a neutralidade, caindo muitas vezes no fanatismo e ativismo, tornando a ciência subserviente a ideologias. Por fim, a posição 'histórico-estrutural', que representa um equilíbrio critico e autocrítico entre condições objetivas e subjetivas, onde a realidade social é em parte dada, em parte construída (DEMO, 1995.

O autor salienta que um cientista que adote a posição histórico-estrutural controla a ideologia, não através de um distanciamento farsante, "mais pelo enfrentamento aberto, no espaço da estratégia da discutibilidade" (DEMO, 1995, p. 84). Por fim, o mesmo considera que a neutralidade nas ciências sociais é desmobilizadora sendo instrumento útil ao poder vigente, e estrategicamente inútil aos desiguais.

Para Flick (2004) a subjetividade do pesquisador, bem como daqueles que estão sendo estudados são parte do processo de pesquisa. Barker (1996) considera que nenhum pesquisador pode pretender a neutralidade, e que se deve valorizar aqueles que deixam explícitos os valores e critérios que adotam em sua pesquisa. No mesmo sentido, caminham Denzin e Lincol (2005; 2006) quando se referem ao pesquisador como socialmente situado, com historicidade e contradições. Nesse sentido, os autores reforçam a importância do pesquisador qualitativo se defrontar com a ética e a política na pesquisa.

5.6.1 Dilemas pessoais

Entre Janeiro de 2001 e Abril de 2006 estivemos a frente da Diretoria de Vigilância à Saúde da Secretaria de Saúde da Cidade do Recife. Foi no âmbito dessa Diretoria que surgiu a idéia, foi elaborado e implementado o PSA. Portanto, não foi sem dúvidas e dilemas pessoais que definimos o nosso objeto de tese.

A escolha do PSA deu-se em função da pré-concepção que pessoalmente temos do Programa. Consideramos o mesmo avançado, e abrangente no que tange aos seus princípios e mesmo a sua operacionalização. No entanto, no papel de Diretora, tínhamos também ciência das imensas dificuldades e limitações do mesmo, particularmente no que tange a operacionalização do PSA e de algumas de suas ações preconizadas, o que o tornava instigante para uma Análise de Política.

Ao decidir realizar o Doutorado, travamos conhecimento com as ferramentas de análise de política. Nesse momento, vislumbramos a oportunidade de refletir sobre o PSA, agora com o olhar de pesquisadora, através do rigor necessário para uma investigação científica. Entretanto, a escolha foi permeada da inquietação: de um lado, a ex-diretora, entusiasta do PSA, de outro a doutoranda. Foi durante nossas leituras que encontramos as respostas e tranqüilidade necessária para continuarmos nossa pesquisa tendo por objeto o PSA. De um lado, a clareza da não neutralidade do cientista diante do seu objeto. De outro, como afirma Merhy (2004) nos identificamos como um ‘sujeito implicado’: além de sujeito interessado, sendo também sujeito implicado, pesquisadora e pesquisada, analisadora e analisada.

Acrescentamos ao fato, a nossa própria historia como sanitarista e integrante do Movimento Sanitário, bem como militante política, que nos fazem implicados em qualquer pesquisa que tenha o SUS como objeto. Implicados estamos e estaremos sempre. Ou nas palavras de Merhy (2004, p. 37):

> (...) ficou claro para mim, que a implicação de um militante, que põe sob foco de estudo o balanço da sua própria militância, como um dos protagonistas de processos de reformas sociais – como a vivenciada pela construção do Sistema Único de Saúde, no Brasil-, obriga-o a ter uma postura mais eclética com as teorias que podem ajudá-lo a compreender a si, nesse processo. E com ele passo a ter a noção de que o sujeito implicado na construção de conhecer militante carrega, mais do que uma teoria, uma caixa de ferramentas cheia de “conceitos” e “esquemas explicativos”, que lhe

> podem abrir várias possibilidades de significar e ressignificar a si mesmo como sujeito da e em ação, que fazem ou não sentido para si.

Barker (1996) também enfatiza a dificuldade em identificar quem é ator externo quando se trata de pesquisas em saúde pública, pois como ressalta a autora, estamos implicados com a mesma, mesmo como consumidores.

Para Morin (2003), uma das 'avenidas da complexidade' é a volta do observador na sua observação. Como afirma o mesmo, o pesquisador está na sociedade, que também está nele. O pesquisador é então, possuído pela cultura que possui.

Walt et al. (2008) traçam um interessante contraponto entre pesquisadores internos e externos ao objeto sob pesquisa. Para os autores, em função de suas posições, atores internos e externos podem perceber o mesmo objeto de modo significativamente diferente. Os pesquisadores internos teriam maior facilidade de acesso, maior propriedade diante do tema, e a visão privilegiada de ter ou participar do objeto sob análise. Por outro lado, o investigador externo, por sua externalidade, pode apresentar maior facilidade em abordar questões delicadas, e não ser identificado como aliado de determinado grupo de interesse. Portanto, há vantagens e desvantagens em ter vivenciado tão de perto o objeto de estudo.

No entanto, ao finalizar nosso estudo, temos a tranqüilidade de afirmar que a análise de política do PSA, foi sim, de enorme valia. A reflexão aqui feita, certamente afetou a pesquisadora, trouxe sofrimento, alegria, decepções e gratificações. Trouxe ainda a certeza, de que estamos muito melhor preparadas para novos desafios, como sanitarista, como pesquisadora, e como ser histórico de um mundo contraditório.

5.7 OS ESTÁGIOS DE UM ESTUDO QUALITATIVO COM ENTREVISTAS

Para Kvale (1996) são sete os estágios de uma investigação por entrevistas: tematização; desenho do estudo; realização das entrevistas; transcrição; análise das entrevistas; validade; relato dos resultados. Discutiremos brevemente os seis primeiros estágios, e as opções aqui adotadas. O ultimo estágio, ou resultados, é na realidade todo o trabalho aqui apresentado.

5.7.1 A tematização

A tematização se refere a formulação dos propósitos do estudo. Como ressalta Kvale (1996) as perguntas ‘por que’ e ‘o que’ devem ser respondidas antes da identificação do ‘como’, ou seja, da escolha do método a ser utilizado.

Nesse sentido, a tematização realizada para presente tese encontra-se descrita na introdução desse trabalho.

5.7.2 Definição do desenho do estudo e considerações éticas

A definição do desenho do estudo apontou para escolha de um estudo qualitativo de caso, apoiado na realização de entrevistas semi-estruturadas. Nessa etapa, os aspectos éticos envolvendo a pesquisa foram submetidos ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM), tendo sido aprovado através do Parecer n^{o} 009/2007. Todas as entrevistas foram realizadas após a aprovação pelo referido Comitê.

Em função da realização do Programa de Doutorado no Brasil com Estágio no Exterior (PDEE), realizado entre os meses de janeiro e agosto de 2008, tivemos que submeter nosso Projeto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), que aprovou o mesmo sob o Parecer N^{O}. 902/2008.

Os parâmetros ditados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde foram seguidos, tendo sido garantida a Confidencialidade dos entrevistados, em todas as etapas da pesquisa. Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme preconizado, e segundo parâmetros adotados pelo Comitê de Ética em Pesquisa do CPqAM.

De acordo com Kvale (1996) os aspectos éticos envolvendo estudos qualitativos não devem ser isolados do processo de investigação. Devem sim, atravessar todos os estágios da pesquisa, desde o momento da definição do objeto até a apresentação dos resultados do estudo. Para Kvale (1996), o consentimento e a garantia da confidencialidade são os aspectos mais relevantes.

Em volume dedicado ao tema, a Revista Ciência & Saúde Coletiva (vol. 13 (2), 2008) traçou importante debate sob a ética e pesquisas qualitativas. Para Guerriero e Dallari (2008)

as resoluções e normas adotadas no Brasil como orientações para análise dos Comitês de Ética são inadequadas para estudos qualitativos, tendo sido fundamentadas em paradigmas positivistas, voltados para estudos quantitativos. Para as mesmas, faz-se necessária a definição de diretrizes especificas, diante do crescente uso de abordagens qualitativas por pesquisadores em saúde publica.

Consideramos o tema da maior importância, e que a questão deve ser enfrentada e debatida entre pesquisadores e Comitês de Ética. Entretanto, como o rege atualmente os Comitês são as mesmas normas aplicadas para estudos de abordagem quantitativa, nos adequamos às mesmas, conforme descrito.

5.7.3 As entrevistas

Segundo Kvale (1996), entrevistas são as principais técnicas em estudos qualitativos. Para o autor, as entrevistas são formas específicas de conversação. Minayo (1992) considera as entrevistas como forma de comunicação verbal, em sentido amplo, e como colheita de informações sobre um dado tema, em sentido restrito.

Entrevistas são conversas profissionais, porém, não são conversas entre iguais, na medida em que o pesquisador define e controla a situação, introduzindo os tópicos da pesquisa. A estrutura de uma entrevista em uma pesquisa qualitativa, pode se aproximar de uma conversação diária, porém tratando-se de uma entrevista profissional, envolve técnicas especificas. Na medida em que visam descrever e compreender significados de pontos centrais relativos a temas de interesse dos entrevistados, cabe ao entrevistador a análise do que foi dito durante as entrevistas (KVALE, 1996).

Uma entrevista não é simplesmente um trabalho de coleta de dados. Minayo (1992) e Haguette (2003) ressaltam a interação que se desenvolve entre os sujeitos, bem como o processo desigual que se estabelece entre estes, na medida em que não são os entrevistados que tomam a iniciativa, ou raramente o fazem, pois as oportunidades são poucas, mesmo quando o entrevistador busca colocá-los à vontade. A fonte de viés em uma entrevista se localiza tanto externamente ao observador como no processo de interação desenvolvido entre os atores – entrevistado e entrevistador. Para Haguette (2003), o viés é um fenômeno universal, cabendo ao pesquisador conhecê-los para buscar preveni-los, quando possível. Entre os aspectos que podem interferir na qualidade dos dados coletados em relação aos

informantes estão o temor que suas respostas possam interferir em momento posterior, a quebra da espontaneidade e o desejo de agradar ao entrevistador.

Como fomos Diretora de Vigilância em Saúde da Prefeitura do Recife no momento da formulação e implementação do PSA, estávamos conscientes do risco de algum desses, em particular, a vontade de agradar por parte daqueles que participaram da Diretoria como técnicos ou Gerentes e a quebra da espontaneidade pelo mesmo motivo. Nesse sentido, buscamos em cada uma das entrevistas, colocar o entrevistado à vontade, a par dos objetivos da pesquisa, e, sobretudo, destacar o momento profissional no qual nos encontrávamos, e a importância da contribuição franca de cada um deles. Consideramos que realizamos entrevistas de grande interesse, e problematizadas, reconhecendo que em vários momentos, tanto o entrevistado como a entrevistadora, vivenciamos emoções que, no entanto, com freqüência tornaram-se insigths importantes, levando ao aprofundamento de pontos essenciais, sob a ótica do ator entrevistado. Os resultados que apresentaremos são testemunhos.

São vários e distintos os formatos de entrevistas, tais como entrevistas não-estruturadas; semi-estruturadas e estruturadas (DiCICCO; CRABTREE, 2006).

Entrevistas estruturadas utilizam questionários nos quais as mesmas perguntas fechadas são feitas a todos os entrevistados. Em geral são aplicadas a uma amostra populacional e produzem dados quantitativos.

As entrevistas não-estruturadas e semi-estruturadas são as mais utilizadas em pesquisas qualitativas (DiCICCO; CRABTREE, 2006). Para os autores, nenhuma entrevista pode ser considerada totalmente não-estruturada, porém muitas realmente se aproximam de conversas guiadas, ou conversas com finalidade. Nas entrevistas não-estruturadas informantes chave são selecionados em função do conhecimento e papel que desempenham em relação ao tema pesquisado. Os roteiros servem de orientação para o pesquisador, porém nunca devem cercear a fala dos entrevistados.

Para Minayo (1992), a entrevista não-estruturada persegue diferentes objetivos: a descrição do caso individual, a compreensão de especificidades e a comparabilidade de diversos casos.

Entrevistas semi-estruturadas são organizadas em torno de questões predeterminadas, com outras questões emergindo à medida que transcorre o diálogo entre entrevistador e entrevistado (FLICK, 2004; DiCICCO; CRABTREE, 2006).

Algumas questões são relevantes em relação às entrevistas, e ao seu contexto de aplicação. Minayo (1992) chama atenção para o fato de que cada situação de entrevista é

único, não havendo duas situações iguais, nem mesmo semelhantes, pois entrevistador e entrevistado interagem dinamicamente. Mesmo utilizando o mesmo roteiro, entrevistas aplicadas por diferentes entrevistadores apresentarão particularidades.

A entrevista é uma interação entre duas pessoas, que influenciam uma a outra, podendo ser um momento favorável para o entrevistado, contribuindo para sua reflexão sobre o tema (KVALE, 1996). Portanto, com freqüência, torna-se difícil terminar uma entrevista, pois durante a mesma insights podem estimular o entrevistado a continuar suas reflexões, bem como o entrevistador em continuar sua exploração por informações relevantes.

Realizamos todas as entrevistas do presente estudo, por concordamos que cada entrevista é um momento único e que a interação que se estabelece entre entrevistado e entrevistador é fundamental para a coleta de dados com a riqueza necessária.

No presente trabalho foram realizadas vinte (20) entrevistas semi-estruturadas, por considerarmos que um roteiro de questões guias seria importante para alcançar os objetivos propostos. Todas as entrevistas foram gravadas, conforme autorização dos entrevistados.

Durante a realização das mesmas, não raro novas questões emergiram, em função do perfil dos diferentes entrevistados, tendo sido cada entrevista momento de grande riqueza. Em função da história profissional ou da relação do ator entrevistado com o PSA, observamos nuances e especificidades no foco das entrevistas.

O roteiro da entrevista foi elaborado baseando-se nas perguntas condutoras e objetivos definidos para o presente estudo (Apêndice A). Buscou-se o local e momento adequado para cada entrevistado. Ao solicitarmos sua colaboração, deixávamos claro a necessidade de disponibilidade de pelo menos uma hora, deixando ao entrevistado a escolha da data, hora e local apropriados e convenientes. Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme normas éticas (Apêndice B).

A garantia de confidencialidade para os entrevistados tem sido destacada como aspecto essencial, conseqüentemente, a confidencialidade dos dados foi garantida a todos os entrevistados (GREEN; THOROGOOD, 1998). Portanto, ao apresentar os resultados os nomes dos entrevistados serão omitidos. Utilizaremos um código numérico, de conhecimento apenas nosso.

a) Decidindo quem entrevistar

A escolha dos entrevistados é uma etapa importante, e deve ser feita previamente a partir da identificação de informantes chaves (HARTLEY, 2006).

Foram entrevistadas vinte pessoas. A definição dos entrevistados levou em conta o perfil que consideramos necessário em função dos objetivos propostos, bem como o conhecimento dos mesmos em relação ao tema.

A definição do número de entrevistas depende do tipo de estudo e dos objetivos do mesmo. Em um estudo quantitativo pode ser necessário um número significativo de entrevistados, tendo-se em vista os processos de validação dos dados. Entretanto em um estudo qualitativo, Kvale (1996) considera um número em torno de 15 +/- 10 como um número suficiente, tendo-se em vista o tempo necessário para realização das entrevistas e o tempo necessário para a análise das mesmas.

Dois outros atores foram previstos para serem entrevistados, o então Secretário de Planejamento e Orçamento Participativo da Prefeitura do Recife, e o Coordenador do Orçamento Participativo, porém, embora contatos tenham sido tentados, as agendas dos mesmos não favoreceram a realização das entrevistas.

Apresentamos a seguir o perfil dos entrevistados.

Perfil dos entrevistados	**Número**
Ex – Secretários Municipais (Saúde ou outro)	4
Diretores ou ex – Diretores da Secretaria de Saúde, ou equivalente hierárquico	4
Gestores ou ex – gestores do PSA – Nível Central ou Distrito Sanitário	3
ASA ou ex – ASA	3
Gestores de outras instituições municipais parceiras	3
Assessores ou consultores extra Secretaria de Saúde	3
Total	**20**

Quadro 1. Perfil e número dos entrevistados.

5.7.4 Transcrevendo as entrevistas

As transcrições foram feitas por pessoa treinada. Optamos pela transcrição em estilo literal. Depois de finalizada a transcrição, escutamos cada entrevista, acompanhada da leitura da transcrição, fazendo ajustes que consideramos necessários (sobretudo em relação a algumas siglas referentes ao Setor Saúde).

As entrevistas perfizeram um total de 15 horas e 48 minutos de gravação, e quando transcritas, um total de 301 paginas, digitadas em folhas tamanho A4 e espaço 1,5 utilizando-se fonte Times New Roman tamanho 12.

5.7.5 Analisando as entrevistas

O momento da análise das entrevistas é precedido pela definição do método a ser adotado. Esse é o momento de dar sentido, de interpretar o que foi dito durante as entrevistas (ARAÚJO Jr., 2000).

Entretanto, como ressaltam Paillé e Mucchielli (2003), a atitude face aos dados é o mais importante, ou seja: a disposição do espírito, a disponibilidade face ao outro, o respeito aos testemunhos obtidos no ato da entrevista. Os referidos autores salientam que creditar o que foi exprimido, ou ‘honrar o testemunho dado’ é um aspecto essencial do processo de estudo qualitativo. E ainda, que compreender o que foi dito, significa perder um pouco de si para ganhar um pouco do outro, acolher o desconhecido para se desvestir do conhecido.

A análise qualitativa é essencialmente a atividade de “um espírito que questiona o material que tem diante de si, e gera em contrapartida, temas, enunciados, categorias” (PAILLÉ; MUCCHIELLI, 2003, p. 73). A análise em um estudo qualitativo é, portanto, um momento privilegiado.

Como destaca Matus (1996, p. 299), o conceito de momento “é próprio de um processo contínuo e encadeado sistematicamente”. Nesse sentido, concordando com Araújo Jr. (2000), o momento da análise de uma entrevista não deve ser estático, é sim a predominância transitória deste momento sobre outro. É um momento fundamental, pois, embora cada entrevista tenha um significado, é do conjunto delas que o pesquisador comporá seu quadro (MINAYO, 1992).

Não existe um método (ou ‘o’ método) mais adequado para análise das entrevistas. A definição de como analisá-las está diretamente relacionada às opções do pesquisador. Não raro, no entanto, o pesquisador se depara com grandes dificuldades nesse momento. As mesmas são de três ordens: a ‘ilusão da transparência’ ou a sedução por análises espontâneas, imediatas; a sedução pelos métodos e técnicas; o risco da não adequação das teorias e conceitos utilizados com os dados recolhidos das entrevistas. Analisar as entrevistas é, portanto, um momento crucial, e tem basicamente três grandes objetivos: a ultrapassagem da incerteza; a identificação dos significados e a integração das descobertas (MINAYO, 1992).

Minayo (1992) enumera três grandes eixos de análise de entrevistas. A análise de conteúdo, a análise de discurso e a hermenêutica-dialética.

a) Análise de discurso

A análise de discurso é uma técnica que tem por quadro conceitual o trabalho com a linguagem, e articula o materialismo histórico, a lingüística e a teoria do discurso (MINAYO, 1992; FLICK, 2004). As questões da pesquisa se concentram na definição de formas aptas a estudar a elaboração da realidade social contida nos discursos sobre dado objeto. Os adeptos da análise de discurso consideram que o texto contém a totalidade, compreendendo-o como o discurso acabado, portanto, sendo o texto a sua unidade de análise.

A contribuição dos autores da teoria da análise do discurso está voltada para a crítica da linguagem. Para os mesmos, o “emissor e o receptor do discurso correspondem a lugares determinados na estrutura social”, e “a situação dada do locutor assim como a do destinatário afetam o discurso emitido, pois o sujeito produz e transmite o discurso num espaço social” (Minayo, 1992, p. 216).

Para Minayo (1992) as grandes contribuições da análise do discurso seriam as advertências sobre as condições de produção da linguagem. No entanto, por defender a Hermenêutica-dialética como técnica de análise, a autora destaca que tal ponto forte pode estar presente tanto na análise do conteúdo como na hermenêutica-dialética.

b) A hermenêutica-dialética

Segundo Minayo (1992; 2003) a hermenêutica-dialética, diferentemente das análises de conteúdo e de discurso que são tecnologias de interpretação de textos, seria um “caminho do pensamento”, promovendo o encontro entre as ciências sociais e a filosofia.

A hermenêutica é a disciplina que se ocupa da compreensão de textos, ou a busca da compreensão de sentido (MINAYO, 2003). A compreensão hermenêutica esta condicionada pelo contexto do analista, tendo por tanto que se relacionar com a práxis: compreender “jamais é apenas um comportamento subjetivo frente ao objeto dado, esse movimento pertence ao ser daquilo que é compreendido” (GADAMER apud Minayo, 2003, p. 85).

A dialética levaria o pensamento para além das especificidades e da diferenciação dos fenômenos. A dialética deslocaria o pesquisador de sua postura de observador externo para um posicionamento junto ao meio, como parte da história (MINAYO, 1992, 2003).

Embora consideremos a hermenêutica-dialética sedutora, pelo ‘caminho do pensamento’ que propõe, no presente trabalho optamos por utilizar a técnica de análise de conteúdo, como justificaremos a seguir.

c) Análise de conteúdo

De acordo com Bardin (2004), pode-se dizer que o objetivo da análise de conteúdo é a superação da incerteza. A superação da incerteza sendo a busca pela validade e partilha da compreensão do texto por outros atores, rompendo uma visão eminentemente pessoal. Seria, nas palavras da autora, o desejo de rigor, o enriquecimento da leitura, a descoberta de conteúdos e estruturas que inicialmente não tinham sido percebidos.

O objeto da análise de conteúdo é a fala, a palavra emitida e seus significados nem sempre aparentes. A análise de conteúdo trabalha com mensagens. Tendo claro que cada entrevista é única, formando um todo original, será também parte de um todo, composto pelo total de entrevistas realizadas, pois estarão calcadas em um objeto focalizado (BARDIN, 2004).

São várias as técnicas de análise de conteúdo. Kvale (1996) subdivide em: Categorização de Significados; Condensação de Significados; Interpretação de Significados e Geração de Significados através de métodos *ad hoc*.

A Categorização de Significados implica pré-codificação das entrevistas em categorias, podendo reduzir longos textos em algumas tabelas ou figuras. As categorias podem ser a indicação de conteúdo de um fenômeno (+) ou de ausência do mesmo (-), ou indicativas da intensidade de um fenômeno (escalas pré-definidas, de 1 a 5, por exemplo). As categorias são em geral definidas previamente ao processo de análise pelo pesquisador em função de seus objetivos, podendo ser aprimoradas ou mesmo surgirem ao longo da análise. Tal categorização, em geral, representa uma tentativa de quantificação de fatos sociais (KVALE; 1996).

Geração de Significados através de métodos *ad hoc*, segundo Kvale (1996) na realidade significa o uso de diferentes aproximações e técnicas para geração de significado, de modo eclético. Nesse caso, o pesquisador busca apreender uma visão geral da entrevista retornando para pontos específicos que considere necessitar maiores esclarecimentos, podendo utilizar categorizações ao mesmo tempo que sofisticados meios de interpretação das entrevistas.

A Condensação de Significados visa a abreviação dos significados encontrados nas entrevistas, buscando um formato sintético, porém sem perda de sua essência. A Condensação de Significados visa transformar textos longos em textos mais breves que preservem o que foi dito, parafraseando-os.

A condensação de significados foi desenvolvida por Giorgi (*apud* KVALE, 1996). Na técnica de condensação de significados o pesquisador busca as ‘Unidades Naturais’, ou os ‘Núcleos de Sentido’ no texto transcrito. As unidades naturais são textos sintéticos, extratos das falas dos entrevistados que contêm a idéia central em formato condensado. Em seguida, são identificados os pontos principais, ou ‘Temas Centrais’, contidos nas falas definidas como unidades naturais. Por fim, sintetizam-se as descrições essenciais para responder a pergunta analisada (KVALE, 1996; MINAYO, 1992).

A Interpretação de Significados, cujos exemplos citados por Kvale (1996) são a análise cinematográfica, de literatura e a interpretação psicanalítica. A Interpretação de Significados é inspirada na hermenêutica, e implica um distanciamento do que foi dito, e sua recontextualização. Em geral implica uma expansão do texto, ao invés de uma redução do mesmo.

No presente trabalho, optamos por analisar as entrevistas a partir da Condensação de Significados, que considerarmos adequada e coerente para o objeto proposto. Pesquisas como a de Araújo Jr. (2000) utilizaram a condensação de significados, tendo alcançado resultados importantes.

5.7.6 A análise das entrevistas

As entrevistas foram analisadas seguindo as etapas abaixo enumeradas, e exemplificado no Quadro 2:

a) Todas as entrevistas foram primeiramente lidas integralmente;
b) A partir de cada pergunta condutora, as entrevistas foram novamente lidas, buscando-se identificar as ‘Unidades Naturais’ das mesmas;
c) Cada Unidade Natural identificada foi selecionada e reescrita na coluna da esquerda;
d) Os temas dominantes foram selecionados, e anotados na coluna da direita;
e) Uma descrição sintética da entrevista como um todo, foi feita no final da pagina, buscando insights interpretativos.

Condensação de significados Entrevistado X Pergunta condutora 1: Que aspectos contextuais favoreceram o surgimento de um programa nos moldes do Programa de Saúde Ambiental no Recife em 2001?	
Unidades Naturais (da entrevista)	**Temas Centrais**
1. Eu acho que um dos fatores foi a eleição de João Paulo, o clima político que se criou na cidade...	1. A conjuntura política favorável criada pela eleição do prefeito João Paulo (PT), com um clima de mudança;
2. (...) e a partir da eleição, os Secretários, os Diretores que assumiram no momento...	2. Compromisso dos Dirigentes (Secretários e Diretores) que assumiram naquele momento;
3. (...) a partir daquele momento, se criou uma vontade de ousar, de fazer algo melhor.	3. Ousadia dos gestores, visando criar o novo;
4. (...) o desejo político daquele momento de início de gestão e os técnicos que tinham compromisso com a gestão.	4. Comprometimento dos técnicos com a gestão, e conseqüentemente, com a vontade de inovar (mudança);
Descrições essenciais para responder a pergunta condutora 1: Momento político criado pela eleição do novo prefeito, com conseqüente vontade de mudar (clima de mudança). A eleição traz consigo a montagem de uma equipe de governo forte, tanto técnica como politicamente, o que é capilarisado naquele momento para suas equipes. Os técnicos da prefeitura são contagiados pelo compromisso com a gestão, o que se traduz pela vontade de mudar. Um dos aspectos salientados pelo entrevistado é o da ousadia em criar novas políticas..	

Quadro 2. O significado natural das unidades e seus temas centrais
Fonte: Kvale (1996; p. 195 -196) adaptado de Giorgi (1975)

As entrevistas foram analisadas tendo por referenciais teóricos a Promoção da Saúde e de políticas públicas e seus componentes, utilizando ferramentas de Análise de Políticas Públicas, como categorizada por Walt e Gilson (1994), Araújo Jr. (2000) e Araújo Jr. e Maciel Filho (2001) (contexto, processo, atores e conteúdo).

O modelo do ciclo da política, conforme adaptação de Howlett e Ramesh (2003) norteou a apresentação dos resultados. Assim, nos resultados referentes ao ano 2001, o foco foi o processo de definição da agenda, formulação e decisão pela implementação do PSA, enquanto a análise do ano de 2002 teve por foco o início do processo de implementação do PSA. Por termos claro que uma política não ocorre em etapas bem definidas, incorporamos elementos de Matus (1996), em particular o conceito de momento, que consideramos expressa mais claramente como se dá o processo político. Há uma preponderância de um momento sobre outro, assim, a subdivisão adotada, objetivou tornar mais clara as especificidades de cada momento estudado.

A teoria dos múltiplos fluxos de John Kingdon (1995) e o Planejamento Estratégico Situacional de Carlos Matus (1996) também foram utilizados como estruturas analíticas. Identificamos semelhanças entre o que Kingdon define enquanto fluxo e Matus enquanto momento.

5.7.7 Validade, confiabilidade e generalização

Conforme Janesick (2000) há uma impropriedade em se tentar transferir a tríade validade, confiabilidade (ou reprodutividade) e generalização em seu sentido tradicional que não se aplicaria às pesquisas qualitativas. Para a autora, estudos qualitativos são um ato interpretativo do início ao fim, e enfatiza que não há um único caminho para interpretar os resultados. Não há, ressalta a mesma, separação entre intérprete e interpretado.

Deslandes e Assis (2003), em um mesmo sentido, reforçam que a noção de confiabilidade repousa em paradigmas positivistas e sua aplicabilidade no campo das investigações qualitativas é inadequada. A confiabilidade como reprodutividade de um estudo qualitativo está comprometida pela própria natureza do estudo. Um estudo qualitativo pode tomar por base caminhos metodológicos já percorridos por outros pesquisadores, porém os resultados nunca serão idênticos, como já foi ressaltado anteriormente.

Para Fick (2004) a confiabilidade em pesquisas qualitativas deve ser resumida primeiramente à explanação da gênese dos dados, para de um lado permitir a verificação do que foi dito e de outro, onde inicia a interpretação do que foi dito.

A dificuldade de aplicação de conceitos advindos dos estudos quantitativos também se aplica ao critério de validade. A questão da validade em uma pesquisa qualitativa se transforma na questão relativa a (FLICK, 2004, p. 233):

> [...] até que ponto as construções do pesquisador estão embasadas nas construções daqueles que são por eles estudados, e até onde esse embasamento é transparente para os outros. Assim, a produção dos dados vem a ser um ponto de partida para avaliar a validade destes, e a apresentação dos fenômenos e das inferências deles extraídas torna-se outro ponto de partida.

Deslandes e Assis (2003) identificam três tipos de validades aplicadas sobretudo a estudos quantitativos: de conteúdo; de constructo; concorrente. A validade de conteúdo é

relativa à adequação entre conteúdo e referencial teórico utilizado. A validade de constructo é a busca de identificação se a característica mesurada correlaciona-se com outra, ou com o conhecimento disponível sobre o tema estudado. Como validade concorrente compreende-se a comparação de escores ou testes com outros já existentes.

Portanto, diante de uma pesquisa qualitativa a validade considerada relevante, e para Deslandes e Assis (2003), seu ponto forte, é a validade interna, desde que parta de referencial diferente dos estudos quantitativos, e compreendida como o compartilhamento de significados entre os pesquisados e pesquisador.

Em relação a generalização dos estudos qualitativos os autores focam na discussão acerca da generalização conceitual ou analítica (DESLANDES; ASSIS, 2003; FLICK, 2004). A generalização de conceitos é compreendida como a construção de conceitos aplicáveis a outros objetos. Compreendendo-se a pesquisa qualitativa como a interpretação da realidade por atores dados, a mesma não se candidata a verdade, mas a uma versão científica da verdade, embasada em técnicas e teorias que devem ser claramente explicitadas. É o que a presente tese se propõe.

5.7.8 A Análise documental

De acordo com Schwandt (1997), análise documental refere-se a diferentes procedimentos envolvendo a análise e interpretação de dados gerados a partir do exame de documentos e registros relevantes para um dado estudo.

Atkinson e Coffey (1997) chamam atenção para a necessidade de ter em conta o objetivo para o qual o documento foi produzido, bem como para quem, ou para que público o mesmo foi dirigido.

May (1998) classifica as fontes documentais em três tipos: primários, secundários e terciários. Os documentos primários são os produzidos e escritos por aqueles que realmente testemunharam os acontecimentos que descrevem. As fontes documentais primárias são consideradas representações mais acuradas da realidade observada, em função da proximidade do fato, tanto em termos de tempo, como de espaço. Como fonte secundaria compreende-se aquela produzida após o evento sob estudo. Por fim, os documentos terciários são outros documentos utilizados para darem suporte a um estudo, tais como artigos científicos, livros ou outros documentos identificados.

Dentre os principais documentos utilizados na presente tese encontram-se as transcrições das vinte entrevistas realizadas com informantes chaves.

Editoriais e artigos provenientes de dois dos Jornais de grande circulação no Estado de Pernambuco (Diário de Pernambuco e Jornal do Commercio), em particular as edições referentes ao período da campanha eleitoral de 2000, e o período que sucedeu o segundo turno da eleição foram fontes importantes, em particular em relação a análise contextual de elaboração e implementação do PSA (RECIFE ELEGE 2008; RECIFE, 2002, 2002 b, 2004a, PREFEITO..., 2002; SAMPAIO, 2000; CARVALHO, 2000a; HUMBERTO..., 2000; JOÃO PAULO ANUNCIA..., 2000; 2000a).

Também foram analisados documentos de sites relativos ao Partido dos Trabalhadores (PT) (particularmente da Fundação Perseu Abramo).

Documentos, tais como as diretrizes do PSA, o Plano Municipal de Saúde elaborado em 2001, e outros documentos e análises realizadas pela equipe da Secretaria de Saúde, ou governo municipal, foram também objeto de análise (RECIFE, 2001, 2002, 2002a, 2002b, 2002c, 2002d, 2002e, 2003, 2003ª, 2003b, 2005).

Somam-se a isso, monografias, dissertações ou artigos já produzidos sobre o PSA, ou temas correlatos (ALBUQUERQUE, 2005; ALBUQUERQUE; AUGUSTO, 2005; BEZERRA, 2008; BITOUN, 2005; FERREIRA; LIMA, 2003; GALINDO, 2004; LIMA, 2005; NELSON, 2005; ROTTA; BELCHIOR, 2005; SILVA; MARINHO; SANTOS, 2003).

A busca por artigos relativos aos temas trabalhados na presente tese foram realizadas através dos Bancos de dados PubMed, Mediline e Scielo, e mais raramente através de busca pontual de textos citados por documentos consultados.

Os livros pesquisados foram em parte provenientes da Biblioteca da University of Leeds, Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhes, e acervo pessoal adquirido em função do interesse temático.

6

RESULTADOS E DISCUSSÃO

6 **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

> Vai passar nessa avenida um samba popular
> Cada paralelepípedo da velha cidade essa noite vai se arrepiar[4]

6.1 INTRODUÇÃO

Neste capítulo apresentaremos e discutiremos os resultados do presente estudo. Os resultados serão apresentados seguindo-se as quatro fases do ciclo da política estudado. Serão apresentados e discutidos os principais aspectos referidos pelos entrevistados em relação ao contexto de elaboração do PSA, ao processo que cercou a elaboração do mesmo, sobre os principais atores envolvidos nessa etapa e relativo ao conteúdo do Programa. Em cada um desses tópicos serão apresentados os achados das entrevistas e documentos analisados, que serão discutidos a partir da literatura consultada. Por fim, um tópico específico apresentará e discutirá os aspectos referentes ao ano de 2002, de implementação do PSA, no âmbito do qual, serão apontadas as características que marcaram o contexto, as peculiaridades do processo, atores e conteúdo.

6.2 O CONTEXTO EM 2001

Utilizando a adaptação da categorização de Araújo Jr e Maciel Filho (2001), identificamos nas entrevistas aspectos relacionados ao macro-contexto e ao micro-contexto, conforme definição do capítulo 3.

Na esfera do macro-contexto, o primeiro achado identificou a eleição de João Paulo para Prefeito do Recife em outubro de 2000 para o quadriênio 2001/04 como o fator determinante para o surgimento do PSA, no bojo de um conjunto de propostas inovadoras em âmbito municipal. O contexto epidemiológico e de desigualdades sociais da cidade do Recife também foram tachados ressaltados como importantes para o surgimento do PSA.

[4] Trecho da música ‘Vai Passar’, de Chico Buarque e Francis Hime.

Na esfera micro-contextual os achados focam em aspectos setoriais importantes. Assim, a escolha de Humberto Costa para ocupar o cargo de Secretário de Saúde, foi um primeiro aspecto referenciado pelos entrevistados. Segundo, a escolha da equipe de Diretores da Secretaria de Saúde. O apoio e adesão dos técnicos da Secretaria de Saúde às novas políticas foi o terceiro achado micro-contextual. Um quarto aspecto refere-se ao contexto favorável de maior disponibilidade financeira para o setor saúde.

Os achados referentes aos macro e micro-contexto serão discutidos a seguir.

6.2.1 **O macro-contexto**

a). A Eleição para Prefeito em 2000

Em janeiro de 2001 toma posse no Recife o primeiro governo municipal do Partido dos Trabalhadores (PT). Em um processo eleitoral radicalizado, João Paulo Lima e Silva foi eleito no segundo turno, em outubro de 2000, com estreita margem contra o candidato, e então Prefeito do Recife, Roberto Magalhães.

Treze, entre os vinte entrevistados, citam a eleição de João Paulo como o principal fator macro-contextual para o surgimento do PSA.

Entre aqueles que apontam diretamente a eleição do candidato, identificamos basicamente três grandes eixos: o significado da eleição propriamente dita; o clima de mudança instaurado na cidade decorrente da eleição de João Paulo para Prefeito; o discurso de inversão de prioridades assumido durante o processo eleitoral.

Na fala abaixo podemos observar a síntese dos mesmos:

> [...] eu acho que, a partir de que você tem uma nova gestão, não é? Uma gestão assim que tinha um compromisso democrático, vamos dizer assim, compromisso político de mudanças, de mudanças sociais, etc. Então o momento era favorável politicamente. A gente sabe que para implementar qualquer coisa, você precisa de decisão política. Você tinha esse momento favorável, você tinha essa decisão política. [...] Um momento político em nível de Prefeitura, pelo fato de está entrando em uma gestão que era uma gestão com compromissos sociais, não é? Uma gestão do PT. Eu acho que isso foi fundamental. (Informação verbal)[5]

[5] Entrevistado 3

A vitória do PT[6] no ano de 2000 era dada como improvável e caracterizou-se por intenso apoio e mobilização popular.

No início do processo eleitoral João Paulo alcançava menos de 5% das intenções do voto, e na véspera do primeiro turno, a vitória de Roberto Magalhães era dada como certa. Surpreendentemente, a eleição no Recife foi para o segundo turno por apenas 0,58 % dos votos válidos. Era ainda a primeira vez que o Recife vivenciava a experiência de um segundo turno eleitoral (BARRETO, 2004).

A vitória de João Paulo no segundo turno, de virada, se deu por uma diferença mínima de 0,76% dos votos válidos, ou apenas 5.835 votos entre 767.764 votos válidos (UM OPERÁRIO..., 2000; FLEISCHER, 2002). Além de ser a primeira vez que um candidato do PT, um ex-operário metalúrgico, saía vitorioso em uma eleição na cidade, o candidato Roberto Magalhães era apoiado pelo então governador de Pernambuco, Jarbas Vasconcelos, liderança política que goza de importante apoio popular. O ex-governador coordenou pessoalmente a campanha de Roberto Magalhães, que contou ainda com toda a cúpula do PMDB, PFL (hoje DEM) e PSDB no estado, o que incluía a participação do então vice-presidente da República, Marco Maciel (BARRETO, 2004; RECIFE ELEGE..., 2008).

Nacionalmente, em termos eleitorais, o PT teve naquele ano um desempenho importante, com um aumento de 51,2% no número de votos. Para os analistas da época, o desempenho do PT nacionalmente influenciou o desempenho local (DIRCEU, 2001).

Fleischer (2002) destaca ainda que, em 2000 foi a primeira eleição na qual se tornou possível a reeleição dos prefeitos eleitos. Segundo, foi a primeira eleição universalmente realizada com urnas eletrônicas. Porém um mito que cercava a eleição de 2000 não se confirmou: o de que haveria uma esmagadora reeleição de prefeitos. O exemplo do Recife foi emblemático.

Segundo Fleischer (2002) houve certo ‘pragmatismo’ dos candidatos, que centraram suas campanhas na busca de solução para problemas cotidianos das cidades. O autor, porém, chama atenção para a virulência da campanha dos partidos governistas contra o ‘perigo vermelho’, tentando ligar os candidatos do PT a desordens e violências.

No Recife, tal virulência se fez sentir. Durante a campanha para o segundo turno, o guia eleitoral de Roberto Magalhães exibiu cenas de quebra-quebra, desordens públicas e caos urbano, sempre acompanhado da frase: “A Baderna do PT”. Com isso buscava incutir medo e

[6] A chapa capitaneada por João Paulo Lima e Silva do PT, tinha por candidato a vice Luciano Siqueira, do PCdoB. Compunham ainda a coligação o PCB e o PGT. No segundo turno, contou com o apoio do PDT/PMN/PTdoB/PAN; com o PSTU e com o PHS.

dúvida, porém como salientou o ex-deputado federal Fernando Lyra: “Eles fizeram uma campanha tão reacionária que o combate à ditadura ficou atual” (RECIFE ELEGE..., 2008). Tal aspecto é também referenciado por Dirceu (2001) ao afirmar que ao fazer uma campanha raivosa e sectária, os adversários qualificaram a vitória do PT.

Para Sampaio (2000):

> O segundo erro de Magalhães, agora no 2º turno, teria sido a excessiva ‘ideologização’ da sua campanha, assumindo a condição de ‘candidato da direita’, fato que empurrou a maioria dos jovens para João Paulo, além de segmentos expressivos da classe média que estavam deslocados da ‘esquerda’ desde a queda do Muro de Berlim. O mote da ‘ideologização’ foi dado pela primeira-dama Jane Magalhães, ao associar o PT a Cuba, MST, greves e todo tipo de desordem que existe hoje no Brasil.

Portanto, as falas e documentos analisados enfatizam o primeiro achado, da influencia do processo eleitoral em 2000 para o surgimento de novas políticas.

O programa de governo que apontava ‘mudança’ e compromisso com o social, contribuiu na palavra do entrevistado 5, para que políticas inovadoras como o PSA encontrassem ambiente propício para surgimento (DEBATE..., 2000).

> E com um governo que foi eleito de uma maneira muito forte, muito comprometida com as mudanças da realidade. Então, isso permitia que a gente tivesse certa liberdade de criação. [...] ter políticas inclusivas, políticas de diversas ordens [...] (Informação verbal)[7]

O compromisso com mudanças foi o segundo achado relacionado com a vitória eleitoral de João Paulo, conforme fala anterior.

Sugiyama (2007) em um estudo sobre difusão de políticas no Brasil aponta que governos de centro-esquerda, caso em que inclui o PT, em geral advogam políticas mais voltadas para o social. Para Abers (1996) as gestões comandadas pelo PT se caracterizam por preconizar a descentralização do poder, participação social, e inversão de prioridades, com o desenvolvimento de políticas voltadas à parcela mais excluída da população.

Para Cunha (2008), o grande desafio para os candidatos do PT em 2000, era deixar claro o compromisso com projetos inovadores como, por exemplo, o orçamento participativo, o banco do povo, o programa de renda mínima, a bolsa-escola, entre outras propostas, aliados ao desafio de inovar sempre.

---

[7] Entrevistado 5

O entrevistado 5, na sua fala anterior, considerou que a gestão do Prefeito João Paulo, ao menos no período referente à presente análise, seguiu o compromisso assumido de mudanças, bem como permitiu inovações na forma de enfrentamento dos problemas da cidade.

Tal compromisso foi sempre assumido pelo candidato João Paulo em seu programa de governo. Durante a campanha eleitoral, em 2000, a coligação vitoriosa assumiu basicamente três compromissos com os cidadãos e cidadãs do Recife: ser um governo de resistência às políticas neoliberais; governar de forma democrática e participativa e desenvolver políticas públicas para construir uma cidade fisicamente organizada, economicamente sustentável e socialmente justa (DEBATE..., 2000; RECIFE, 2004).

No debate final entre candidatos, promovido pela Rede Globo de Televisões, no dia 27 de outubro de 2000, o candidato João Paulo conclui pedindo ao eleitorado para: "[...] fazer uma reflexão sobre o momento histórico e político que o País atravessa", numa menção ao crescimento das esquerdas nessas eleições, acrescentando que o pleito naquele ano representava a esperança por transformação social (A PERFORMANCE..., 2000).

A vitoria foi comemorada de forma espontânea por uma multidão, ou, pela 'onda vermelha', que se aglomerou no 'Marco Zero' da cidade (MELO, 2000; UMA VITÓRIA..., 2000).

Carvalho (2000) chama atenção para a imensa mobilização popular que marcou o segundo turno das eleições em 2000. Desde cedo as ruas do Recife "amarelaram e avermelharam", tomadas por militantes que vestiam as cores dos dois candidatos. Como a colunista destaca, "foi uma eleição para entrar na História. Pela disputa das urnas e pela festa da vitória".

> Eu acho que para o surgimento do PSA, um dos fatores foi a eleição de João Paulo, o clima político que se criou naquele momento na cidade. E a partir da eleição, os quadros, os Secretários, as Diretorias que assumiram no momento. [...] Então, a partir daquele momento se criou um modo de ousar, de fazer algo melhor. Eu acho que para o Programa uma das coisas mais fundamentais foi o momento político [...] (Informação verbal)[8]

A fala do entrevistado 1 chama atenção para algumas questões relevantes. Além de ressaltar a eleição e o clima político que se criou na cidade, destaca a composição da equipe de governo, expressa na escolha dos Secretários e posteriormente das suas equipes de Diretores. Para o entrevistado, o momento político, que conjugava apoio popular (clima

[8] Entrevistado 1

político que se criou na cidade) e quadros comprometidos, permitiu ousadia e inovação. Dentre as 'ousadias' está incluído o PSA.

Vale destacar a fala do entrevistado 4, que conta com uma experiência de quase trinta anos como técnico da Prefeitura, que afirmou:

> [...] eu trabalho nessa Prefeitura já há vinte e oito anos. Eu tenho certeza de que a mudança de paradigma [...] você focar nas pessoas, foi um marco decisivo para esse processo. Eu não conheci esse processo em outras gestões. [...] E é extremamente importante, é... esse, esse slogan[9] de que cuidar das pessoas é importante, e é necessário. (Informação verbal)[10]

O entrevistado 4 identifica no lema da Prefeitura do Recife, uma atitude de inclusão e de mudança de foco de prioridades, para o entrevistado, algo novo.

Os achados apresentados acima confirmam, primeiramente, o reconhecimento do significado da eleição, a existência de 'um clima político que se criou na cidade' em decorrência da mesma, e a mudança de foco de prioridades, como os fatores macro-contextuais primordiais para o surgimento de uma nova política, como o PSA.

Um dos entrevistados vai mais além, e aponta o conflito entre concepções de Estado, discussão essa que foge ao tema e foco da presente tese, porém, é indiscutivelmente relevante, pois reforça o embate de idéias entre os blocos políticos que se confrontaram durante a eleição.

> [...] nós estamos discutindo aqui uma nova concepção de Estado. Que assume uma responsabilidade na organização. Nós estamos tentando fazer uma transição de Estado, do que a gente não quer que é um Estado mínimo, liberal, para uma outra lógica, a de um Estado de responsabilidade social. (Informação verbal)[11]

No programa de governo 2005/8, o Prefeito João Paulo e seu vice, Luciano Siqueira reiteram o compromisso da campanha de 2000, no qual afirmavam "ser um governo de resistência às políticas neoliberais em nosso país" (RECIFE, 2004).

É importante destacar a diferenciação entre Estado e Governo. Estado é o conjunto de instituições permanentes que possibilitam a ação de governos. Já Governo é o conjunto de programas e projetos que parcela da sociedade (políticos, gestores públicos, por exemplo) propõe para a sociedade como um todo, e que configuram a orientação política de

[9] O Entrevistado refere-se ao lema da Prefeitura: *"A Grande Obra, é Cuidar das Pessoas"*.
[10] Entrevistada 4
[11] Entrevistado 5

determinado governo que assume e desempenha as funções de Estado por um dado período (HOFLING, 2001).

Neste sentido, o que o programa de governo do PT e seus aliados preconizava como prioridade, se contrapunha a uma concepção de Estado, nas palavras do entrevistado 5, o Estado mínimo, neoliberal, assumidamente a opção dos governos Estadual e Federal em 2001, e que prevalecia no país há cerca de dez anos (LUZ, 2006). A proposta para o Estado neoliberal é o encolhimento do mesmo a níveis mínimos, deixando que os setores privados, filantrópicos ou voluntários, assumam atividades relativas aos setores sociais. O termo neoliberal alude ao Estado liberal clássico, do final do século IX e início do século XX.

Como destaca Navarro et al. (2007), em países democráticos é natural se esperar que os governos eleitos determinem a natureza das políticas públicas. Não sendo assim haveria uma severa crise na democracia. Assim, eleita a coligação encabeçada por João Paulo, coube a mesma as definições de foco das políticas públicas.

Barreto (2004) alerta para a dificuldade em ser oposição tanto ao Governo Federal como ao Estadual, caso da Prefeitura do Recife em 2001. Assim, para o autor, a gestão 2001/4 frente à Prefeitura do Recife dividiu-se em duas fases distintas. Durante a primeira fase, “João Paulo e o PT estiveram espremidos entre o Governo Jarbas Vasconcelos e o Governo FCH-Marco Maciel” (BARRETO, 2004, p.5). A segunda fase se inicia com a posse de Lula em janeiro de 2003 na qual a Prefeitura do Recife contou com forte apoio do Governo Federal.

Para o autor, o primeiro período (de janeiro de 2001 a janeiro de 2003), foi marcado por diferentes problemas: aqueles referentes à característica de ser oposição aos governos Estadual e Federal; problemas devidos à inexperiência e desconhecimento da máquina pública; problemas decorrentes da difícil convivência com aliados.

Embora tal afirmação possa ser verídica para o governo globalmente, a percepção dos entrevistados em relação ao setor saúde caminha em sentido contrário, e inversamente. Os entrevistados identificaram o primeiro período como marcado por forte governabilidade setorial e pelo surgimento de novas políticas. Corroborando as observações dos entrevistados, podemos citar o lançamento do PSA, SAMU, Academia da Cidade e expansão do PSF, todos ocorridos durante o ano de 2001 (RECIFE, 2005).

As características sócio-ambientais da cidade do Recife foram também destacadas como fatores importantes para que o PSA fosse pensado, elaborado e formulado. Os dados referentes a esse tópico serão apresentados a seguir.

b) O Recife – uma cidade e seus problemas

Entre os aspectos macro-contextuais, outro achado relevante identificado pelos entrevistados, ressalta as características do Recife como determinante para o surgimento do PSA. O entrevistado 5 aponta o acúmulo de problemas da cidade, ao afirmar:

> [...] você tem uma situação ecológica, uma questão forte de vetor, de ambiente, de situação urbana, que requer um olhar do ponto de vista ambiental. Especificamente o Recife. Por ser uma cidade de rios, de canais, de áreas extremamente necessitadas [...] uma cidade profundamente contraditória. Com áreas imensas de desigualdades sociais, sabe? (Informação verbal)[12]

Na introdução do clássico livro 'Homens e caranguejos', Josué de Castro (2001) diz que o fenômeno da fome se manifestou a ele, não através dos livros, mais no âmago da miséria recifense:

> [...] não foi na Sorbonne, nem em qualquer outra universidade sábia, que travei conhecimento com o fenômeno da fome. O fenômeno se revelou espontaneamente a meus olhos nos mangues do Capibaribe, nos bairros miseráveis da cidade do Recife [...]. Esta é que foi a minha Sorbonne: a lama dos mangues do Recife, fervilhando de caranguejos e povoada de seres humanos feitos de carne de caranguejo, pensando e sentindo como caranguejos. **(**CASTO, 2001, p.10**)**

O livro de Josué de Castro escrito em 1966 guarda atualidade (CORREIA DE ANDRADE, 2003). Embora as principais releituras da sua obra foquem no problema da fome (BATISTA FILHO; BATISTA, 2003; COSTA, 2003; MELO FILHO, 2003), a mesma mostra também sua atualidade ao apontar outros aspectos do Recife, suas particularidades e exclusões. Com salienta Melo Filho (2003, p. 515):

> Com as mudanças ocorridas no espaço urbano, guiadas pela lógica capitalista, os mangues foram sendo aterrados. O homem do campo, expulso da terra pelo latifúndio, passa integrar outra paisagem, troca o mocambo pela favela, levando sempre consigo a velha companheira: a fome.

[12] Entrevistado 5

Trinta anos depois, com salienta Melo Filho (2003), uma das releituras de Josué de Castro traduziu-se no Movimento Mangue, no seio do qual, um dos seus principais atores, Chico Science, cantava a 'Manguetown'.

As contradições da cidade do Recife, a Manguetown, portanto, persistem, embora com características diferentes dos anos 60.

Ao analisar o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) para o Recife e outras metrópoles brasileiras, Bitoun (2005a) reconhece o IDH como um índice sintético, fundamentado na evidencia de que o desenvolvimento não corresponde necessariamente ao crescimento econômico. Valores desiguais de IDH para diferentes territórios permitem revelar condições desiguais entre os seus habitantes.

Segundo o autor, todas as metrópoles analisadas[13] apresentaram IDH superior à média nacional, revelando o Brasil urbano. A cidade do Recife, entre as mesmas metrópoles, era a 10ª colocada, com um IDH de 0,797 em 2000, superando apenas Fortaleza.

A fala do entrevistado 9 identifica o Recife como metrópole nordestina, as carências sociais e econômicas da cidade, e aspectos relativos às características do 'relevo' municipal, que demandam atenção especifica, no caso, a criação de um Programa voltado para os problemas de saúde decorrentes das características sócio-ambientais do Recife.

> Eu creio que pela própria natureza do município, que o Programa foi criado no Recife. Então, pelas características regionais, a questão de nós vivermos no Nordeste. Apesar do Recife não ser a maior capital do Nordeste, tem as suas dificuldades, tem suas carências econômicas e sociais. Então, por conta disso, e das características do relevo do município [...]. Eu creio que ai veio a idéia inovadora de criar um Programa que trabalhasse a questão ambiental. (Informação verbal)[14]

As preocupações elencadas pelo entrevistado 9 são corroboradas por diferentes estudos.

Segundo Medeiros e Oliveira (2008), o Recife passa de uma população de 500 mil habitantes em 1950 para quase 1.500.000 no ano 2000. Crescimento que se deu a custas de fortes desigualdades sociais, com concentração de renda nas camadas superiores (BACELAR; ARAÚJO, 2005).

Os dados apresentados por Medeiros e Oliveira (2008) para o ano 2000, demonstram que, enquanto no bairro da Jaqueira o rendimento médio mensal das pessoas responsáveis

[13] Porto Alegre; Curitiba; Brasília; Rio de Janeiro; São Paulo; Belo Horizonte; Goiânia; Belém; Salvador; Recife e Fortaleza.
[14] Entrevistado 9

pelos domicílios chegava a R$ 5.195,62, no outro extremo, em Nova Descoberta era de apenas R$ 280,60.

Uma cidade é um espaço de disputa de poder. Ocupar o território é exercer e vivenciar essa luta diuturna das mais variadas formas. No Recife, tal disputa se deu à custa de uma ocupação diferenciada do solo urbano, para o qual contribui a concentração populacional que exerce pressão sobre o ambiente, tanto físico-natural como construído da cidade (MEDEIROS; OLIVEIRA, 2008). As características físicas do Recife, que se divide em áreas de terraços, praias, morros, mangues, alagados e áreas alagáveis, implicaram na ocupação diferenciada do solo urbano. Desde o período colonial os terrenos enxutos foram apropriados pelos setores mais abastados da sociedade (GOMES, 2006). Não é à toa que Josué de Castro identifica os mangues do Recife, e seus homens-caranguejos, como sua escola sobre a fome.

Bitoun (2000) ressalta que a população pobre do Recife, expulsa dos alagados, em função de ação governamental, nas décadas de 50 e 60 passa a ocupar as colinas e a periferia da cidade. É na década de 50 que surgem segundo Bitoun, as três palavras que passam a designar o lugar dos pobres do Recife: ‘morros, alagados e favelas’ (esta última, oriunda do Rio de Janeiro, substitui o termo ‘mocambo’).

Tais características tornam o Recife uma cidade complexa, necessitando de investimentos de diversas ordens. Em 2000, ao assumir a Prefeitura do Recife, o prefeito eleito encontra uma cidade na qual menos de 40% da população era atendida por esgotamento sanitário e 3% da população não possuíam nenhum tipo de escoadouro. Os demais utilizavam outras alternativas, como fossa séptica ou fossas rudimentares. Quanto ao abastecimento de água tratada, 79% dos domicílios estavam canalizados à rede geral. No entanto, o Recife convive com um grave problema de intermitência de abastecimento de água que se torna mais evidente nas áreas mais carentes da cidade. Quanto à coleta de lixo, curiosamente, 96% dos domicílios tinham acesso à mesma (RECIFE, 2002).

No limiar do século XXI, o Recife tinha 11% de analfabetos entre a população de 15 ou mais anos e níveis de desemprego em torno de 12% da população economicamente ativa (RECIFE, 2002).

O Prefeito e sua equipe recebiam uma cidade com diversos e graves problemas de saúde. Por suas características geográficas de cidade cortada pelas águas, aliado aos problemas estruturais de falta de saneamento e acesso regular à água potável, o Recife convivia e convive, com doenças de veiculação hídrica, como hepatite A e doenças diarréicas. A leptospirose é endêmica, relacionada fortemente com a ocorrência de chuvas intensas, que

face aos problemas crônicos de drenagem, provocam alagamentos. No ano 2000 a letalidade por leptospirose foi de 8,76% (RECIFE, 2002).

O Recife convivia (e convive) com importantes doenças transmitidas por vetores, em particular a dengue e a filariose linfática. Doenças que assumem grande importância devido às precárias condições sócio-econômicas e de infra-estrutura em que vive grande parte da população. A filariose, que prevalece em áreas de pobreza (RECIFE, 2002a), e a dengue, cujo vetor encontrou no ambiente urbano desordenado, condições favoráveis para se multiplicar (DONALÍSIO, 1999).

Tais características do Recife foram determinantes para a identificação da necessidade de enfrentamento diferenciado para os crônicos problemas de saúde, ou seja, para a definição do PSA**.** A fala do entrevistado 18 sintetiza os aspectos anteriormente discutidos:

> [...] uma cidade que tinha muitos problemas relativos à questão de saneamento ambiental, a questão de doenças que poderiam ser evitadas, e que pedia que a gente tivesse uma ação de prevenção nessa linha. [...] a gente tinha alguns desafios, que eram, por exemplo, enfrentar o problema que tinha se limitado a poucas regiões do Brasil, entre elas o Recife com maior gravidade, que era o problema da filariose. [...] tinha também o problema da dengue, não é? Que já tinha em 2001 uma importância grande em termos nacionais. (Informação verbal)[15]

Ao contexto político e às características sócio-ambientais do Recife, aspectos referentes ao setor saúde foram apontados durante as entrevistas. Em particular, a escolha de Humberto Costa para Secretário de Saúde em 2001, a escolha da equipe de dirigentes setoriais, a adesão dos técnicos às propostas inovadoras e o aporte de recursos. Tais serão os tópicos desenvolvidos a seguir.

6.2.2 **O micro-contexto: a Secretaria de Saúde do Recife**

O momento posterior a eleição de João Paulo criou intenso debate entre os militantes, os aliados e a sociedade. Assim, o primeiro Secretariado do governo João Paulo refletia tanto a composição política que deu a vitoria ao candidato, como o apoio da sociedade (JOÃO PAULO..., 2000a; HUMBERTO ..., 2000; SECRETARIADO ..., 2000).

[15] Entrevistado 18

Entre os Secretários, a escolha de Tânia Bacelar para ocupar a Secretaria de Planejamento, era dada como certa, em função do papel que desempenhou durante a elaboração do Programa de Governo. A Secretária Tânia Bacelar é identificada por entrevistados como pessoa chave para o desenvolvimento do PSA, conforme será abordado posteriormente.

O nome de Humberto Costa também foi dado como certo para ocupar a Secretaria de Saúde. O mesmo gozava de forte legitimidade entre os profissionais de saúde do Estado e de considerável apoio social. Médico psiquiatra e com formação em Saúde Comunitária foi deputado estadual e federal pelo PT, disputou a Prefeitura do Recife duas vezes (1988 e 1992) e em 1998 concorreu ao Senado na chapa de Miguel Arraes (HUMBERTO..., 2000). Em 2000 foi o vereador mais votado na cidade do Recife, e no 2º turno da eleição em 2000, assumiu a coordenação da campanha vitoriosa de João Paulo (A PERFORMANCE..., 2000); HUMERTO..., 2000). Mais tarde, se tornaria o primeiro Ministro da Saúde do Governo de Luiz Inácio Lula da Silva, eleito Presidente da Republica em 2002. Em 2002 e 2007, concorreu ao governo do Estado de Pernambuco pelo PT, sem obter vitória.

a) A escolha do Secretário de Saúde

No dia 11 de novembro de 2000, menos de quinze dias após o segundo turno da eleição, o Prefeito eleito anunciava integrantes do primeiro escalão. Entre esses, como esperado, Tânia Bacelar para a Secretaria de Planejamento Urbano e Humberto Costa para a pasta da Saúde (JOÃO PAULO..., 2000; JOÃO PAULO..., 2000a).

Após a eleição, a imprensa local também salientava que a pasta da saúde era uma área prioritária no Governo do PT. Conforme o Jornal do Commercio, “foi da Saúde que João Paulo mais se valeu para criticar, em campanha, a administração de Magalhães” (JOÃO PAULO..., 2000).

Durante as entrevistas realizadas no âmbito dessa tese, um ponto ressaltado foi o papel desempenhado por Humberto Costa, e de sua equipe, para o surgimento de políticas inovadoras, no caso especifico, o PSA.

Como podemos observar na fala seguinte, um importante aspecto refere-se a capacidade de decisão e força política do Secretário de Saúde:

> O meu primeiro contato com a idéia do PSA ..., eu participava da gestão de Humberto Costa, não é? Gestão da saúde no governo João Paulo. E foi durante justamente os primeiros momentos que havia uma grande energia na gestão, não é? Uma energia de transformação. Inovadora. Eu me lembro que entre as prioridades de Humberto estava incluído o Programa de Saúde Ambiental, a expansão do PSF[16], a questão do SAMU, pelo que estou lembrando, esses três seriam grandes prioridades de gestão. Então foi nessa época, em reuniões do grupo gestor e um forte empenho assim, quer dizer, uma forte energia tanto da gestão como a gente percebia na própria fala do Secretário, é... o desejo e o empenho dele na consecução dessas, dessas metas, não é? Que ele queria imprimir a, as marcas que ele queria imprimir na gestão dele. Então uma delas foi o Programa de Saúde Ambiental. Eu lembro, em 2001[...]. (Informação verbal)[17]

A fala do entrevistado acima ressalta aspectos importantes. De um lado, o que chamou de 'energia da gestão', 'energia de transformação e inovadora' identificada nos primeiros momentos, logo após a posse do Prefeito eleito e sua equipe, o que reforça um dos achados anteriormente discutido, ou seja, o marco da eleição de João Paulo para o surgimento de novas políticas.

O segundo ponto refere-se ao emprenho do próprio Secretário de Saúde e de sua equipe, e o desejo do mesmo em imprimir sua marca, através de novas políticas, entre elas, o PSA. Também é destacada a característica participativa da equipe de dirigentes da Secretaria de Saúde, expressa através das reuniões do grupo gestor. Tais aspectos foram achados recorrentes nas entrevistas.

Tomando como referência o triângulo de governo de Matus (1996), no qual para governar é necessária a articulação de três variáveis: o projeto de governo; a capacidade de governo (ou governança) e a governabilidade do sistema, alguns dos achados das entrevistas serão discutidos.

Podemos considerar que para o entrevistado 14, a gestão de Humberto Costa à frente da Secretaria de Saúde do Recife, equilibrava os três vértices do triângulo de governo. O Secretário queria imprimir sua marca, ou seja, tinha um projeto próprio de governo. O mesmo tinha capacidade de governo, na medida em que o entrevistado 14 identificava uma forte energia da equipe, que como veremos, era forte tecnicamente. Por fim, a governabilidade do sistema, expressa no 'desejo e empenho' do Secretário.

Outros entrevistados reforçam alguns desses aspectos. Entre eles o entrevistado 13:

---

[16] Programa de Saúde da Família (PSF). A forma PSF, conforme referida pelo entrevistado foi mantida.
[17] Entrevistado 14

> [...] e da gente ter um Secretário que era um político. Que tinha condição dentro e fora da Secretaria de Saúde. Eu acho que isso foi fundamental Se não fosse com Humberto Costa, esse programa não tinha saído, na minha concepção. [...] Ele cumpriu esse papel de ser um representante político, de visão técnica e política, que pensou o programa e peitou o programa, subsidiou politicamente e defendeu no poder. Tanto que envolveu outras secretarias. (Informação verbal)[18]

A fala acima reforça um dos vértices do triângulo de governo: a governabilidade do gestor da Secretaria de Saúde, porém não só, pois reconhece a capacidade de governo, expressa pela visão técnica do mesmo.

Como destaca Matus (1996), a governabilidade é uma relação entre variáveis: aquelas que o governante controla, e as que não controla. Nesse sentido, quanto mais variáveis decisivas um ator controla, mais governabilidade tem o mesmo.

A governabilidade é relativa a um ator, ou seja, um sistema não é igualmente governável por diferentes atores. Ainda segundo Matus (1996), a governabilidade está relacionada ao projeto de governo. Para projetos ambiciosos, a governabilidade em geral é menor, o inverso se aplicando para objetivos mais modestos. Ora, nas palavras do entrevistado são destacados aspectos do Secretário que apontam para objetivos ambiciosos, e alta governabilidade.

O entrevistado 14 ressalta outros projetos da gestão, além do PSA, como o SAMU e a ampliação do Programa de Saúde da Família, e o entrevistado 13, chama atenção em relação à força política do Secretário e sua ousadia como gestor.

Para León (2003, p. 197), “a governabilidade se liga intimamente a democracia, e a dose de ambas se expressa em eficácia, legitimidade e estabilidade no exercício do poder político”. Governabilidade marca ações de atores sociais governamentais, exigindo o manejo de recursos diversos e se manifesta através da ação gerencial, porém, sobretudo, da ação política.

A governabilidade está, segundo Matus (1996), relacionada com o capital político do dirigente, ou seja, seu poder ou peso político.

A fala do entrevistado 13 destaca os dois aspectos: de um lado, refere-se ao Secretário como detentor de capital político, porém com a visão técnica, o que permitiu a elaboração do PSA, com seu conteúdo propositivo, na medida em que, apoiou o programa, tendo sido um interlocutor privilegiado do mesmo no âmbito da prefeitura.

---

[18] Entrevistado 13

Portanto, considerando as falas acima, e a história política do Secretário Humberto Costa, além do projeto do mesmo, na época da elaboração do PSA, em ser pré-candidato a governador do Estado de Pernambuco, para o mandato 2003/5, podemos considerar que a variável 'poder', era elevada (JOÃO PAULO..., 2000; BARRETO, 2002).

Considerando a visão tridimensional de poder, no caso específico citado, podemos dizer que o exercício de poder por parte do então Secretário de Saúde se dava através do controle da agenda política e de interesses reais, na medida em que um bom desempenho do setor saúde, além de importante politicamente para a gestão global da Prefeitura, era estratégica para o projeto político do PT bem como para o dele próprio (LUKES, 1980, 2005).

Para Barker (1996) em situações diferentes as pessoas têm poder diferente. Ou seja, o exercício do poder é relativo não só à pessoa, mais a que papel a mesma desempenha no momento. O poder de cada ator está em constante mutação, na medida em que é o produto de relações sociais que mudam a cada instante, ou seja, o poder é também dependente do contexto e do momento. Para a autora, raramente uma escolha de ação é determinada exclusivamente em bases técnicas. Recursos, idéias e tecnologias são essenciais, entretanto, a forma como as mesmas são utilizadas está relacionada à distribuição de poder.

Segundo as falas dos entrevistados, o Secretário Humberto Costa tinha poder para decidir e implementar novas políticas. Ou seja, o poder do mesmo era relativo à sua expressão como político.

Para Bennis (1989) há uma diferenciação entre gerentes *(managers)* e líderes, sendo várias instituições '*very well managed and poorly led'* (ou numa tradução livre: 'muito bem geridas, e pobremente lideradas'). Para o autor, ao chefe cabe ser mais do que uma pessoa de idéias. O mesmo deve se proteger das rotinas. Para o mesmo, é fundamental usar a criatividade e correr riscos, o que deve ser incentivado à equipe.

As falas dos entrevistados apontam no sentido da identificação de capacidade de liderança por parte do então Secretário de Saúde, identificando no mesmo uma pessoa com ousadia suficiente para tomar certas decisões e defendê-las, referindo-se não só ao PSA como a outras políticas implementadas durante a gestão do mesmo.

O entrevistado 18 reconhece o momento favorável, e a forte capacidade de governo, e, sobretudo, governabilidade que tinha o Secretário, ao afirmar:

> Eu tinha liberdade, inclusive, de aplicar esses recursos. A gente tinha muita governabilidade, não somente sobre a equipe. Não somente conhecimento da realidade do município, mas principalmente essa liberdade que a gente tinha

> de poder implementar as políticas que considerava mais importantes. (Informação verbal)[19]

Para Hunter (2007) gestão em Saúde Pública concerne essencialmente a ação e mudança efetiva em direção a um trabalho mais multissetorial. É acima de tudo, ter capacidade de construir alternativas para a implementação de políticas. Para o autor, um gestor necessita de algumas habilidades, sobretudo de foco e liderança. Gestão em saúde pública é baseada em dois eixos: conhecimento e ação, e ambos caminham juntos.

Para alcançar mudanças, habilidades, liderança e ação política são necessárias. O gestor tem que agir em um ambiente multi-profissional, multi-agente e multissetorial. Hunter (2007) chama atenção para a necessidade de se construir alianças e redes intra e extra setor saúde, bem como para a adequação da estrutura organizacional.

Podemos considerar que o ex-Secretário tinha habilidade, liderança e soube exercer ação política, construindo alternativas e viabilizando ações. O surgimento do PSA pode ser considerado caso emblemático de todo um contexto favorável, extra, mais, sobretudo, intra-Secretaria de Saúde, tendo encontrado na pessoa de Humberto Costa, e de sua equipe, os pré-requisitos necessários para favorecer sua elaboração e implementação.

Viera-da-Silva et al. (2007), ao analisarem cinco experiências na Bahia, identificaram que a governabilidade dos gestores era dada tanto através de apoio político quanto pela autonomia da Secretaria de Saúde frente aos recursos setoriais. A fala do entrevistado 18 corrobora a autonomia que o Secretário tinha em utilizar os recursos da Secretaria de Saúde, em efetivas ações.

Entretanto, nenhum ator, por maior capacidade, habilidade e liderança que tenha, conseguiria pautar, elaborar e implementar uma política. Nesse sentido, as entrevistas identificam outros elementos contextuais que contribuíram para o surgimento do PSA. São eles, os demais gestores da Secretaria e os técnicos / funcionários da mesma. Também a disponibilidade de recursos financeiros foi apontada como fator essencial, configurando-se os demais achados micro-contextuais.

[19] Entrevistado 18

b) A equipe de dirigentes da Secretaria de Saúde

Ao discutir o poder da burocracia face aos políticos, Walt (2006) chama atenção que tal poder se expressa diferentemente nas diferentes localidades em função de tradições e culturas políticas. Em locais como o Reino Unido enquanto Ministros mudam, o corpo gerencial se mantém, o que não raro os torna extremamente poderosos face aos governantes, pelo domínio que possuem da máquina administrativa, porém permite também a continuidade administrativa, sem grandes interferências políticas.

No Brasil, como em diversos países da América Latina e mesmo Estados Unidos da América, diferentemente, a tradição política é de que a cada mudança de governo os principais gestores mudem, portanto, não são 'neutros', e sim em geral vinculados ideologicamente à nova gestão (WALT, 2006). Portanto, ao assumir o governo em 2001, os Secretários municipais formaram suas equipes. Assim foi na Secretaria de Saúde. O Quadro 2 apresenta a equipe que iniciou a gestão em 2001, bem como as suas respectivas qualificações.

Nome (ordem alfabética)	**Cargo**	**Formação**
Alfredo Pereira Costa	Diretor do Distrito Sanitário III	Médico
Ana Paula Sóter	Diretora Geral de Planejamento	Médica. Especialista em Saúde Pública e Planejamento
Antônio Carlos Cabral	Diretor do Distrito Sanitário IV	Odontólogo. Mestre em Saúde Pública
Antonio da Cruz G. Mendes	Secretário Adjunto de Saúde	Médico. Mestre em Saúde Coletiva
Ceci Alencar	Diretora do Distrito Sanitário V	Enfermeira
Djalma Agripino de Melo Filho	Assessor do Secretário de Saúde	Médico. Mestre em Saúde Coletiva
Elizabeth Cavalcanti Jales	Diretora Geral de Desenvolvimento de Pessoas	Assistente Social. Especialista em Gestão de Recursos Humanos
Gustavo de Azevedo Couto	Assessor do Secretário de Saúde	Médico, Médico Psiquiatra
Luís Cláudio Gomes da Silva	Diretor Geral Administrativo Financeiro	Bacharel em Direito
Maria Bernadete Antunes	Diretora do Distrito Sanitário II	Médica. Mestre em Saúde Pública
Mozart Sales	Diretor do Distrito Sanitário VI	Médico
Olga Souza de Lima	Diretora do Distrito Sanitário I	Farmacêutica. Especialista em Saúde Pública
Tereza de Jesus Campos Neta	Diretora Geral de Atenção à Saúde	Enfermeira. Especialista em Saúde Pública
Tereza Maciel Lyra	Diretora Geral de Vigilância em Saúde	Médica. Mestre em Saúde Coletiva

Quadro 3: Equipe de dirigentes da Secretaria de Saúde do Recife em janeiro 2001
Fonte: Recife (2001)

A escolha da equipe dirigente da Secretaria de Saúde foi apontada por diferentes entrevistados como importante para a elaboração de novas políticas setoriais, como o PSA.

> Eu acho que a maturidade. Eu acho que... existem pessoas que são assim, intelectuais do campo da saúde pública aqui em Pernambuco, e que pela sua reflexão, não é? Sobre como realmente implementar a promoção da saúde. [...] Eu acho que isso motivou, eu me vejo como uma pessoa que reconhece essa militância, que reconhece essa vontade, esse desejo de modificar, de transformar. [...] Com base exatamente no conhecimento científico, na vontade de construir, na tecnologia... Baseado em valores bastante caros para gente. Assim, de transformação. Colocar o ideário da Reforma Sanitária na prática. Eu acho que foi a grande oportunidade. (Informação verbal)[20]

A fala do entrevistado 11 salienta primeiramente, a capacidade técnica da equipe dirigente da Secretaria de Saúde em 2001, ao identificar formação e qualificação em saúde pública, o que pode ser confirmado no Quadro 2. Segundo, destaca o compromisso dos dirigentes da Secretaria de Saúde com o 'ideário da Reforma Sanitária'. Além disso, o entrevistado diz ter reconhecido nos dirigentes da setoriais em 2001, a militância e vontade de modificar e de transformar velhas práticas.

No seu estudo, Vieira-da-Silva et al. (2007) elencam critérios para avaliar cada um dos vértices do triângulo de governo de Matus. Entre os critérios definidos para avaliação da capacidade de governo encontram-se a adesão dos quadros técnicos às necessidades do SUS e o perfil do gestor (sua liderança e formação na área).

Na sua fala, o entrevistado 11 reconhece o vinculo dos dirigentes da Secretaria de Saúde em 2001 com o ideário da Reforma Sanitária, portanto, comprometidos com a consolidação do SUS, fruto (em maturação) de todo um movimento de lutas que marcou a sua criação. O perfil dos mesmos, como demonstrado no Quando 2, era de técnicos, em sua maioria, com formação em Saúde Pública, experiência setorial ou experiência política.

O compromisso dos gestores da Secretaria de Saúde com o SUS aparece também na fala de outros entrevistados, como os 14 e 2, que destacam o pertencimento ao Movimento Sanitário e conseqüentemente, compromisso com a Reforma Sanitária e o SUS, bem como a formação em saúde pública dos mesmos, como fatores determinantes para o surgimento do PSA.

> O fato de se ter na gestão uma grande massa de pessoas do Movimento Sanitário, que acompanhava nos últimos anos as transformações da Reforma Sanitária brasileira. (Informação verbal)[21]

[20] Entrevistado 11
[21] Entrevistado 14

E a fala:

> [...] naquele momento de virada de gestão. E essa decisão política, ela vem acompanhada de uma carga... de técnicos que tinham uma visão bem mais ampla de saúde, de território, e isso foi o que marcou, foi fundamental. [...] eu acho que a decisão política trouxe uma carga técnica bastante forte, não é? (Informação verbal)[22]

Sugiyama (2007) ao analisar teorias para difusão de políticas no Brasil tem como uma de suas hipóteses o efeito positivo de pertencimento a redes formais ou informais, tais como o Movimento Sanitário. A mesma identificou que pertencer ao Movimento Sanitário contribuiu para a reprodução dos programas estudados (entre eles, o Programa de Saúde da Família). Para a mesma, pertencer ao Movimento Sanitário contribui para a disseminação de idéias, sobretudo em um país de dimensões continentais como o Brasil. Tal achado é corroborado por Solla (2007) ao referir que muitas políticas hoje adotadas por diversos municípios, ou mesmo já tornadas nacionais, foram inicialmente políticas locais inovadoras que foram se multiplicando, com o PSF ou o SAMU.

Solla (2007) faz referência ainda ao fato do movimento pela Reforma Sanitária ter sido um movimento contra hegemônico às propostas por reformas do Estado da década de 80, portanto, destaca o papel do referido movimento para que a implementação do SUS ocorresse mesmo diante de um quadro conjuntural desfavorável, o que indiscutivelmente contribuiu para a politização dos seus quadros.

Porém, indubitavelmente, não se pode dizer que o movimento pela reforma sanitária persista com seu formato inicial, permeado de intenso debate em torno de idéias e em permanente mobilização política. Porém o ideário persiste, em grande parte, no campo da saúde, e o compromisso herdado se expressa na prática de muitos dos envolvidos (FEUERWERKER, 2007).

Paim e Teixeira (2007) pontuam algumas questões polêmicas e necessárias de serem debatidas, relativas à institucionalização do SUS. Por um lado, os autores apontam o surgimento de importantes experiências exitosas em municípios e estados, a exemplo de Sugiyama (2007) e Solla (2007), em função do compromisso dos seus governantes como o SUS. De outro, identificam profundos prejuízos marcados pela descontinuidade administrativa. Para os mesmos, o SUS fica profundamente vulnerável em função das mudanças de governo, de gestores e de partidos, na medida em que prevalecem práticas

[22] Entrevistada 2

distributivas de cargos em função de interesses político-partidários ou outras pressões corporativas, levando ao amadorismo e improviso gerencial, características amplamente conhecidas no Brasil.

Frei Betto aponta como uma das piores, e provavelmente, mais difundidas práticas políticas a nomeação de cargos em função de interesses políticos e pessoais, em detrimento dos interesses da população e da boa administração. Para o mesmo, uma boa administração exige não apenas boas intenções. Supõe preparo, capacidade, qualificação. Na ausência de tais atributos, não raro, abrir-se-ia um 'fosso entre chefia e subalternos, direção e corpo de funcionários, interesses corporativos e públicos' (BETTO, 2006, p. 177). O SUS não está imune a tal prática.

Paim e Teixeira (2007) também chamam atenção para a escassa qualificação dos gestores, sobretudo em gestão, o que gera fragilidades institucionais. Portanto, os autores consideram premente a profissionalização dos gestores do SUS, visando reduzir a vulnerabilidade do sistema que faz com que políticas exitosas se percam com a descontinuidade administrativa. Os mesmos consideram necessária uma "blindagem" do SUS "mediante nova 'institucionalidade' assegurando a profissionalização da gestão e carreiras específicas (gestor de saúde da família, administração hospitalar, etc.)" (PAIM; TEIXEIRA, 2007, p. 1821).

Se de um lado as observações de Paim e Teixeira (2007) são pertinentes, pois experiências exitosas retrocederam devido a descontinuidade administrativa, por outro, se não tivesse havido o acesso de novos atores na cena pública, talvez muitas políticas inovadoras, hoje difundidas nacionalmente (SOLLA, 2007), não existissem. Portanto, considero, assim como os autores referidos, que é fundamental a profissionalização dos gestores do SUS, porém novos atores e novas idéias são importantes.

É necessário, como salientam Paim e Teixeira (2007, p. 1821), "construir formatos institucionais que reduzam a vulnerabilidade do SUS, assegurando certa proteção face às turbulências da vida político-partidária, e possibilitem, simultaneamente, a efetividade, eficiência e eficácia da gestão". Entretanto, não se pode permitir que em nome de uma dita eficiência administrativa, a possibilidade da entrada de novos atores em cena seja impossiblitada, pois foi a entrada em cena de tais atores que permitiu o surgimento de grande parte das idéias inovadoras e exitosas que surgiram nas localidades relacionadas pelos autores.

Trata-se de dotar profissionais de saúde pública de capacidade de governo, dotando-os de técnicas, métodos e teorias, resguardando a capacidade criativa (MATUS, 1996).

Por outro lado, Walt (2006) ressalta o enorme poder que os técnicos de carreira têm no Reino Unido, fazendo não raro, os Ministros da Saúde reféns do conhecimento que os mesmos detêm dos processos administrativos, o que aponta a complexidade da discussão.

Para o surgimento do PSA, por exemplo, os entrevistados identificam como um dos fatores primordiais a composição de uma equipe dirigente da Secretaria de Saúde do Recife comprometida com o SUS e em sua maioria com formação em Saúde Pública, o que se pode considerar como a identificação de capacidade de governo por parte da equipe gestora, naquele momento, porém que entraram em cena, como conjunto, a partir da eleição de 2000.

A importância do contexto para definição, elaboração e implementação do PSA são aspectos amplamente ressaltados anteriormente, e serão reforçados posteriormente ao longo da apresentação desta tese, porém apontam para uma questão fundamental. O PSA surge como nova idéia a partir de novos atores, em um contexto de mudanças políticas importantes. Porém, a fragilidade da gestão do SUS que leva a constantes trocas de gestores e descontinuidade administrativa, mesmo dentro de um mesmo governo, também foi ponto identificado pelos entrevistados.

Portanto, a discussão pautada por Paim e Teixeira (2007) é necessária, premente e atual, porém sem dúvidas, complexa e polêmica, fugindo ao objeto da presente tese.

Outro aspecto relativo ao papel dos diretores e assessores imediatos do Secretário merece ser referido:

> [...] a gente tinha um processo, vamos dizer, de participação de todo mundo para tomar as decisões mais importantes. (Informação verbal)[23]

A reprodução da fala anterior aponta o reconhecimento da importância do Núcleo Gestor da Secretaria de Saúde, que era composto pelo Secretário de Saúde, pelo Secretário Adjunto, pelos Diretores de Nível Central, pelos seis Diretores dos Distritos Sanitários e por Assessores do Secretário de Saúde, como uma instância privilegiada para discussão de novas propostas, como o PSA.

No âmbito da Secretaria de Saúde do Recife, havia a prática de reuniões periódicas entre os atores citados, e todas as decisões eram compartilhadas. Não faremos aqui a análise do funcionamento de tal instância (ou das Reuniões do Núcleo Gestor, como era conhecida), nem da efetiva participação dos diferentes atores nas decisões cruciais. Destacamos apenas

[23] Entrevistado 18

que a existência de tal instância foi reconhecida como importante para o surgimento e qualificação da proposta que deu inicio ao PSA.

A partir da fala acima, sugere-se que a capacidade de governo era acompanhada de processo mais democrático de decisão e compartilhamento.

Feuerwerker (2007) ressalta que cada trabalhador, ou outro ator, envolvido com a consolidação do SUS, tem suas próprias idéias e valores, criando uma permanente tensão e disputas, nem sempre explicitadas. Os atores que governam têm diante de si outros atores que disputam recursos, prioridades, ações.

Nesse sentido, embora reforçando que o tema não foi objeto de análise e aprofundamento, é muito provável que as reuniões no âmbito do Núcleo Gestor fossem ao mesmo tempo espaço privilegiado de construção de pactos e de disputas de projetos dos atores envolvidos, o que não tira sua legitimidade e importância.

c) A adesão dos técnicos da Secretaria de Saúde do Recife

Outro achado a destacar refere-se à adesão por parte dos técnicos da Secretaria de Saúde ao clima de mudanças instaurado com a posse do novo Prefeito, do Secretario de Saúde e de sua equipe. O entrevistado 3 ressalta a valorização dos técnicos da Secretaria de Saúde por parte da equipe dirigente, o que provavelmente contribuiu para a adesão dos mesmos às novas propostas: “A pesar de ter mudanças na gestão, foi uma gestão que valorizou quem já tava na casa, o corpo técnico da casa permaneceu praticamente todo”. (Informação verbal)[24]

Walt (2006) reconhece o papel dos técnicos na elaboração de políticas ao afirmar que enquanto políticos e cargos comissionados passam, os técnicos de uma dada instituição permanecem, garantindo a continuidade administrativa e das rotinas gerenciais. Portanto, a manutenção e valorização da equipe técnica, tornado-a aliada e comprometida, foi um fator identificado como facilitador da elaboração do PSA, como bem destacou o entrevistado 3.

Para o entrevistado 13 havia capacidade dos técnicos, que permitiu, nas palavras do mesmo, ‘dar conta dessa demanda’. Ou seja, reconhece nos técnicos da Secretaria de Saúde compromisso, competência técnica e contribuição na concepção e operacionalização do PSA: “[...] outra coisa importante: ter um corpo técnico que pudesse, digamos assim, dar conta

[24] Entrevistado 3

dessa demanda. Desse desafio, eu acho, tanto da concepção como da operacionalização. (Informação verbal)[25].

Matus (1996, p. 61) define o vértice capacidade de governo, do seu triângulo de governo, como sendo a:

> [...] capacidade de condução ou direção e refere-se ao acervo de técnicas, métodos, destrezas, habilidades e experiências de um ator e sua equipe de governo, para conduzir o processo social a objetivos declarados, dados a governabilidade do sistema e o conteúdo propositivo do projeto de governo.

Para Matus (1996) o domínio de técnicas é uma das variáveis mais importantes, pois expressa-se na capacidade de direção de uma equipe.

Corroborando a afirmação de Matus, Viera-as-Silva et al. (2007) definem como um dos critérios para mensuração da capacidade de governo a adequação do quadro técnico às necessidades do SUS. No mesmo estudo, os autores definem ainda como critério, agora para mensuração da governabilidade, a adesão dos profissionais à gestão.

Ora, pelas falas dos entrevistados acima transcritas, pode-se considerar que o corpo técnico da Secretaria de Saúde, ou no caso, mais especificamente da Diretoria de Vigilância em Saúde, lócus onde foi elaborado o PSA, tinham ampla competência técnica e compromisso, ou adesão à gestão, o que contribuiu para a capacidade de gestão e para a governabilidade do setor saúde em 2001.

d) Mais dinheiro para as ações de saúde

Por fim, um último achado em relação ao contexto, destacado durante as entrevistas, referiu-se ao incremento de recursos para o setor saúde entre os anos de 2001 e 2004.

Foram dois os focos das entrevistas. De um lado o incremento de recursos para o setor saúde por parte da Prefeitura do Recife, de outro, o repasse de recursos fundo-a-fundo para as ações de Vigilância em Saúde por parte do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

A fala do entrevistado 16 aponta o primeiro aspecto, e cita o cumprimento da Emenda Constitucional (EC) 29 como fator primordial para a efetivação do PSA: “[...] a decisão de João Paulo em aumentar o gasto com saúde. Tinha saído uma legislação federal, e ele tinha se

[25] Entrevistado 13

comprometido a cumprir ao longo do período de governo, e chegar aos 15%" (Informação verbal)[26] .

Durante a campanha, o então candidato, havia se comprometido a cumprir a EC 29, e alocar 15% dos recursos devidos em saúde até o final da gestão em 2004 (JOÃO PAULO ANUNCIA, 2000).

A EC-29, determinou a vinculação e estabeleceu bases de cálculo e os percentuais mínimos de recursos orçamentários para as três esferas de gestão do SUS, ou seja, para a União, Estados, Distrito Federal e Municípios. A EC-29 alterou os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal, e acrescentou ainda um artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), visando garantir recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2008; CAMPELLI; CALVO, 2007; MENICUCCI, 2006; SOUZA, 2004).

O cumprimento da EC-29 previa um período de progressividade, entre os anos de 2000 e 2004, até o alcance dos percentuais propostos[27], permitindo ajustes anuais nos orçamentos das instâncias gestoras, como bem destacam Campelli e Calvo (2007). Tal progressividade previa que já no ano 2000 nenhum município poderia aplicar menos do que 7% da receita vinculada para saúde. Entretanto, no Recife não era o que se observava. Em 2000 eram aplicados apenas 4% das receitas destinadas ao setor saúde.

O compromisso assumido pelo prefeito durante sua campanha é destacado pelo entrevistado 16. Durante as entrevistas, outros entrevistados reconheceram o cumprimento da promessa de campanha, tendo havido um incremento real de 4% para 15% do orçamento para o setor saúde entre os anos de 2001 e 2004.

Soma-se a isso, no caso específico do PSA, a introdução de transferência fundo-a-fundo de recursos do Ministério da Saúde para ações de Vigilância em Saúde. Observemos a fala seguinte:

> [...] eu acho que favoreceu também a questão da forma de financiamento das ações de saúde, das ações básicas de saúde, de forma geral. [...] em vez dos programas verticais, ter mudado para PPI. Você ter como decidir para onde vai o dinheiro. Eu acho que favoreceu na decisão de implementar um programa ousado como o PSA. Eu acho que também no momento a coisa do financiamento, a forma de financiamento também era um momento favorável. (Informação verbal)[28]

[26] Entrevista 16
[27] Os percentuais variam de acordo com a esfera de gestão. O percentual de 15% é o previsto para a esfera municipal.
[28] Entrevistado 3

Solla (2006) chama atenção para o fato de que as ações de descentralização da assistência e das ações de vigilância em saúde têm sido efetivadas em tempos e formatos díspares. Fato também reconhecido pela própria Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) ao destacar que os serviços de natureza coletiva, tais como as ações de vigilância, prevenção e controle de doenças, permaneceram centralizados, até o final dos anos 90. Apenas em 1999, através da Portaria nº 1.399 GM/MS, publicada em dezembro, foram regulamentados o papel de cada gestor na pratica de ações de epidemiologia e controle de doenças, com definição de responsabilidades para cada instância gestora (BRASIL, 2006).

A partir da referida Portaria, estabelece-se a realização de uma Programação Pactuada Integrada de Vigilância em Saúde, ou PPI-VS, e para viabilizar a realização das ações acordadas, se instituiu o Teto Financeiro de Vigilância em Saúde (TFVS). O TFVS foi definido com base em critérios que buscam diferenciais entre os entes federados, suas realidades de saúde e perfis epidemiológicos. Os recursos do TFVS passam a ser transferidos fundo-a-fundo, mensalmente, do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, e podem ser utilizados tanto para custeio como para investimentos (BRASIL, 2006).

A transferência de recursos de forma regular e fundo-a-fundo, representaram um enorme avanço para a área de Vigilância em Saúde (VS), permitindo aos Estados e Municípios a realização de ações regulares e investimento na área. Soma-se a isso, o incremento ministerial na área, que passa de R$ 292 milhões por ano em 1997 e 1999, para R$ 554,6 milhões em 2000 (BRASIL, 2006).

O entrevistado 3 enfatiza tais aspectos. O mesmo reconhece a nova forma de financiamento via PPI (leia-se fundo-a-fundo) e a liberdade para aplicação de tais recursos como fundamentais para o surgimento do PSA. Dados da Prefeitura demonstram que cerca de 60% do custeio do PSA são provenientes de recursos do TFVS[29].

Navarro et al. (2007) discutem a relação entre política e saúde, no caso especifico, o impacto sobre os indicadores de Mortalidade Infantil e a Esperança de Vida em países pertencentes à Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico, entre 1950 e 1988. Os autores agruparam os diferentes países em função das opções políticas dos governantes e os indicadores referidos ao longo do tempo. Como resultados a destacar, chamam atenção que naqueles países onde preponderaram governantes progressistas ao longo

[29] Dados do Demonstrativo de Despesas com o Programa de Saúde Ambiental, disponibilizado pela Secretaria de Saúde do Recife.

do período estudado, a melhoria na distribuição de renda e a redução da Mortalidade Infantil foram mais significativas. Também observaram uma forte relação entre gasto público com saúde e menores Taxas de Mortalidade Infantil. Os autores concluem por afirmar que a opção política dos governantes importa sim, e influencia os resultados em saúde.

No nosso estudo, embora de natureza diversa do estudo de Navarro er al. (2007), também encontramos a partir das entrevistas que a opção política dos governantes com priorização da saúde, traduzida no incremento financeiro e autonomia (ao menos em 2001), influenciou positivamente o surgimento de novas políticas em saúde, no caso, o PSA.

Ninguém que já tenha participado de qualquer instância de gestão do SUS discordará que disponibilidade de recursos é um ponto critico do setor. Portanto, ao identificarmos, através das entrevistas e dos documentos analisados, o aumento de recursos para o setor saúde e para as ações de VS, através do cumprimento da EC-29 e do incremento de investimentos nacionais na área, podemos considerar que tal aspecto foi sim relevante e determinante para o surgimento do PSA.

6.2.3 **A conjunção de fatores: o equilíbrio no triângulo de governo**

Alguns aspectos valem ser ressaltados. De um lado, a importância da análise do contexto no qual foi pensado e elaborado o PSA, de outro, o equilíbrio entre os três vértices do triângulo de governo de Matus (1996), e a capacidade que demonstrou Humberto Costa e sua equipe em captar a oportunidade criada pelo clima de mudanças desencadeado pela eleição do candidato do PT para a Prefeitura do Recife, para o mandato 2001/2004.

Como salientam Araújo Jr. e Maciel Filho (2001), políticas são formuladas em uma realidade complexa e multifacetada, na qual uma diversidade de aspectos interage. Políticas respondem a diferentes estímulos, não se desenvolvendo em um vácuo, e sim em um dado contexto que contribui efetivamente para o modo que são formuladas e implementadas. É importante reconhecer que o contexto é mutável, e afetado constantemente das mais diversas formas (WALT; GILSON, 1994; COLLINS; GREEN; HUNTER,1999). Na análise do período de 2002, ficará evidente a dinâmica do contexto, e como diferentes fatores influenciam o mesmo.

Ao analisarem o impacto do contexto na utilização de evidencias para recomendação de políticas, no caso para programas coletivos voltados para ações de diagnóstico e controle

das principais formas de cânceres em Ontário, Canadá, Dobrow et al. (2006) destacam a necessidade de se levar em conta aspectos contextuais, tais como aspectos culturais e valores locais, para a definição das estratégias a serem adotadas.

Compreender o contexto no qual foi formulado o PSA contribuiu para dar historicidade à política. No entanto, é importante salientar que desagregar o contexto em macro e micro não significou negar a inter-relação entre os mesmos. Consideramos e assumimos que os fatores contextuais devem ser compreendidos uns em relação aos outros.

No entanto, assim como o contexto é determinante para a definição de uma política, um mesmo contexto pode, e provavelmente será interpretado diversamente por diferentes atores, não sendo politicamente neutro (COLLINS; GREEN; HUNTER,1999).

Para alguns dos entrevistados, o surgimento do PSA, foi resultante de um conjunto de fatores contextuais, que enumeram como: as características sócio-ambientais da cidade do Recife; a eleição e seus desdobramentos; pessoas com criatividade (o Secretário e a equipe tanto dirigente como os técnicos). Ou seja, os fatores contextuais devem ser observados uns em relação com os outros. Os fatores ambientais do Recife já existiam, mas só foram considerados conjuntamente diante de um contexto político macro (eleição de João Paulo) e micro (escolha de Humberto Costa e de sua equipe, aliada à adesão da equipe técnica e disponibilidade financeira), dando origem a uma nova abordagem para velhos problemas.

Portanto, a conjunção de fatores, claramente expresso na frase do entrevistado 5: “Então, juntou pessoas tecnicamente capazes e o momento conjuntural favorável, e a capacidade de criação que a equipe teve em termos de fazer política”, aliados a observação do mesmo entrevistado, de que a mesma conjuntura poderia existir e o momento não ser captado, corrobora com Collins, Green e Hunter (1999), que reconhecem a subjetividade na qual o contexto é apresentado. Os referidos autores apontam que as mesmas características contextuais podem significar coisas diversas para diferentes atores.

É importante ainda destacar que, ao ser formulado em um dado contexto, uma política irá interagir com o mesmo exercendo influências entre si (ARAÚJO Jr.; MACIEL FILHO, 2001), o que estaria em consonância com um dos princípios do pensamento complexo, o da recursividade organizacional.

Para Morin (2003, 2003a), somos simultaneamente produtos e produtores. O que é produzido volta ao que o produziu. O princípio da organização recursiva vai mais além da retroação. É um “circulo gerador no qual os produtos e os efeitos são eles próprios produtores e causadores daquilo que os produz” (MORIN, 2000, p. 204). Logo, depois de formulada,

uma política influência o contexto no seio da qual foi gerada, que influenciará por sua vez a política.

Trostle, Bronfman e Langer (2006), ao analisar como pesquisas influenciavam as decisões para implementação das políticas voltadas para controle da cólera, aids, planejamento familiar e imunização, no México, dão especial atenção aos fatores contextuais. Os mesmos apontam a habilidade do Ministro da Saúde, por exemplo, em relação ao programa de controle da cólera, na medida em que soube captar o momento oportuno de discussão de quebras de barreiras comerciais na América do Norte para negociar com força ações voltadas para o programa.

Khan e Van den Heuvel (2006), ao analisarem o impacto do contexto político e o processo de desenvolvimento da política de saúde no Paquistão, destacam a importância do contexto político, corroborando Navarro et al. (2007), que política importa.

No nosso estudo, aspectos referentes ao contexto político no qual o PSA foi formulado, foram entre os fatores contextuais, os mais ressaltados. Tais aspectos refletem relações de poder entre atores.

Barker (1996) chama atenção para o fato do poder estar relacionado a uma situação particular, ou contexto. O poder que alguém detém está relacionado não apenas a quem é esta pessoa, mais a que posição ocupa em dado momento. O poder é produto de relações com outros atores e de um conjunto de atributos, tais como peso político, posição ocupada por alguém em dado momento, status, ou outros.

Viana e Baptista (2008) ressaltam as diferentes formas de poder, entre as quais o poder político. Porém, como salientam Boudon e Bourricaud (1994), os recursos sob os quais repousam o exercício do poder, em geral antecedem o exercício do mesmo. No exemplo do ex-Secretario, por exemplo, foi fruto de uma história política construída ao longo do tempo.

No presente estudo, o poder fica evidenciado tanto em relação ao próprio Prefeito eleito, que diante da vitoria inesperada ganha forte apoio popular (CARVALHO, 2000a), como em relação a Humberto Costa, que é apontado pelos entrevistados como detentor de poder e liderança capaz de implementar novas políticas.

Outro aspecto é destacado pelos entrevistados: a oportunidade como algo captado pelos gestores setoriais em 2001, aspecto que aprofundaremos nas discussões sobre o processo político que originou o PSA. Aspecto que reforça que um dado contexto é único, tanto no tempo como no espaço (BUSE; MAYS; WALT, 2007). Portanto, como salienta Matus (1996), a mudança situacional existe no tempo, e o tempo transcorre independentemente de nossas sensações, tornando-o relativo aos atores sociais concretos. A

duração de certos processos pode ser limitada, e a oportunidade ser ou não captada e aproveitada. As falas dos entrevistados e documentos consultados apontam a hábil utilização do tempo no setor saúde do Recife, traduzida na boa utilização do contexto favorável, ao menos em 2001.

Provavelmente o achado que sintetiza todos os demais relacionados ao contexto que definiu pela implementação do PSA, se refira ao equilíbrio do triângulo de governo de Matus.

Vieira-da-Silva et al. (2007), utilizando o triângulo de governo Matus (1996) definem alguns critérios para cada um dos vértices, alguns já referidos anteriormente, os demais apresentados a seguir.

Como critérios para o projeto de governo foram definidos: a) prioridade para saúde; b) características de financiamento setorial; c) existência de iniciativas intersetoriais.

Como critérios para análise do vértice capacidade de governo (ou governança) foram definidos como características: a) perfil do gestor; b) adesão do quadro técnico às necessidades do SUS municipal; c) política de recursos humanos.

Por fim, como critérios para avaliar a governabilidade setorial, foram os seguintes os critérios: a) existência de base de apoio político; b) autonomia financeira setorial; c) características de relacionamento entre gestores e d) adesão dos profissionais de saúde à gestão (VIEIRA-da-SILVA et al., 2007).

Se tomarmos as características definidas pelos autores, identificaremos o equilíbrio dos três vértices do triangulo de governo, na cidade do Recife, para o setor saúde, em 2001.

Em relação ao vértice Projeto de governo verificamos na fala dos entrevistados que havia prioridade para o setor saúde por parte da Prefeitura, corroborada pelos Plano Plurianual 2002-2005 (RECIFE, 2000a) e Programa de Governo (RECIFE, 2004). A priorização do setor saúde esteve presente no discurso do candidato durante a campanha eleitoral em 2000, fato esse referido pela imprensa especializada, durante e logo após o período eleitoral (JOÃO PAULO ANUNCIA, 2000). Particularmente nos primeiros anos da gestão 2001/04, a força política do Secretário de Saúde foi fator determinante, na palavra dos entrevistados, para efetivação da priorização do setor saúde como política pública.

Também o item financiamento setorial é identificado nas entrevistas como relevante, cumprindo não só um dos critérios para avaliação da capacidade de governo, como um dos critérios apontados por Vieira-da-Silva et al. (2007) para avaliação da governabilidade setorial, na medida em que, além de incremento de recursos para a saúde, entrevistados reconheceram a liberdade de aplicação dos mesmos.

Ainda em relação ao Projeto de governo, o critério de iniciativas intersetorias tem no PSA um dos seus exemplos, ao menos no que tange sua concepção, aspecto esse que será discutido no tópico referente ao conteúdo do PSA.

Em relação ao segundo vértice do triângulo de governo, a Capacidade de governo, podemos considerar que também os critérios apontados por Vieira-da-Silva et al. (2007) foram cumpridos.

O perfil dos gestores da Secretaria de Saúde, e do próprio Secretário, era preponderantemente de técnicos com formação em saúde pública, com uma história ligada ao Movimento Sanitário, ou com experiência ou expressão política, conforme Quadro 1. Também os entrevistados apontaram a adesão dos técnicos da Secretaria de Saúde ao projeto do novo governo e às necessidades do SUS no Recife.

Como destaca Matus (1996), a capacidade de governo se expressa na capacidade de direção, de gerência, de administração e controle, fatores que estão relacionados aos aspectos enumerados pelos entrevistados, referentes ao perfil dos gestores da Secretaria de Saúde durante o ano de 2001.

Quanto ao item ‘política de recursos humanos’, não foi objeto de pesquisa na presente tese, porém é item contemplado no Plano Plurianual 2002-2005 (RECIFE, 2000a).

O vértice referente à governabilidade também foi cumprido, sobretudo em função do perfil do Secretario. Porém, como Matus (1996) aponta, há relatividade da governabilidade, seja em relação ao ator, em relação ao conteúdo propositivo do governo e relativo à capacidade de governo. Portanto, como enumeramos anteriormente, foram identificados positivamente todos os três aspectos que relativizam a governabilidade.

A autonomia financeira setorial foi identificada e apontada pelos entrevistados, e corroborada pelos documentos consultados. Os critérios de apoio político e adesão dos técnicos aos projetos de gestão também foram aspectos enfatizados pelos entrevistados.

No estudo realizado por Vieira-da-Silva et al. (2007), os autores ressaltam a necessidade de um triângulo de governo articulado para que bons resultados sejam efetivos. Assim, podemos considerar que o equilíbrio no triângulo de governo identificado no setor saúde do Recife em 2001 contribuiu para a definição das agendas setoriais e para a elaboração de novas políticas públicas, no bojo das quais o PSA se insere.

No tópico seguinte serão discutidos aspectos referentes ao processo político que culminou com a elaboração do PSA.

6.3 PROCESSO DE ELABORAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE AMBIENTAL

Pois é dos sonhos dos homens que uma cidade se inventa[30]

6.3.1 **Introdução**

No presente tópico discutiremos aspectos relativos às três primeiras fases do ciclo político: a definição da agenda, a formulação do PSA, e o processo decisório envolvido. Embora tenhamos claro que as fases do ciclo política não se sucedem claramente e sim são intrinsecamente relacionadas, buscaremos apresentá-las a partir das falas dos entrevistados e da documentação consultada, com o propósito de tornar mais clara a apresentação dos resultados.

6.3.2 **Superar o antigo, buscar o novo**

Ao discutirem o momento da definição da agenda governamental, Howlett e Ramesh (2003) lançam o questionamento de por que algumas propostas são incluídas na agenda, e outras não. Para os autores, tal momento refere-se ao reconhecimento de um problema por parte do governo, e que requer ação. A definição de um problema como prioritário e que merece atenção governamental é uma etapa crítica, e da qual dependem as demais fases do ciclo político.

São vários os modelos existentes que visam explicar como as agendas governamentais são formadas ou alteradas, como já tivemos a oportunidade de apresentar. Na presente tese, utilizaremos o Modelo de Múltiplos Fluxos (Multiple Streams) de Kingdon dialogando com os momentos do Planejamento Estratégico Situacional de Carlos Matus, por identificarmos pontos comuns entre as duas abordagens (KINGDON, 1995; HOWLETT; RAMESH, 2003; WALT, 2006; CAPELLA, 2007; MATUS, 1989; 1996).

[30] Trecho do Poema *Guia Prático da Cidade do Recife*, do Poeta Carlos Penna Filho.

6.3.3 **O desenvolvimento do PSA**

A Secretaria de Saúde do Recife identificou que 4 momentos chave compuseram o processo que culminou com a implementação do PSA RECIFE, 2003a). Foram elas:

a) Criação da viabilidade técnica e política do programa, de abril a setembro de 2001;
b) Estruturação organizacional (outubro de 2001);
c) Capacitação de pessoal e início da operacionalização (de janeiro a junho de 2002);
d) Aprimoramento do processo de planejamento, gestão, avaliação e ajustes do PSA (de 2002 até o momento atual).

Logo, os próprios gestores do programa identificam momentos particulares na conformação do PSA. Conforme Matus (1996, p. 297), o conceito de momento significa "instância, ocasião, circunstância ou conjuntura pela qual passa um processo contínuo, ou em cadeia, que não tem começo nem fim definidos". Ou seja, há apenas em dado instante o predomínio de um momento sobre outro.

O primeiro momento identificado pelos gestores do PSA, denominado de 'criação da viabilidade técnica e política', inclui a definição da agenda, a elaboração do PSA e a decisão da Secretaria de Saúde e da Prefeitura em adotá-lo. Entre abril e setembro concentrou-se a formulação e construção de pactos para implementar o PSA. Anteriormente a abril, no entanto, ocorreu a problematização que pautou as questões de saúde relacionadas ao meio ambiente na agenda da Secretaria de Saúde do Recife.

Durante a discussão sobre o processo político do PSA, abordaremos primeiramente os estágios pré-decisórios da política, ou seja, a definição da agenda e a formulação da política. Em seguida, discutiremos o processo decisório de implementar o PSA na cidade do Recife em 2001. Também abordaremos aspectos relacionados ao terceiro fluxo, ou da política, embora os aspectos mais importantes tenham sido discutidos no tópico referente ao contexto no Recife, em 2001.

O processo de formulação de políticas públicas é um estagio privilegiado, no qual os governos democráticos traduzem em ação os seus programas de governo (SOUZA, 2006; 2007). Assim, em 2001, ao ser eleito com uma plataforma de mudança, o governo do Recife dá início a uma série de discussões que tornaram fato uma gama de políticas públicas no âmbito municipal, caso do PSA.

Brugha e Varvasovsky (2000) destacam que o desenvolvimento de uma política é um complexo processo, que não raro ocorre em um contexto sujeito a rápidas mudanças, na

medida em que há influências tanto internas como externas, que podem acarretar mudanças súbitas. Embora durante a definição da agenda e formulação do PSA esse não tenha sido o caso.

a) O reconhecimento do problema

Em 2001, ao assumir um novo governo, a gestão da Secretaria de Saúde define como prioritário um diagnóstico dos principais problemas encontrados nas diversas áreas e setores da Secretaria.

Diferentes entrevistados apontaram esse momento como o da identificação da necessidade de mudanças na forma de enfrentamento dos problemas de saúde relacionados às questões ambientais:

> Eu acho que esse pessoal que tava assumindo um cargo, de uma certa forma ele conseguiu fazer uma avaliação dos resultados que se obtinha da forma em que se vinha trabalhando tradicionalmente. E se percebeu, talvez sem saber muito exatamente aonde ir, mais sabendo que daquela forma não tava tendo o impacto desejado. [...] então do ponto de vista técnico [...] existia o desejo. Achava-se que não estava impactando da forma em que estavam trabalhando. Então precisava de um caminho novo. Era um momento tecnicamente propício para se chegar a uma proposta nova, por que existia essa avaliação de que daquela forma não tava dando certo. (Informação verbal)[31]

A fala do entrevistado 3, acima, sintetiza o que Kingdon define como primeiro fluxo, ao apontar que os gestores, em 2001, apreenderam que havia insuficiência na forma de abordagem de uma gama de problemas desafiantes para a gestão.

Para o entrevistado, os gestores em 2001, embora sem ter ainda claros os rumos a serem tomados, conseguiram captar a necessidade de mudanças para enfrentamento das questões sócio ambientais da cidade, identificando que a forma de abordagem tradicionalmente adotada não gerava o impacto necessário. Assim, as questões relacionadas aos problemas de saúde relativos ao meio ambiente, chamaram atenção dos participantes do processo decisório. O entrevistado 3 define o momento como tecnicamente propício para o surgimento de uma nova proposta de atuação. Embora não explicite, pode-se identificar o

[31] Entrevistado 3

reconhecimento do momento politicamente propício para o surgimento de novas propostas, aspecto esse já amplamente discutido.

Para que uma questão entre na agenda governamental, segundo Kingdon, três mecanismos básicos podem estar envolvidos: a presença de indicadores que apontem um problema; uma situação de crise e o *feedback* (ou avaliação) de ações governamentais existentes (KINGDON, 1995; PARSONS, 1999; WALT, 2006;).

Exworthy (2008), ao estudar modelos conceituais para compreensão do processo de construção de políticas voltadas para fazer face aos determinantes sociais de saúde, utiliza entre eles, o modelo de múltiplos fluxos de Kingdon. O autor identifica o volume de pesquisas acumulado apontando os determinantes sociais da saúde, a atuação de grupos de pressão, a ocorrência de eventos significativos (crise econômica, fome) influenciando a definição de políticas.

Os achados encontrados a partir das entrevistas no exemplo do PSA identificam basicamente dois mecanismos influenciando a agenda: a presença de indicadores e o *feedback* de ações já existentes. Naquele momento de início de governo não havia uma situação de crise aguda que demandasse ações imediatas voltadas para as questões ambientais, embora possamos considerar que o setor saúde em 2001 vivia uma crise crônica de governabilidade e de recursos financeiros. Portanto, embora os entrevistados não explicitem um momento de crise durante a abordagem do contexto que cercava a Secretaria de Saúde em 2001, fica evidente o quadro de dificuldades encontrado, e a janela de oportunidade que se abre com a eleição de 2001 e, sobretudo, com a composição da equipe do setor saúde.

Portanto, embora não referido de modo explícito, havia no Recife uma crise de gestão e financiamento setorial, e em particular no que tange o PSA, uma crise de enfrentamento dos problemas, estreitamente relacionada à avaliação de ineficácia das abordagens usuais para fazer face aos problemas de saúde relacionados ao meio sócio-ambiental do Recife. Aspecto esse que ressalta o interrelacionamento entre os fatores que definem um problema como tal.

A avaliação crítica, ou *feedback*, de ações já existentes foi expressa na fala do entrevistado 3 anteriormente transcrita, e é reforçada pela fala do entrevistado 14, a seguir.

> [...] a necessidade de inovar, de se experimentar, e de criar programas inovadores. [...] eu acho que do ponto de vista técnico, a gente tinha um certo diagnóstico, não é? Da fragmentação dos programas, da ineficiência dos programas que tentavam dar conta de questões de caráter mais ambiental. É... de um lado a questão das endemias e mesmo assim não havia integração. Tinha a filariose que não se integrava com a questão da dengue.

> Outras doenças..., essa fragmentação. E baixa cobertura desses programas, falta de integração. A não integralidade das ações. (Informação verbal)[32]

A identificação da fragmentação dos programas existentes e a falta de integração entre os mesmos, somados à baixa cobertura, foram os aspectos destacados pelo entrevistado 14, e que apontam o olhar critico dos novos gestores sobre tais limitações, bem como a intenção dos mesmos de superação destas.

O processo de trabalho criticado baseava-se em práticas compartimentalizadas, verticalizadas, fragmentadas e dissociadas entre si, tanto no que tange seus aspectos operativos como de gestão, o que levava a uma ineficácia de ações e ao descrédito dos programas face à população (ALBUQUERQUE, 2005).

Em documento ao Ciclo de Premiações "Gestão Pública e Cidadania", em 2003, os gestores do PSA assim responderam à questão de como foi concebido originalmente o PSA:

> A atual gestão da Secretaria de Saúde desde o início do mandato, em 2001, está comprometida ideológica e politicamente com os princípios e diretrizes do Movimento Sanitário Brasileiro [...]. Neste sentido, a Agenda 21 e o Programa Marco de Atenção ao Ambiente da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2000) guiaram efetivamente a concepção do PROGRAMA DE SAÚDE AMBIENTAL - PSA. A ruptura com as antigas práticas, centralizadoras, verticalizadas, desarticuladas e vinculadas estritamente ao controle de endemias implicava reconhecer "*a relevância da saúde ambiental, para além das estreitas margens dentro das quais estava restrita*", além de considerá-la um "*campo de intervenção essencialmente intersetorial*". O PSA foi concebido e desenhado pela Secretaria de Saúde do Recife em parceria com a Secretaria de Planejamento, Secretaria de Saneamento e Empresa de Manutenção e Limpeza Urbana [...]. **(**RECIFE, 2003)

Portanto, a avaliação critica da antiga forma de abordagem e a identificação que era necessário mudar o foco e as estratégias de intervenção são reconhecidas pelos gestores do PSA como fundamentais para que o mesmo surgisse como proposta. Na apresentação do PSA realizada para os integrantes do referido ciclo de premiações, os gestores do programa estabelecem um paralelo entre os modelos anterior e o adotado pelo PSA, em relação às questões sócio-ambientais, conforme quadro 4 (RECIFE, 2003a).

[32] Entrevistado 14

	Antiga abordagem	**Nova abordagem (PSA)**
Cobertura	Não universal	Universal
Abordagem dos riscos	Uniformidade	Equidade
Amplitude das ações	Setorial	Intersetorial
Desenvolvimento de ações	Fragmentado	Integral
Alvo das ações	Restrito / imediato	Determinantes
Agente da ação	Múltiplos	Único
Base territorial dos agentes	Variável	Fixa
Estrutura do Programa	Vertical	Horizontal
Gerencia do Programa	Centralizada	Descentralizada

Quadro 4: Abordagem dos problemas de saúde ambiental no Recife, antes e depois do PSA
Fonte: Recife (2003a).

No quadro 4, os gestores do PSA, de forma sintética, reconhecem a crítica ao modelo anterior, e a intenção de ruptura com o mesmo através do programa.

Exworhy (2008), identifica o peso do *feedback* das ações para definição de novas políticas, destacando por exemplo, o papel da opinião pública e da mídia. Trostle, Bronfman e Langue (1999), ao estudarem como pesquisas e pesquisadores influenciam os tomadores de decisão no México, identificam que interesses corporativos, comunicações formais, laços informais, se destacaram como aspectos que contribuíram para que dado problema fosse pautado na agenda pública. Tais estudos mostram a diversidade de atores que influenciam a análise crítica de ações e a definição de agendas propositivas.

Em se tratando de uma política que surgiu no âmbito da DVS, é fácil supor que os indicadores de saúde tiveram peso determinante na problematização do PSA. Assim, a presença de indicadores de saúde, tais como incidência de dengue, prevalência de filariose, número de casos de raiva animal, além das condições de saneamento deficitário da cidade, entre outros, foi, nas palavras do entrevistado 6, crucial para o surgimento do PSA (RECIFE, 2001).

> Então, a gente tinha uma carência, um vácuo em relação ao ambiente que a assistência não tava conseguindo cumprir. Eu acho que isso motivou a se pensar num programa que desse conta dessa questão ambiental que é tão seria no nosso município. [...] a gente tinha indicadores de saúde que desencadeavam uma necessidade da gente pensar [...] uma forma mais eficiente a mudança desses indicadores que repercutem de forma negativa na qualidade de vida da população. (Informação verbal)[33]

[33] Entrevistado 6

O entrevistado 6 identifica a existência de um vácuo em relação às questões ambientais, o que configuraria a carência de políticas públicas efetivamente voltadas para enfrentamento dos graves problemas apontados pelos indicadores de saúde, e destaca a necessidade de resposta por parte da Prefeitura da cidade.

No termo de referência do PSA, a Secretaria de Saúde do Recife identifica e aponta alguns determinantes e os problemas associados, em relação às questões de saúde ambiental. Como determinantes identificam-se problemas relacionados ao saneamento básico, a pobreza e desemprego da população do Recife, e a ainda elevada proporção de analfabetos na cidade, em 2001. Como problemas de saúde daí decorrentes, o documento aponta dados de mortalidade e morbidade relacionados a fatores ambientais, como mortes de crianças por doenças infecciosas e parasitárias ou morbidade por doenças relacionadas à água (RECIFE, 2001).

Portanto, o conhecimento da realidade de saúde e o uso dos indicadores de saúde foram estratégicos para que uma nova forma de agir fosse pautada no processo de definição da agenda do inicio do governo municipal em 2001.

Para Kingdon (1995), no entanto, indicadores, embora revestidos de significados, são insuficientes para determinar a agenda, na medida em que problemas são construções sociais, que envolvem interpretações. O mesmo se aplica para os demais mecanismos que influenciam a entrada de uma questão na agenda política, sejam eles crise ou avaliação de políticas públicas já instituídas.

Corroborando a afirmação de Kingdon, Sampaio e Araújo Jr. (2006) exemplificam a hepatite C, que embora seja problema de saúde reconhecido no Brasil, não tem uma política de prevenção na magnitude necessária, se diferenciando assim da HIV/aids, que conta no país com uma política estruturada e reconhecida por sua qualidade e amplitude, e que em muito deve a pressões da sociedade civil organizada.

A fala do entrevistado 7 caminha em tal direção;

> [...] quando a gestão de João Paulo assumiu, a questão das endemias era tratada muito isoladamente, e, apesar das equipes de saúde saberem dos determinantes sociais, no caso dessas endemias, havia o problema de ter um agente para cada tipo de doença ... [...]. Então, a iniciativa da Secretaria de Saúde de poder puxar outros atores que pudessem intervir nesse processo da questão ambiental, da questão das endemias e fazer um link ... com as condições físicas de infra-estrutura. (Informação verbal)[34]

[34] Entrevistado 7

O trecho anterior evidencia que havia o domínio conceitual acerca dos determinantes sociais e condições de saúde, anteriormente a 2001, porém, tal identificação não se desdobrava em políticas públicas efetivas, voltadas para o problema, ao menos de forma articulada entre si.

Logo, embora existentes e necessitando de enfrentamento, só o início de uma nova gestão municipal tornou de fato tais questões, problemas prioritários, criando assim condições favoráveis para a formulação de uma nova política. Aspecto salientado por Dobrow et al. (2006), para os quais os mesmos problemas observados a partir de diferentes perspectivas podem gerar políticas diferentes.

A definição de um problema é uma etapa fundamental do processo político, e a capacidade de evidenciá-lo e incluí-lo na agenda governamental, pode ser determinante para o sucesso ou não de um projeto / programa (CAPELLA, 2007; KINGDON, 1995).

Assim, as falas dos entrevistados e os documentos analisados apontam que a avaliação crítica da antiga forma de enfrentamento de problemas crônicos da cidade e a existência de indicadores de saúde consistentes foram os pontos importantes para que os problemas de saúde relacionados ao meio ambiente entrassem na agenda da gestão do setor saúde no Recife, em 2001. Porém apenas a conjunção de idéias e momento político favorável permitiram que os mesmos subsidiassem o surgimento do PSA, ou seja, a oportunidade, surgida e captada naquele momento pelos técnicos e gestores, foi determinante.

Para Matus (1996) o valor de um problema é relativo a um ator e seu projeto. Porém dois outros aspectos definem o valor de um problema. São eles, a eficiência, eficácia e efetividade com que se pode enfrentá-lo e a possibilidade e oportunidade para tal. O problema convida a ação, diz Matus. Logo, a partir do modelo explicativo de Matus, podemos também considerar que a definição das questões de saúde relacionadas ao meio ambiente tornou-se problema por seu valor para os atores envolvidos, e pela identificação de possibilidade de enfrentá-los, bem como pela existência de mecanismos de intervenção. A oportunidade captada pelos gestores foi tema recorrente durante as entrevistas.

Seguindo o modelo de Múltiplos Fluxos, apresentaremos a seguir o segundo fluxo, o *policy stream*, que representa o momento no qual são definidas as formas de enfrentamento dos problemas identificados.

b) Como enfrentar os problemas

O segundo fluxo definido por Kingdon diz respeito à proposição de alternativas e soluções para enfretamento do problema identificado por parte de atores chave (KINGDON, 1995; HOWLETT; RAMESH, 2003; CAPELLA, 2007). Para tanto, partiremos dos extratos de entrevistas e documentos que corroborem o processo de formulação do PSA, para em seguida discutir brevemente o processo de decisão em implementar o programa.

O processo de decisão dificilmente tem lugar em um momento específico, e o caso do PSA é um bom exemplo (EXWORTHY, 2008). Não houve um momento especifico no qual foi decidida a implementação ou não do programa. Durante todo o processo de formulação, na medida em que houve participação de diferentes atores, o PSA foi amadurecido e as decisões foram sendo tomadas. Ao apresentarmos os extratos das entrevistas, buscaremos apresentar o fluxo dos acontecimentos.

Conforme os próprios gestores da Secretaria de Saúde, a fase de viabilidade política perdurou de abril a setembro de 2001. O período que antecede abril foi o de identificação do problema e a colocação do mesmo na agenda. O que para os gestores foi construção de viabilidade pode ser aqui desdobrado na elaboração técnica do programa e a construção dos pactos políticos, tanto no âmbito da própria Secretaria de Saúde, como da Prefeitura como um todo, que ocorreram de modo praticamente simultâneo.

Como já tivemos a oportunidade de discutir, o conhecimento das características sócio ambientais da cidade do Recife foram questões relevantes. Neste sentido, o entrevistado 5 identifica a construção prévia de um diagnóstico da cidade como etapa fundamental para que o PSA assumisse suas características:

> Primeiro, foi um profundo conhecimento da cidade. Mapas de risco da cidade. Construir o diagnóstico da cidade. Eu acho que isso foi uma coisa muito importante: conhecer a cidade [...] Eu acho que foi um elemento fundamental, conhecer a cidade tecnicamente (...), se não, você pode ter uma boa política para isso, mais aplicada de maneira que não é totalmente otimizada. (Informação verbal)[35]

Contribuiram para o conhecimento de tal realidade, os indicadores de saúde. Assim, a equipe técnica de elaboração do PSA utilizou critérios de risco para definição tanto do

[35] Entrevistado 5

número de Agentes por Bairros da cidade, como para priorização de alguns problemas, como a filariose, por exemplo.

A definição de critérios de risco para enquadramento dos bairros da cidade foi considerada por Nelson (2005), Albuquerque, Augusto (2005) e Martins (2005) como um dos diferenciais do PSA. Para os mesmos, ao definir tais critérios, foram alocados os Agentes de Saúde Ambiental (ASA) de forma diferenciada, havendo uma concentração de Agentes em bairros com maiores riscos, buscando incorporar os princípios da universalidade e equidade da atenção, em consonância com o SUS e com os princípios da Promoção da Saúde.

Sem desmerecer a importância da definição de critérios de risco, Bitoun (2005) alerta que, entre as principais contradições do PSA, encontra-se a percepção diferenciada de território entre as esferas gerenciais e operacionais do programa. Por tal aspecto ter tido repercussões sobre o processo de implementação do PSA, deixamos para aprofundar um pouco mais o debate traçado em relação a tal aspecto no momento de apresentação do início da implementação do PSA, em 2002.

A adoção de um único agente, o ASA, foi, juntamente com a proposta de integração das ações, aspecto que contribuiu para superação da antiga forma de enfrentamento dos problemas de saúde relacionados ao ambiente:

> Mas a questão, pelo meu entendimento de leitura foi exatamente poder criar um agente com a visão do todo, não e? A questão, é... a questão do meio ambiente, a questão da saúde, a interface com os outros parceiros. Eu acho que a história do agente único mesmo, não é? Ter um agente com uma visão do, do contexto e poder caminhar com ele pra, pras soluções de saúde no momento. (Informação verbal)[36]

Para o ASA foi exigido nível médio de escolaridade, bem como a submissão a um processo seletivo, público, e uma intensa capacitação, realizada em parceria com o Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães[37]. Os ASA têm por atribuições ações globais sobre os riscos identificados e são territorializados, ou seja, cada ASA tem responsabilidade por uma micro-área, e devem cumprir metas diárias ou mensais de visitas, e cada ponto de visita deve ser revisitado sessenta dias depois (ALBUQUERQUE; AUGUSTO, 2005; MARTINS, 2005; RECIFE, 2001).

Em novembro de 2001 foram selecionados 768 Agentes de Saúde Ambiental, aos quais se juntavam 81 Agentes Operacionais de Saúde e 64 Supervisores.

---

[36] Entrevistado 12

[37] A capacitação dos ASA se deu através de parceria firmada com o Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/ Fiocruz, e realizada no espaço do CEFET.

Outro achado a destacar, diz respeito a identificação por parte de entrevistados, da necessidade de um programa com caráter complementar ao Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS). Para o entrevistado 10, esse foi passo importante para formulação do PSA, e está como discutiremos no tópico referente conteúdo do programa, relacionado à concepção de integralidade das ações.

Além disso, o entrevistado traça a relação com um contexto mais amplo, no âmbito da Secretaria de Saúde. Para o mesmo, havia um 'caldo de cultura' que favorecia o surgimento de novas idéias e abordagens.

> Além do agente, é, além do Agente Comunitário de Saúde, que agia no domicilio, precisaria ter um novo tipo de Agente, mais ou menos uma efetividade que o saúde da família, o agente comunitário, o saúde da família tem, tá certo? No sentido de que ele fosse mais abrangente, não é? De não cuidar só da dengue, mas, resolver as endemias e a questão ambiental. Então, esse foi o passo inicial, vamos dizer assim, para a formulação do PSA. [...] nesse momento teve um grande caldo de cultura, que passa aí, entre outras políticas a serem formuladas. E o... a base de tudo era a discussão, da cidade saudável, que a gente iniciou naquele momento ali que tipos de política, não é? Que poderiam e deveriam ser realizadas para dar essa formação integral da, da saúde, da proposta da saúde para prefeitura do Recife. E aí, vamos dizer assim, para arrastar a discussão da saúde ambiental, era um núcleo central ainda em discussão da cidade saudável. É, esse momento era um grande corpo, vamos dizer assim, é, que, enfim, permeava esse, que dava consistência a proposta. (Informação verbal)[38]

Naquele momento, tanto no âmbito da Prefeitura como um todo, como no da Secretaria de Saúde, estavam sendo discutidos os Planos de ação para os quatro anos seguintes, logo, havia um 'caldo de cultura' favorável devido ao intenso processo de discussões e aporte de idéias (RECIFE, 2002, 2002b).

Outras entrevistas reforçam o caráter complementar entre os PSF e o de Saúde Ambiental, e, sobretudo, a definição de papéis, responsabilidades e atribuições, que se traduz em um programa com noção ampla de intervenções. A integração entre os programas, porém, não tem sido percebida na prática na intensidade desejada (FERREIRA; LIMA, 2003).

Martins (2005) reconhece o caráter inovador do PSA, que teria impactos científico-tecnológico, político e institucional, além de identificar a busca pela complementaridade das ações entre o PSF e o PSA, ambos voltados para promover a saúde dos recifenses. Entretanto, sem demérito para os programas, o pesquisador aponta limitações operacionais. O principal aspecto limitante estaria relacionado às formas estabelecidas de interlocução com as famílias.

[38] Entrevistado 10

A influência de programas como o PACS e PSF se faz sentir, sobretudo na concepção de atenção primária de saúde, e de estruturação de um novo modelo de atenção que introduz a noção de atendimento por área de cobertura (VIANA; POZ, 2005).

Apesar de sua natureza de intervenção voltada para questões ambientais, o PSA tem suas ações não apenas limitadas aos domicílios, trabalhando com imóveis (habitados ou não) e com o espaço público, a crítica de Martins (2005) merece atenção, pois problematiza um dos aspectos deficitários do PSA apontados na discussão sobre o conteúdo, que são as realizações de ações voltadas para o empoderamento.

No termo de referência do PSA e no Decreto 19.187/02, que cria oficialmente o programa, as atribuições dos ASA estão bem definidas, e incluem ações voltadas para o meio físico-biológico (setores fauna, água e solo), e meio sócio-econômico (habitações sob risco), aspectos que aprofundaremos na análise de conteúdo do programa. (RECIFE, 2001; 2002a).

O processo seletivo para ASA deixava claro a amplitude das ações a serem executadas pelos mesmos em seu trabalho de campo.

O processo de formulação do PSA tem sido apontado até aqui como um processo participativo e fundamentado em dados, na literatura sobre o tema e na critica a formas anteriores de abordagem dos mesmos problemas. O entrevistado 18 considera que o processo de formulação do PSA foi etapa crucial para que o mesmo viesse a ser uma política pública.

> [...] o processo de elaboração, eu acho que foi a coisa mais difícil, mais sofisticada [...] sim, eu acho que esse processo de elaboração foi muito importante, não é? De construir teoricamente a proposta. De testar a aplicabilidade disso aí, de convencer a equipe de que essa era uma proposta importante [...]. (Informação verbal) [39]

O papel dos técnicos envolvidos com a formulação do PSA é considerado como crucial para o convencimento da importância do mesmo face à equipe da Secretaria de Saúde, tendo sido considerada etapa ‘sofisticada’, provavelmente reflexo da composição da equipe de gestores da Secretaria de Saúde, bem como pela composição da equipe diretamente envolvida com a elaboração técnica do PSA, que apresentamos no quadro 5.

[39] Entrevistado 18

NOME	FORMAÇÃO	FUNÇÃO
Tereza Maciel Lyra	Médica Sanitarista	Diretora de Vigilância em Saúde
Djalma Agripino de Melo Filho	Médico Epidemiologista	Assessor do Secretário de Saúde
João Alves do Nascimento Jr.	Médico Veterinário	Diretor Executivo do Centro de Vigilância Ambiental (CVA)
Ridelane da Veiga Acioli	Médica Veterinária com Especialização em Entomologia	Gerente da Divisão de Controle de Vetores do CVA
Maria José B. Guimarães	Médica Epidemiologista	Diretora Executiva de Epidemiologia
Denise Santos C. Oliveira	Médica Veterinária	Gerente do Departamento de Vigilância Epidemiológica
Ana Antunes Fonseca Lima	Médica Epidemiologista	Gerente da Divisão de Vigilância de Doenças de Notificação Compulsória
Osmar C. da Costa Lima	Médico Veterinário	Gerente do Departamento de Riscos Biológicos do CVA
José Carlos Cazumbá	Engenheiro Sanitarista	Gerente do Departamento de Riscos Não Biológicos do CVA

Quadro 5: Equipe de formulação do PSA em 2001
Fonte: Recife (2001)

O quadro anterior mostra uma composição multiprofissional da equipe, e que todos ocupavam funções chave no âmbito da gestão, em particular, na Diretoria de Vigilância à Saúde (DVS). Embora amplo e participativo, o processo de elaboração do PSA se deu a partir de gestores, mesmo que em diferentes níveis. Não identificamos nas falas, documentos, bem como na nossa experiência própria, a participação do Conselho de Saúde ou da comunidade durante o processo de elaboração.

A interação da equipe, e a determinação dos mesmos durante o processo de formulação da política são destacadas por um dos entrevistados que participou ativamente desse momento: “Eram muitas informações...uma carga! Nos primeiros dias a gente saia de meia-noite, uma hora da manhã” (Entrevistado 1), ou seja, dialogaram naquele momento as idéias e a determinação da equipe.

Outro entrevistado assim afirma:

> Para construir o PSA a gente precisou fazer mapas de risco. E aí, a gente teve que sentar na mesma mesa, e trocar figurinhas. Daquilo que a gente dominava, por exemplo, os casos de raiva [...] e trocar figurinhas com a epidemiologia [...], tinha que trocar informações com a vigilância sanitária... (Informação verbal)[40]

Nas palavras do mesmo, houve a necessidade de troca de conhecimentos, visando enriquecer o processo de formulação do PSA. De um lado, aqueles que dominavam aspectos específicos (animais sinantrópicos, casos de raiva animal, outras zoonoses), de outro, técnicos

[40] Entrevistado 3

que detinham o conhecimento epidemiológico, porém todos envolvidos com o foco único, de criação do programa.

Almeida Filho (1997) traça um complexo debate epistemológico, sobre as definições do que seriam multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade, metadisciplinaridade interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade. Entre as diferentes conceituações apresentadas, encontramos paralelo entre o que os entrevistados relatam em relação ao grupo que conjuntamente pensou e formulou o PSA, e o que Almeida Filho define como ‘pluridisciplinaridade’.

Um trabalho pluridisciplinar pressupõe a justaposição de diferentes disciplinas focadas em uma temática única, durante o qual se estabelecem relações entre esses, com objetivos comuns e com diferentes graus de cooperação entre as disciplinas (ALMEIDA FILHO, 1997). Assim, podemos considerar que durante a elaboração do PSA, os diferentes atores envolvidos tiveram ação pluridisciplinar, estando momentaneamente focados na temática de elaboração do novo programa, com também cooperando entre si.

No entanto, outro membro da equipe de elaboração refere-se à participação dos técnicos da Diretoria Executiva de Epidemiologia como insuficiente, em particular nos momentos posteriores à formulação do PSA, ou seja, pouco envolvimento no processo de implementação da política. Logo, embora tenha havido uma conformação pluridisciplinar durante a formulação do PSA, após a conclusão do mesmo, as equipes voltam a trabalhar de forma compartimentalizada, o que traz à tona a discussão entre os conflitos e interesses específicos, e a dificuldade em mudança nos processos de trabalho historicamente instituídos, o que remetem ao grande desafio epistemológico da transdisciplinaridade (ALMEIDA FILHO, 1997).

Uma política é afetada pelos participantes do seu processo de formulação e implementação. Assim, uma composição da equipe que envolvia diferentes saberes certamente afetou e determinou o formato proposto para o PSA, com seu conteúdo voltado para ações sobre o meio ambiente, riscos biológicos e riscos não biológico. Tal definição só foi possível pela participação de veterinários, entomologista, engenheiro sanitarista, dos epidemiologistas e sanitaristas (WALT, 2006).

A tomada de decisão não pode ser considerada uma etapa isolada do processo político. Na realidade, a tomada de decisão está diretamente relacionada com os processos prévios de definição de agenda e formulação da política. Também não é um processo técnico, é sim inerentemente político (HOWLETT; RAMESH, 2003).

São basicamente duas visões que buscam explicar quem possui poder para tomar decisão e exercer influência no processo político, a visão pluralista e a elitista (ARAÚJO Jr.; MACIEL FILHO, 2001; BARKER, 1996; PARSONS, 1999). É à luz desses modelos que buscaremos explicar o processo de tomada de decisões, relativos ao PSA.

O entrevistado 18 destaca elementos a serem considerados:

> [...] quando os técnicos vieram tratar desse assunto, numa visão de que era importante que a gente trabalhasse não apenas do ponto de vista da saúde individual ou diretamente das pessoas, ainda que coletivamente, mas que a gente pudesse trabalhar também as questões ambientais [...] e as repercussões que o ambiente pode gerar sobre as pessoas. [...] Então essa experiência valia a pena. Principalmente para uma cidade que tem muitos problemas relativos à questão de saneamento ambiental, a questão de doenças que poderiam ser evitadas, que a gente tivesse uma ação de prevenção nessa linha, não é? [...] Daí que eu conheci a idéia, eu achei uma coisa interessante, positiva, boa, e finalmente foi desenvolvido um programa que hoje é um modelo. (Informação verbal) [41]

O entrevistado 18 identifica que houve empenho e capacidade dos técnicos de convencimento de atores chave. O mesmo reconhece que, tendo sido convencido da importância do surgimento do PSA, apoiou a elaboração e conduziu o processo de negociação no âmbito da Prefeitura.

Um aspecto crucial do momento de elaboração do PSA, diz respeito às trocas constantes, entre a equipe mais envolvida com o processo de formulação do PSA e a equipe dirigente da Secretaria de Saúde, que tinha, nesses momentos, a oportunidade de participar ativamente, opinando, discutindo, sugerindo estratégias ou aprimoramentos, como exemplifica a fala do entrevistado 18, a seguir transcrita:

> [...] até porque, é, a gente tinha o processo, vamos dizer, de participação de todo mundo pra tomar as decisões mais importantes, não é? Então, apresentar um programa como esse que tinha um custo financeiro, que tinha um objetivo ambicioso, era algo que demandava, digamos, uma capacidade de convencimento dos que tinham elaborado essa proposta. (Informação verbal)[42]

Conforme a fala acima, mais uma vez a capacidade de convencimento da equipe de formulação do programa é destacada, e ampliada para o Núcleo Gestor da Secretaria de Saúde, composto além do Secretário e seu Adjunto, pelos Diretores de Nível Central, dos Distritos Sanitários e principais assessores.

---

[41] Entrevistado 18
[42] Entrevistado 18

Segundo o modelo de Kingdon, é durante o segundo fluxo que as alternativas são definidas. É durante o qual o consenso é construído através de um processo de convencimento e difusão das idéias (SOUZA, 2007). Tal parece ter sido o caso do PSA. A partir das entrevistas, evidencia-se a ocorrência de discussão de idéias entre técnicos e gestores, em diferentes níveis, sob a liderança do Secretario de Saúde em 2001, conforme atestam as falas anteriores.

Era durante as reuniões do Núcleo Gestor que havia a negociação de novas políticas e de expansão de programas já existentes, o que contribuiu para um processo mais democrático de tomada de decisões em relação ao PSA.

As falas anteriores remetem à discussão travada por Barker (1996). Para a autora, recursos, idéias e tecnologias são importantes no processo político. Entretanto, o modo como os mesmos são utilizados diz respeito à distribuição de poder.

Em relação ao PSA, o processo de formulação envolveu um contingente significativo de atores, e durante as entrevistas, ficou evidenciado que o processo de tomada de decisões foi sendo moldado durante toda a fase de construção da viabilidade política, período no qual, além de discussões constantes entre os membros do Núcleo Gestor da Secretaria de Saúde, o PSA foi apresentado ao Prefeito, aos demais Secretários e Presidentes de Empresas municipais.

No exemplo do PSA, a política parece ter sido desenvolvida com elementos prioritários da visão pluralista de tomada de decisões, na medida em que se buscou mecanismos de maturação da proposta entre diferentes atores, intra e mesmo extra setoriais. Bem como, embora em última instância a decisão tenha sido do Secretario e, sobretudo do Prefeito, houve um processo de decisão pactuada prévia, durante o qual os Diretores da Secretaria de Saúde e demais Secretários da Prefeitura opinaram e sugeriram novas idéias. O principal exemplo foi a participação da então Secretaria Tânia Bacelar, conforme atesta a fala abaixo:

> Professora Tânia Bacelar que era Secretária de Planejamento urbano da prefeitura do Recife, numa reunião eu acho de secretários, veio falar desse programa, e eu... é... ela chamou atenção sobre a importância desse programa, pela particularidade que ele tinha [...] o que significava esse programa e as potencialidades para a classificação ambiental da cidade. (Informação verbal)[43]

[43] Entrevistado 15

Autores como Howlett e Ramesh (2003) distinguem processos decisórios autoritários e não autoritários, além de classificarem as escolhas em negativa, positiva ou não decisão. No caso do PSA, o processo identificado aponta para uma tomada de decisão democrática, e não autoritária, bem como, claramente por uma decisão positiva em implementar o PSA no Recife.

Finalmente, discutiremos elementos referentes ao terceiro fluxo de Kingdon, ou fluxo da política, referente ao momento de negociação política, e no qual o contexto tem peso determinante.

c) O fluxo da política

O terceiro fluxo definido por Kingdon é o fluxo da política ou *politics stream* (EXWORTHY, 2008; KINGDON, 1995; VIANA, 1996).

É no fluxo da política que são construídas as coalizões em um processo de negociação política. Para Kingdon, são três os elementos que influenciam a agenda governamental: um momento de compartilhamento das idéias por diferentes atores; a ação de grupos políticos de pressão; e mudanças dentro do governo (CAPELLA, 2007; KINGDON, 1995).

Para o referido autor, o início de um novo governo é o momento mais propício para mudanças na agenda. O PSA é um exemplo da influência de uma nova gestão.

Consideramos que muitas das questões relativas ao terceiro fluxo de Kingdon, foram discutidas na análise do Contexto no Recife em 2001, bem como no tópico anterior. Portanto, aqui concentraremos as discussões sobre o que o autor denomina de janela de oportunidades, ou seja, a convergência dos fluxos do processo político.

Para Kingdon, os três fluxos seguem cursos relativamente independentes, que convergem em momentos crítico, ou ‘janelas de oportunidades’, transitórias, e que podem ou não ser captadas. Momento no qual, a ação dos ‘empreendedores políticos’ é fundamental (KINGDON, 1995).

Para Matus (1996), a oportunidade é fortuita, e seu aproveitamento tem quatro importantes limitações. A primeira diz respeito à dificuldade em predizer o surgimento de uma oportunidade. A segunda refere-se à capacidade de reagir com a velocidade necessária para aproveitamento da oportunidade surgida. Para Matus, a terceira dificuldade traduz-se na subjetividade intrínseca do que seja ‘oportunidade’. Por fim, a quarta dificuldade é relativa às

demais, na medida em que o surgimento de uma oportunidade é fugaz e imprevisível, e não raro os governantes estão desprovidos de capacidade e agilidade para aproveitá-la.

Para Kingdon, o surgimento de uma oportunidade também tem caráter transitório, e surge provocada por eventos programados ou não. Para o autor, a oportunidade de acesso de uma questão à agenda governamental não dura muito tempo, e cabe aos 'empreendedores políticos' identificá-la e aproveitá-la (HOWLETT; RAMESH, 2003; KINGDON, 1995).

Do mesmo modo que mudanças governamentais podem favorecer a abertura das 'janelas de oportunidades' mudanças contextuais podem igualmente, fechá-las (CAPELLA, 2007). As janelas de oportunidades não permanecem muito tempo abertas, e uma chance perdida pode significar a não implementação de uma política inovadora, daí a importância de gestores hábeis, que dominem o processo político e sejam detentores de poder.

O tempo é um recurso escasso que limita as possibilidades de ação. No entanto, em relação ao processo de formulação do PSA, as falas e documentos consultados apontam para a capacidade dos gestores em captar a oportunidade e utilizar o tempo do início da gestão para construírem coalizões, dentro e fora da Secretaria de Saúde, visando lançar o PSA (MATUS, 1996).

A fala do entrevistado 16 resume a compreensão de que o setor saúde tinha direção e iniciativa, e soube captar a oportunidade do início de uma gestão que tinha um discurso de democracia interna e externa (RECIFE, 2002b; BARRETO, 2004).

> Porque eu acho que ali tinha uma concepção definida, eu acho que o grande, a grande contribuição da Secretaria de Saúde é que você via que tinha uma concepção. Não sei se era própria do, da equipe saúde do Recife ou se já era uma concepção mais geral testada em outros lugares, não é? Mas eu acho que naquele momento, o que eu me lembro, vocês tinham uma concepção, tinham começo, meio e fim, não é? E sabiam, tinham objetivos claros. Então, articular com o que se tem consistência é mais fácil, porque você não vai articular com uma coisa que está fluida. Eu acho que naquele momento, que eu me lembre, sempre que vocês vinham para as reuniões que tinha nos fóruns onde o programa estava sendo discutido, que vocês precisavam interagir com os outros, do que eu me lembre, vocês sempre tinham, sabiam muito bem o que era o pedaço de vocês, tá entendendo? Qual era a concepção que vocês estavam defendendo, onde é que ela interagia com as outras secretarias...(Informação verbal)[44]

A fala anterior reconhece que houve competência por parte dos gestores da saúde em articular a proposta do programa no âmbito da prefeitura como um todo, agindo como empreendedores políticos, com clareza de idéias e propostas.

[44] Entrevistado 16

Certamente tal observação deixa entrevê um aspecto importante no que tange o setor saúde, o de que o acúmulo de discussões dos sanitaristas em relação ao SUS certamente favoreceu o processo local de maturação da proposta do PSA.

O que se apreende das falas anteriores, bem como da fonte documental, remete mais uma vez, à discussão sobre poder como categoria analítica importante.

Para Matus (1996) o poder é um conceito multidimensional. Para Lukes (1980, 2005) o poder é tridimensional. Discutir a categoria poder é essencial, polêmico e complexo (ERASMUS; GILSON, 2008). No entanto, aqui consideramos que a Secretaria de Saúde, através do seu Secretario de Saúde, acumulava poder suficiente para influenciar a agenda governamental da Prefeitura do Recife, em 2001.

Para Erasmus e Gilson (2008), em função da dinâmica da política pública, é importante observar que as fontes de poder estão também relacionadas ao contexto, e que não são propriedades ou posses de um dado ator. Atores podem ganhar ou perder poder em função de mudanças contextuais. Daí a grande importância em se identificar agilmente o surgimento da oportunidade, pois o poder existente para tornar fato uma política em dado momento, pode inexistir em um próximo momento. O poder, como afirma Matus (1996), é um recurso escasso.

Houve, a partir das falas apresentadas, a identificação da oportunidade pelos gestores da saúde, o que aliada ao poder que o Secretário de Saúde detinha na época da definição da agenda, formulação e decisão em implementar o PSA, permitiu que o programa fosse lançado pela Prefeitura do Recife em 13 de dezembro de 2001 (NOVOS..., 2001).

Três outros aspectos contribuíram para o processo de construção de coalizões e pactos voltados para implementação do PSA. O primeiro diz respeito à participação de outras Secretarias e Órgãos da Prefeitura do Recife. O segundo, a efetivação do PSA em Decreto municipal. Por fim, o contexto municipal de redefinição de prioridades e adoção de novas abordagens baseadas no território.

Em relação à participação de outras Secretarias ou Órgãos da Prefeitura, transcrevemos a fala abaixo:

> Aliás, o Programa ele foi montado, obviamente que a Secretaria de Saúde puxou, mais uma série de outras Secretarias participaram. Eu me lembro bem da participação forte da Secretaria de Saneamento, da própria Emlurb, da Secretaria de Serviços Públicos, da Secretaria de Planejamento... (Informação verbal)[45]

[45] Entrevistado 18

O entrevistado 18 aponta a participação ativa de outros atores durante o processo de elaboração, embora seja claro ao definir a liderança da Secretaria de Saúde. A participação de outros atores no âmbito da Prefeitura consolidou o princípio da intersetorialidade, na medida em que foram as discussões com as demais instâncias, em particular, a Secretara de Planejamento e Emlurb, que incluíram no escopo das ações dos ASA, o monitoramento de habitações sob risco e do destino dos resíduos sólidos (LYRA, 2003).

Em relação à capacidade de liderança do setor saúde para construção de pactos, ressaltamos a fala do Entrevistado 16, transcrita anteriormente.

No dia 16 de Fevereiro de 2002, foi publicado o Decreto 19.187, assinado pelo Prefeito do Recife, pelo Secretário de Assuntos Jurídicos e pelo Secretário de Saúde:

> Institui o Programa de Saúde Ambiental no âmbito do Recife, a ser executado pela Secretaria de Saúde, com a colaboração dos demais órgãos da municipalidade, especialmente a Emlurb, a Secretaria de Planejamento (Codecir e Dircon) e a Secretaria de Saneamento.

A publicação do Decreto 19.187/02 tem significativo efeito simbólico, pois torna o PSA de fato uma política municipal. Também declara o reconhecimento de que as ações, embora executadas prioritariamente pelo setor saúde, deveriam contar com a participação ativa de outras instâncias municipais (RECIFE 2002a).

Finalmente, um último aspecto importante em relação ao processo de formulação e definição de implementação do PSA diz respeito à definição da gestão municipal de enfrentamento dos problemas da cidade de forma territorializada.

O entrevistado 16 assim resume:

> [...] tinha o Orçamento Participativo, que eu acho que também teve influência. Porque o tratamento da alocação de recursos seria regionalizado por RPA[46]. Então, o conjunto de investimento da prefeitura ia sofrer um trabalho de regionalização, e, portanto de descentralização. Tinha a ver também com a abordagem do Programa, que seria bastante descentralizado, não e? [...] Eu acho que um contexto favorável, do OP. Tinha a ampliação do PSF, portanto um programa de atenção primaria. E tinha o Guarda-Chuva, que era um programa emergencial, digamos assim, mas que tinha o tratamento regionalizado e mobilizava o conjunto das pessoas da Prefeitura que trabalhavam junto com a população. Então, tinha todo esse contexto, que digamos assim, facilitou a concepção do Programa, não é? Interagia com

[46] Região Político Administrativa (RPA). O setor saúde refere-se a Distrito Sanitário, que tem uma divisão um pouco diferente das RPA em relação ao número de bairros. A divisão diferenciada do território da cidade é, dentre outros, um elemento que tem dificultado maior articulação de ações.

> varias coisas que estavam acontecendo naquele momento. (Informação verbal)[47]

A definição da Prefeitura do Recife em adotar o Orçamento Participativo (OP), prática já utilizada por outros municípios, e que tem na cidade de Porto Alegre seu principal expoente, é identificada como parte de um contexto mais amplo da cidade do Recife, naquele momento, em 2001 (FRANZESE; PODROTI, 2005).

Conforme Souza (2001), na administração do Recife, anteriormente a 2001, já existiam algumas iniciativas de participação das comunidades, porém apenas com o início da gestão capitaneada pelo PT na capital de Pernambuco é que se adota o modelo de OP nos moldes de Porto Alegre, calcado na participação para definição da aplicação orçamentária, conforme prioridades definidas de modo participativo.

No Plano Plurianual 2002/05, é afirmada a opção por uma gestão "radicalmente democrática apoiada na mobilização popular". Entre os macro-objetivos propostos para tal, encontra-se a implementação de "um modelo de gestão no qual o Orçamento Participativo seja instrumento central de planejamento das políticas públicas e de descentralização das ações do Governo" (RECIFE, 2002b, p. 2).

Não faz parte do escopo da presente tese discutir a prática do OP no Recife, durante a gestão iniciada em 2001. O que aqui destacamos é que o surgimento do PSA se dá no cerne de inovações gerenciais municipais, dentro e fora do setor saúde, estando em harmonia com os mesmos. Nesse sentido, a fala do entrevistado 16 é sintética e clara, apontando a coerência entre diferentes ações no âmbito da cidade do Recife. No entanto, certamente, se nos detivéssemos na análise das diferentes políticas citadas, iríamos encontrar um descompasso entre a teoria e a prática das mesmas, o que é verdadeiro em relação ao próprio PSA, como iremos aprofundar no tópico referente ao ano de 2002.

Para Bitoun (2005), o PSA está em consonância com o Plano Plurianual (PPA) intitulado 'Recife, cidade saudável' (RECIFE, 2002b). Ao adotar tal denominação, a prefeitura do Recife busca se aproximar das discussões sobre cidade saudável. No Plano Municipal de Saúde, 2002/2005, a Secretaria de Saúde reitera o objetivo de uma cidade saudável, e explicita:

> A Secretaria de Saúde com base nos seus compromissos políticos pretende organizar seu Modelo de Atenção à Saúde compatível com a construção de uma cidade saudável, entendendo-a como um conjunto de ações

[47] Entrevistado 16

> intersetoriais que nortearão as prioridades sociais da Prefeitura do Recife. Portanto, uma proposta que vai além de um modelo assistencial porque pretende reorganizar e transformar a prática de saúde para além da assistência, mas tendo como foco de sua ação própria a reorganização do sistema de saúde como eixo norteador, a integralidade das ações e a responsabilidade sanitária com os seus munícipes **(**RECIFE, 2002**).**

Segundo Akerman et al. (2002), o conceito de 'cidade saudável' está relacionado a um conjunto de políticas públicas voltadas para melhoria da qualidade de vida da população, e em harmonia com a estruturação de políticas intersetoriais, participativas e sustentáveis.

Uma política pública saudável deve pautar-se por um conjunto de abordagens complementares, incluindo mecanismos legislativos, fiscais, e, sobretudo, ações coordenadas entre si (BUSS, 2003). O conceito de cidade saudável está intimamente relacionado às discussões sobre Promoção da Saúde, que tem seu marco na Carta de Ottawa (BRASIL, 2003b; TEIXIEIRA, 2004).

A definição por adjetivar o PPA do Recife com o termo 'saudável', traz implícita a idéia de novos pactos de gestão, pois, como bem salienta Teixeira (2004), para implementação de políticas públicas saudáveis, é necessário antes de tudo, vontade e decisão política por parte dos dirigentes.

Portanto, o PSA como proposta de intervenção encontra-se em harmonia com a concepção de cidade preconizada para o Recife, e com os mecanismos propostos para sua efetivação.

É ainda importante lembrar, que documentos e conferências internacionais, a exemplo da Rio-92 e da Agenda 21, bem como as Conferências sobre Promoção da Saúde, exerceram influência no arcabouço teórico que norteou o PSA, fazendo com que o programa incorporasse uma temática atual, relacionando as questões da saúde e do ambiente (RECIFE, 2001).

Por fim, entrevistados que participaram do PSA em diferentes momentos expressaram o sentimento de 'orgulho'. A palavra foi referida por quatro entrevistados, todos participantes ativos, seja do processo de formulação do PSA, seja da gestão direta do mesmo: "[...] eu me orgulho. Em primeiro lugar, vou ser bem sincero. Eu tenho um orgulho grande de ter participado desse programa" (Informação verbal)[48] .

As falas dos entrevistados, exemplificada anteriormente, foram carregadas de emoção, e de sentimento de terem contribuído para o surgimento de uma proposta inovadora.

[48] Entrevistado 3

Para outros entrevistados, o PSA contribuiu para sua formação em saúde pública, o que nos faz concluir que, partindo da visão daqueles que participaram ativamente do processo de formulação ou gestão do PSA, o programa foi realmente algo inovador e aparentemente merecedor dos créditos a ele atribuídos, ao menos no que tange sua concepção inicial (ALBUQUERQUE; AUGUSTO, 2005; BITOUN, 2005; BEZERRA, 2008; MARTINS, 2005; NELSON, 2005).

6.3.4 **Considerações sobre o processo de elaboração do PSA**

Como apontamos anteriormente, a divisão em fluxos é uma tentativa de sistematizar e de apresentar cada etapa do ciclo político, e certamente, lacunas existiram e existirão. Como afirma Morin (2003a), a totalidade é a não verdade, pois não podemos escapar da incerteza, e não podemos nunca ter o saber total.

Ao adotar o modelo dos múltiplos fluxos de Kingdon, assumimos que o fazíamos como forma didática de apresentação dos resultados. Assim como o próprio autor do modelo, consideramos, e tentamos demonstrar na apresentação dos dados empíricos, que o processo político não é composto de estágios seqüenciais, ordenados. O processo político, do qual fazem parte a definição da agenda, a proposição de soluções e a definição pela adoção de uma delas, nem sempre se dá de forma seqüencial, nesse sentido, como já ressaltamos anteriormente, identificamos semelhanças interessantes entre os fluxos de Kingdon e os momentos de Matus (KINGDON, 1995; MATUS, 1989, 1996).

Para os dois autores o processo político não é seqüencial e estanque. Os fluxos ou momentos ocorrem com relativa independência, e não necessariamente em ordem seqüencial, ou seja, a política pública ocorre em um mundo real dinâmico, de conflitos e interesses.

Em sua critica ao planejamento tradicional, Matus fundamenta que os planejadores tradicionais centram sua atenção na disponibilidade de recursos para executar as operações, e não na eficácia direcional das mesmas. Com isso Matus não nega a importância do cálculo da viabilidade, inclusive econômica. O principal alerta do autor refere-se a compreender que os processos políticos ocorrem em um mundo dinâmico, e os objetivos estratégicos não raro têm que ser adaptados.

É durante o terceiro fluxo de Kingdon, o qual dialoga com o momento estratégico de Carlos Matus (1989, 1996), que os cálculos das viabilidades são efetuados.

Outro ponto de interseção entre os múltiplos fluxos de Kingdon e o PES de Matus diz respeito à oportunidade.

O sentido de oportunidade, para Matus é esgotável, havendo um lapso de tempo no qual pode ser aproveitado, tornando o tempo um recurso escasso. A escassez do tempo é, portanto, relativa e limitada para um dado ator. Para um governante, eleito para um mandato de quatro anos, o tempo de realização das ações propostas deve inserir-se nesse intervalo.

Para Matus (1996, p. 64): "O conceito de oportunidade significa ao menos duas coisas: que as condições são tão propícias como passageiras, sendo necessário aproveitá-las enquanto duram; as condições propícias são em parte criadas pelos atores sociais, com cadeias de eventos construtores de viabilidade". Conforme destaca o autor, não raro a oportunidade só é percebida quando deixou de existir, portanto, comumente nos referimos à oportunidade como algo passado.

John Kingdon (1995) também considera a oportunidade como fortuita, cabendo a gestores hábeis identificá-la. Para o mesmo, janelas de oportunidades abrem-se e fecham-se de modo um tanto imprevisível, daí a importância estratégica de 'empreendedores políticos', que agilmente captem a oportunidade e transforme-a em ação.

Matus (1996) considera raras as oportunidades aproveitadas, sendo o mais comum o desperdício do mais escasso dos recursos – o tempo. Para o autor entre as grandes limitações para o aproveitamento de oportunidades estão a limitação dos governantes em predizer o surgimento de oportunidades e a pouca capacidade em reagir às oportunidades criadas.

Para os entrevistados, em sua maioria, houve capacidade dos gestores em captar a oportunidade criada, a partir da identificação do problema, a proposição de alternativas e a construção de coalizões, favorecida tanto por fatores macro como micro-contextuais.

A partir do modelo adotado, identificamos que entre os meses de fevereiro de dezembro de 2001, o PSA vivenciou parte do seu ciclo político, tendo sido nesse período que os problemas de saúde relacionados ao meio ambiente foram pautados na agenda governamental, e que um grupo de técnicos formulou as idéias iniciais do programa. Foi o período durante o qual o programa foi negociado e teve seu conteúdo aprimorado com a participação do Núcleo Gestor da Secretaria de Saúde e outros atores externos ao setor saúde. Por fim, é ainda nesse período que se decide pelo lançamento do PSA (LYRA, 2003). Na figura 3, a seguir, buscamos resumir essas etapas, baseados no modelo de Kingdon.

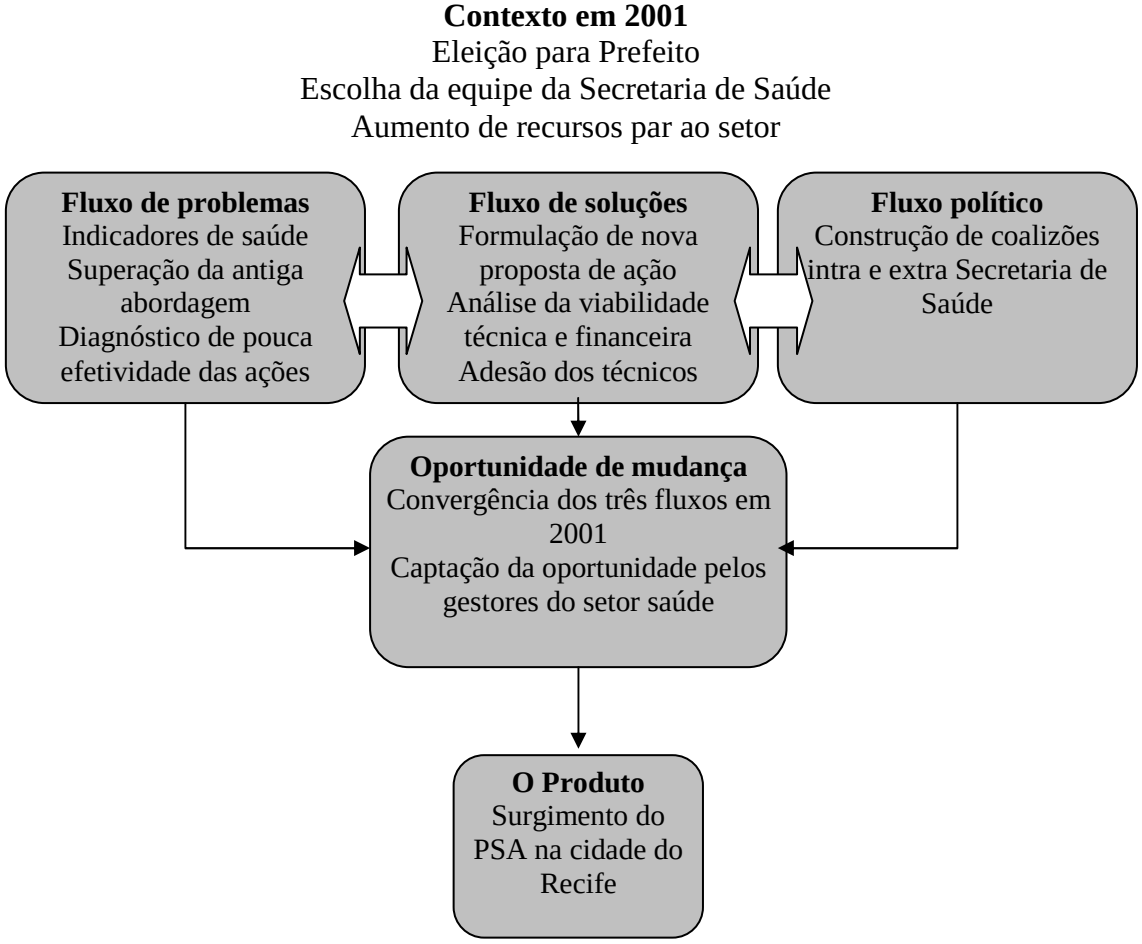


Figura 3: Programa de Saúde Ambiental, segundo o Modelo de Kingdon
Adaptado de: Capella (2007, p. 98).

A partir das entrevistas e documentos analisados, podemos considerar que o PSA foi uma iniciativa local inovadora, embora tenha enfrentado dificuldades no seu processo de implementação, como discutiremos posteriormente (NELSON, 2005; NELSON; BRIGAGAO; OLIVEIRA, 2004).

Podemos ainda, a partir dos dados apresentados, considerar o PSA uma política distributiva (ARAÚJO Jr.; MACIEL FILHO, 2001). Uma política distributiva é aquela que provém bens e serviços sem que haja desvantagem para algum grupo, e não importa em conflito ou perda para qualquer outro grupo social. Como o PSA foi definido como um programa universal, mesmo buscando incorporar o princípio da equidade, isso não implicou deslocamento de pessoal ou outro recurso entre setores sociais, portanto, não se identificou conflito, ou oposição no âmbito da população do Recife.

Um dos entrevistados, faz uma importante observação. O principal aspecto relacionado pelo entrevistado 15 diz respeito à herança do processo de trabalho da extinta

Superintendência de Campanhas (Sucan) e da Fundação Nacional de Saúde (Funasa). Tal aspecto irá refletir durante toda elaboração do PSA, pois mesmo buscando a superação de tal processo de trabalho, foram as intervenções sobre as endemias na forma em que eram desenvolvidas pelos órgãos citados que serviram de matriz condutora do processo de trabalho de campo do PSA. Tal aspecto reforça a dinâmica do processo político, e as contradições nas quais não raro estão envolvidos.

> [...] é... agora a saúde tinha a tradição de tratar o ambiente numa perspectiva bastante biologizante, que vem da tradição de muito tempo. E tinha esses, esses é... esse programas... bom, Sucan, Funasa, essa história toda. Da questão ambiental e parte disso, e havia a... quer dizer, o programa do PSA ele expressa por parte da saúde como um todo, a meu ver, uma ampliação do conceito de ambiente, não é? Tentando, portanto, modificar um pouco as práticas da vigilância ambiental. (Informação verbal)[49]

A partir da fala do entrevistado 15, poderíamos ser tentados a identificar o PSA como uma política desenvolvida com elementos de um processo incremental, conforme definido por Lindblom (SOUZA, 2006; 2007). Tal se daria na medida em que o surgimento do PSA se deu a partir da avaliação da insuficiência de outras abordagens, porém tem por base processos de trabalho que o próprio programa critica, no caso, o trabalho de campo focado nas endemias, conforme as instituições citadas (a antiga Sucan e a Funasa).

O incrementalismo considera que decisões do passado podem constranger decisões posteriores, limitando a capacidade dos governos em adotar novas políticas (SOUZA, 2006, 2007). Logo, a existência de abordagem dos problemas sócio ambientais, enfrentados de forma vertical e desarticulada, praticada pelas instituições citadas acima, influenciaram tanto a crítica na qual se baseia o PSA como a estruturação do Programa e de suas atividades.

Porém, o incrementalismo é insuficiente para explicar o surgimento do PSA com o modelo proposto, já que, nas palavras do mesmo entrevistado, houve uma ampliação do conceito de ambiente, que busca superar a abordagem das mesmas instituições nas quais busca inspiração para aspectos operacionais.

Poderíamos então, considerar que o PSA tem elementos de uma política racional, no sentido dado por seus pensadores, para os quais uma política é estruturada de forma racional na medida em que seus formuladores selecionam entre as alternativas colocadas, aquelas que mais se adequariam para solução dos problemas a serem enfrentados (BUSE; MAYS; WALT, 2007).

---

[49] Entrevistado 15

No entanto, consideramos que ambos os modelos são insuficientes para explicar o processo de formulação do PSA. O modelo racional, excessivamente idealista, e o modelo incremental, mais realista, porém conservador. Na realidade, consideramos que a formulação de uma política se dá em um ambiente complexo, no qual diferentes atores e processos interagem.

Como destacam Buse, Mays e Walt (2007) e Howlett e Ramesh (2003) modelos têm sido desenvolvidos que buscam caminhos que se diferenciem dos modelos anteriormente citados. Entre esses, mais recentemente, estudiosos da administração pública tem utilizado a teoria da complexidade para explicar o processo de tomada de decisões nas políticas públicas (KLIJN, 2008; TEISMAN; KLIJN, 2008).

Teisman e Klijn (2008) consideram como um dos aspectos da noção de complexidade, aplicada a administração e gestão pública, a importância dada ao contexto no qual os processos ocorrem. Para os autores, o pensamento complexo está mais voltado para perceber como um fenômeno se desenvolve e a sua dinâmica.

Embora não exista uma única visão sobre teoria da complexidade, todas compartilham a idéia de que não apenas a parte está no todo, mas o todo está nas partes (KLIJN; 2008), e como afirma Morin (2003a), não podemos escapar da incerteza, e nunca poderemos ter um saber total. Seria negar o caráter multidimensional de qualquer realidade.

Para Morin (2000) a causa age sobre o efeito e o efeito age sobre a causa, ou seja, os produtos e efeitos são também produtores e causadores daquilo que os produz. Portanto, consideramos que o pensamento complexo assim expresso, contribui para compreensão do processo de definição da agenda governamental, bem como a formulação e definição de implementação de uma política, conforme o modelo de Kingdon.

Também consideramos que o pensamento complexo está em harmonia com a ferramenta de análise de políticas públicas desenvolvida por Walt e Gilson (1994). As referidas autoras consideram a profunda interrelação entre o contexto, o processo em que se desenvolveu a política, o conteúdo da mesma e os atores envolvidos em todo o processo. No modelo referido os atores influenciam e são influenciados pelo contexto, que é por sua vez, carregado de imprevisibilidade, sofrendo influencias diversas. O processo de definição, elaboração e implementação de uma política é também influenciado (e também influencia) os demais elementos da política.

Portanto, assim como no modelo de Walt e Gilson (1994) o pensamento complexo considera a necessidade de superar uma explicação linear dos processos para adotar um tipo de explicação dinâmica, na qual se reconheça uma espiral, indo das partes para o todo e do

todo para as partes para tentar compreender um fenômeno (MORIN, 2003). É no entanto, importante ter claro que, “o problema da complexidade não é o da completude, mas o da incompletude do conhecimento” (MORIN, 2003, p. 176).

Ao assumir que *complexus* é o que está junto, tecido e entrecruzado para formar uma unidade, encontramos um grande paralelo com os processos que dão conta do ciclo da política, que se entrecruzam para formá-la, de modo contínuo e interrelacionado.

Ao tentarmos dar conta da definição da agenda, formulação e decisão de implementar o PSA, estamos assumindo, e os estratos das entrevistas corroboram, que o processo político não seguiu uma linearidade, estando relacionado ao contexto local da cidade do Recife em 2001, bem como aos atores envolvidos em cada uma das etapas discutidas.

Matus (1989) define o planejamento como a arte de governar. Planeja quem governa. Porém, como alerta Matus, o plano não se dá em um ambiente ideal. Há conflitos, interesses, recursos limitados, sejam eles humanos, econômicos, ou políticos. O ato de planejar ocorre em um ambiente com disputas de projetos e objetivos. Como adverte Matus, não somos os únicos a planejar. Assim procedem outros atores, inclusive, e, sobretudo, os oponentes, estes nem sempre explicitados ou imediatamente identificados, daí a necessidade do cálculo estratégico e da constante análise das viabilidades dos projetos em jogo.

Retornando à fala do entrevistado 15, a mesma é exemplar de como a dinâmica de um processo é influenciada e influencia outros processos, já que os atores envolvidos foram influenciados por processos prévios e também influenciaram o surgimento de uma nova abordagem, inovadora e mais abrangente, voltada para a promoção e melhoria da qualidade de vida da população da cidade. Tal ponto será na discussão sobre os aspectos relativos ao início do processo de implementação do PSA, ocorrido a partir de dezembro de 2001, pois a influência do processo de trabalho dos antigos agentes de endemias torna-se nesse momento, mais evidente.

6.4 OS ATORES E O PSA EM 2001

É o povo na arte, é a arte no povo[50]

6.4.1 **Introdução**

Seguindo o modelo de análise de políticas desenvolvido por Walt e Gilson (1994) buscaremos a análise dos atores envolvidos.

Para as autoras, tal análise é fundamental. Assim, também no modelo dos múltiplos fluxos de Kingdon, o papel dos atores é destacado. O referido autor denomina de 'empreendedores' de políticas aqueles que sabem captar a oportunidade, e que na realidade são os que interligam os fluxos. São esses atores que identificam os problemas, procuram solução e defendem as mesmas (BURGHA, VARVASOVSKY, 2000; CAPELLA, 2007).

Green (2000) ao analisar o processo de reforma do setor saúde na Tailândia, faz um paralelo entre as mudanças que de fato ocorreram e aquelas negligenciadas, ou não efetivadas, apontando o papel preponderante de diferentes atores, de um lado a burocracia do estado perdendo poder e de outro, os defensores dos interesses econômicos, comerciais e corporativos. O autor destaca a importância da análise dos atores envolvidos no processo político, com vistas à criação de viabilidades e aberturas de janelas de oportunidades para realização de mudanças concretas.

A análise dos atores envolvidos no processo político contribui para mapear suas posições em relação à política sob análise, buscando identificar seus interesses ou como cada um deles afeta os resultados do processo político (VARVASOVSKY; BRUGHA, 2000).

Araújo Jr. e Maciel Filho (2001) identificaram e utilizaram como base para a análise dos atores no seu estudo, o Momento Estratégico do Planejamento Estratégico Situacional, de Carlos Matus (1996) e o software denominado Policy maker, de autoria de Reich e Cooper (1996), (apud Araújo Jr. e Maciel Filho, 2001) e recomendam os seguintes passos a serem seguidos:

a) Identificar dos principais atores envolvidos na política;
b) Identificar a posição de cada ator em relação à política;
c) Descrever se o ator está ou não mobilizado, de acordo com a posição do mesmo;
d) Estabelecer as relações de poder de cada ator, em relação aos demais;
e) Analisar as possibilidades de alianças e coalizões;

[50] Trecho da Música Etnia, de Chico Science.

f) Analisar a viabilidade da política.

No exemplo estudado seguiremos os tópicos acima, sugerido por Araújo Jr. e Maciel Filho (2001).

Os atores identificados tiveram papel de destaque em todos os momentos do ciclo político. Portanto, no presente capítulo ressaltaremos tal achado. No capítulo referente ao ano de 2002, destacaremos apenas os novos atores que entraram em cena naquele momento, ou os que, mesmo tendo participado dos momentos anteriores, durante um momento crucial da implementação do PSA, apresentaram particularidades.

Ao final do tópico, apresentamos um quadro síntese dos principais atores identificados, seu envolvimento, a forma de participação, o interesse de cada um em relação ao PSA, a influência e poder dos mesmos e a posição em relação à política.

6.4.2 **Os atores setoriais**

No presente tópico, apresentaremos os principais achados referentes aos atores do setor saúde. Identificaremos os atores, e destacaremos sua participação.

a) A Diretoria de Vigilância à Saúde e seus técnicos

Um primeiro achado referente à identificação dos atores ressaltou o papel da Diretoria de Vigilância à Saúde (DVS) e dos seus técnicos. A fala do entrevistado 6 ressalta a DVS como condutora do processo técnico e político desde a definição da agenda até a implementação da política:

> Eu acho que as pessoas que pensaram no programa, e aí muito na pessoa da Diretora e da equipe da DVS, eu acho que aí foi o primeiro... são as pessoas mais responsáveis, puderam contribuir de uma forma, é... mais decisiva para implantação desse Programa [...]. (Informação verbal)[51]

[51] Entrevistado 6

A DVS é considerada um ator privilegiado no processo de definição da agenda, bem como durante a formulação e a implementação do PSA. O papel da Diretoria foi destacado em falas anteriores, que salientam a competência dos gestores e técnicos da DVS para construírem alianças e viabilidade no âmbito da Secretaria de Saúde, e mesmo fora dela.

Podemos então considerar que os gestores e técnicos da diretoria foram atores chave no processo de definição da agenda municipal, na formulação e implementação do PSA.

Para Howlett e Ramesh (2003) a estrutura administrativa, expressa pelos técnicos que a compõem, tem um peso determinante no processo político, sobretudo em nível setorial.

O papel dos técnicos está relacionado ao conhecimento específico que detêm. Assim, a composição do grupo técnico de elaboração do PSA, no qual diferentes saberes compartilharam o processo de formulação, contribuiu para que os mesmos fossem reconhecidos como atores determinantes do processo.

A fala do entrevistado 13 é um achado que corrobora tal aspecto, destacando a competência técnica e o compromisso dos mesmos: "[...] tinha um corpo técnico que podia, digamos assim, dar conta dessa demanda. Desse desafio, tanto da concepção como da operacionalização" (informação verbal)[52] .

Porém, o conhecimento técnico não teria sido suficiente para que o PSA fosse definido e elaborado. Foi necessária a conjunção de idéias, contexto setorial e municipal favoráveis. Portanto, se os atores referidos situam-se mais na esfera técnica, é importante destacar que foram respaldados pela política.

Podemos concluir que a posição dos gestores e técnicos da DVS era de apoio e de mobilização em torno da idéia do PSA. No momento da definição da agenda, formulação e mesmo implementação do programa, estavam mobilizados em torno do mesmo, desenvolvendo o trabalho em parceira, e buscando construir a viabilidade do mesmo, tanto através de pactos setoriais como extra setoriais.

[52] Entrevistado 13

e) Os demais gestores da Secretaria de Saúde

É importante destacar a gestão democrática que se adotou no âmbito da Secretaria de Saúde, através das reuniões do Núcleo Gestor, que permitiu a interlocução dos diferentes atores intra setorialmente, prática também expressa anteriormente.

Entre os atores setoriais, o Secretário de Saúde, Humberto Costa, seu Adjunto, Antonio Mendes e o Assessor Djalma Agripino, foram identificados como atores chave no processo político do PSA, porém a contribuição dos demais diretores foi também observada.

Os diferentes atores têm suas identidades como cidadãos, políticos, sanitaristas, ou outros, influenciando seu compromisso com o processo e decisão política, como destaca Frey (2000). Logo, um secretário de saúde que era um político, com projetos claros de candidatura posterior, porém com conhecimento técnico em saúde pública, contribuiu para a agilidade na definição da agenda, negociação do Programa no âmbito do governo municipal, e mesmo para a visibilidade inicial do PSA. Para isso, contava com o apoio determinante do Secretário Adjunto, que assumiu a função de coordenação técnica da equipe.

Em relação à participação destacada do então Secretário Adjunto, a fala do entrevistado 5 faz a seguinte consideração: "[...] e Antonio Mendes [...] como um elemento técnico da política, não é? Ele deu um conhecimento e foi uma pessoa muito importante, que é uma pessoa que tem conhecimento técnico e político" (Informação verbal)[53] .

Ou seja, o entrevistado 5 chama atenção para a importância estratégica de pessoas com conhecimento técnico, porém que pensam e agem politicamente, construindo alianças, parcerias e estratégias. Podemos considerar que pessoas com tal perfil são elementos estratégicos no processo de pactuação e construção da viabilidade política. Conjugando, conforme Matus (1996) capital intelectual e político.

Dentre os atores institucionais, o papel do Assessor Djalma Agripino foi ressaltado, conforme a fala do entrevistado 5: "[...] a equipe que trabalhou a vigilância da saúde, ela teve um papel fundamental, junto com a assessoria especifica de Djalma Agripino".

Djalma Agripino, médico e epidemiologista, foi ator considerado chave no processo de elaboração da proposta, tendo assumido a coordenação técnica da equipe de elaboração do programa. À diretora da DVS coube o papel de coordenadora política do processo, fazendo uma ponte mais permanente com o gabinete do Secretário. Os dois coordenadores foram os

[53] Entrevistado 5

principais interlocutores entre a equipe de formulação e o Núcleo Gestor da Secretaria de Saúde, na medida em que ambos tinham assento regular nas reuniões.

Em democracias consolidadas, o executivo tende a decidir através da ausculta a outros atores. No caso de prefeituras governadas pelo PT, o discurso adotado é o de democracia participativa nos processos decisórios (ABERS, 1996). No caso da Prefeitura do Recife, o programa de governo definia tal como eixo prioritário de ação (RECIFE, 2002b). Ao menos no que tange o setor saúde, essa prática foi adotada pelo Secretário, e reuniões semanais entre o gabinete, diretores e principais assessores tornaram-se rotina.

A participação dos demais diretores, tanto de Nível Central como dos Distritos Sanitários, durante as reuniões entre os gestores, foi um achado importante e explicitado por diferentes entrevistados:

> [...] eu acho que eu participei nos vários momentos, desde a concepção. Eu acho que participei de algumas reuniões importantes para conceber, o momento da discussão da territorialização, qual era o espaço melhor para territorialização e tal. Foi uma participação muito ativa, não é? Eu acho. E no processo de implantação também. Eu acho que, é... a gente cumpriu bem nossa tarefa, os gestores. (Informação verbal)[54]

O entrevistado acima assume seu papel protagonista do processo, na medida em que teve oportunidade de debater o conteúdo do PSA no âmbito do setor saúde. Para Howlett e Ramesh (2003), o fato dos fluxos da política serem influenciados por informações faz com que, deter conhecimento técnico seja uma prerrogativa essencial. No caso de uma equipe de sanitaristas, compartilhando espaço decisório, o conhecimento técnico foi ressaltado em diferentes momentos.

O principal aspecto a destacar em relação ao papel dos gestores setoriais e dos técnicos da DVS foi a harmonia entre os capitais intelectual e político dos mesmos (MATUS, 1996). Para Matus tal aspecto é determinante para a capacidade de gestão. Experiências conformadas a partir de capital intelectual sólido tendem a ser mais ricas. Assim, ao conjugar o saber técnico dos envolvidos e o capital político dos interlocutores diretos entre equipe de elaboração e a de gestão, foram construídos pactos e compromissos foram compartilhados, bem como o PSA passou a ser um programa não de uma diretoria, mas uma proposta do setor saúde para a gestão municipal.

Os principais atores identificados no âmbito setorial, além dos situados no âmbito da DVS, foram: o Secretário de Saúde, o Secretário Adjunto, os demais Diretores, tanto de Nível

[54] Entrevistado 13

Central como dos Distritos Sanitários, e o Assessor do Secretário. Todos identificados como em posição de apoio e mobilizados em torno da viabilidade técnica e política do programa.

O processo de definição da agenda, de formulação e decisão de implementar o PSA mostrou-se um processo bastante consensual, ao menos é o que se conclui a partir das entrevistas, bem como da nossa experiência pessoal durante todo processo descrito.

Provavelmente contribuiu para tal o fato de ser uma política que não envolvia aparentes conflitos, bem como por seu caráter inovador e por estar em consonância com as discussões travadas inclusive internacionalmente sobre a relação entre saúde e ambiente e promoção da saúde.

Pode-se considerar ainda que a DVS tinha legitimidade suficiente no âmbito da gestão setorial para pautar as questões de saúde relacionadas ao meio ambiente como política prioritária, e sobretudo, legitimidade junto ao Secretário de Saúde, fazendo com que o mesmo ampliasse o escopo das negociações do programa para além do setor saúde.

A seguir apresentaremos os principais achados em relação à participação de atores extra-setoriais.

6.4.3 **Os atores extra setoriais no âmbito da Prefeitura do Recife**

Reconhecendo o papel do executivo como instância decisória fundamental, o entrevistado 6 ressalta o papel do prefeito da cidade, que escutando o setor saúde, identificou a importância do PSA como política municipal. Não é demais afirmar que a ausculta do mesmo em relação ao PSA deveu-se à forte influencia do Secretário de Saúde e da Secretária de Planejamento no âmbito da equipe de governo. Ambos tendo identificado no PSA consonância com os princípios gerais do governo municipal: “[...] eu acho que o próprio Prefeito da cidade, na hora que acata, que acolhe a idéia da saúde [...]” (Informação verbal)[55] .

O Prefeito da cidade, portanto, foi um ator de destaque, que embora não tendo envolvimento direto no ciclo político do PSA em função de suas atribuições, atuou de forma indireta, demonstrando interesse no surgimento de uma nova política e apoiando a iniciativa.

[55] Entrevistado 6

Mais de um entrevistado reforçou o papel de outras Secretarias e Órgãos municipais no processo de formulação do PSA, embora reconheçam o setor saúde como protagonista e guia do processo de elaboração do PSA (RECIFE, 2001).

Portanto, entre os achados encontrados no presente estudo, está a construção de alianças entre o setor saúde e outras secretarias ou órgãos municipais. Em agosto de 2001, o Secretário de Saúde e sua equipe, ou mais especificamente a diretora da DVS e o coordenador técnico do programa, são chamados a apresentar a proposta do PSA aos demais secretários e ao prefeito da cidade. Assim, o papel do Secretário de Saúde em levar a proposta do PSA para o centro decisório de poder da Prefeitura, e a imediata adesão da Secretária de Planejamento, que tinha um olhar estratégico sobre a cidade e suas necessidades, criou condições especiais para que o PSA fosse identificado como política municipal prioritária.

A participação de destaque da Professora Tânia Bacelar foi um achado recorrente. A fala do entrevistado 14 ressalta a transdisciplinaridade da então Secretária de Planejamento, que 'vem da geografia, do planejamento urbano, da economia', ou seja, com um olhar privilegiado sobre o espaço urbano da cidade do Recife. Para o mesmo, esse 'olhar sobre a cidade[56]' permitiu que o PSA fosse percebido como política coerente com o PPA do Recife e em consonância com a almejada construção de uma cidade saudável (RECIFE, 2002b).

> [...] tinha uma Secretária quer era transdisciplinar, como Tânia Bacelar, não é? Da geografia, do planejamento urbano, da economia, etc. Então, eu acho que esse diálogo, eu acho que ela foi um ator importante, não e? Nessa consolidação inicial do Projeto. (Informação verbal)[57]

A identificação do papel da Secretária Tânia remete às discussões sobre intersetorialidade como proposta de ação, na medida em que partiu da mesma a correlação entre o PSA e o PPA do Recife, e as identidades entre as ações territorializadas e o projeto de cidade que se preconizava naquele momento.

A intersetorialidade depende essencialmente do grau de interlocução que se estabelece entre diferentes entes governamentais, e que perpassa um processo de decisão política e técnica (GALINDO, 2004). Portanto, a interlocução iniciada a partir da iniciativa do setor saúde e a adesão da Secretária de Planejamento foram fundamentais para o estabelecimento de alianças e pactos entre o setor saúde e demais integrantes do governo municipal.

---

[56] 'Um olhar sobre a cidade' foi um programa apresentado na Rádio Olinda pelo Arcebispo Emérito do Recife e Olinda, Dom Helder Câmara durante o ano de 1982.

[57] Entrevistado 14

A partir dos achados anteriores, podemos considerar que tanto o Secretário de Saúde como a Secretária de Planejamento do Recife detinham poder para influenciar o governo municipal. O Secretário pautando a discussão sobre o programa em uma reunião que contou com toda a equipe de governo, sobretudo o Prefeito e seu Vice, e a Secretária identificando correlações entre a proposta e as concepções mais abrangentes da gestão municipal, também influenciando os demais atores a compreenderem o PSA não apenas como política setorial, mais como política municipal.

Podemos considerar um achado relevante a identificação da Secretária Tânia Bacelar como ator privilegiado, que apoiou e se envolveu com o processo político do PSA, tendo demonstrado significativo interesse e importante influência no âmbito da gestão municipal.

Vale, porém o alerta de Howlett e Ramesh (2003). Se de um lado é fundamental que aqueles que coordenam e que sustentam as rotinas dos serviços tenham apoio político, é igualmente importante que tal apoio não se torne ingerência. Ao menos a partir das entrevistas, e em relação ao PSA, não foi identificada tal prática. Talvez por ser uma política com características distributivas, implicou baixo nível de conflito, ao menos no momento de sua formulação, bem como por carregar no seu nome um tema da atualidade, a relação da saúde com o ambiente onde se vive. Certamente contribuiu para a ausência de conflito expressa, a disponibilidade setorial de recursos para financiamento do programa (BRASIL, 1995; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2000a; YASSI ET et al., 2002).

Dentre os atores não setoriais citados durante as entrevistas, destacaram-se, ainda a Secretaria de Saneamento, a Empresa de Manutenção e Limpeza Urbana (Emlurb), vinculada a Secretaria de Serviços Públicos, a Comissão de Defesa Civil (Codecir), vinculada à Secretaria de Planejamento, como já destacado pelo entrevistado 18 em fala anterior.

A Emlurb, por se responsabilizar pela coleta dos resíduos sólidos na cidade, e a Codecir pela premência das suas ações, vislumbraram no PSA aliado estratégico para otimização das ações, apoiando e contribuindo com o processo de formulação do PSA, mesmo que pontualmente em relação às ações com as quais se relacionam.

Um dos entrevistados lembra como ator importante no processo de construção da viabilidade do PSA a Secretaria de Assuntos Jurídicos. Para que o PSA fosse lançado em 2001, foi necessário realizar uma seleção pública, capacitar e contratar os aprovados. Para tanto, a Secretaria de Assuntos Jurídicos precisou encontrar mecanismos legais que garantissem as contratações, sendo assim, ator chave na viabilização do programa.

> [...] e entre montar um arcabouço jurídico do que seria esse agente, a forma de contratação deles, a mobilização de toda prefeitura para fazer esses quase mil contratos, e que rapidamente fizeram. Isso foi engenharia, impossível de ser realizada só pela saúde. (Informação verbal)[58]

A fala do entrevistado ressalta mais uma vez o vetor de força positivo do setor saúde no âmbito do governo municipal em 2001, e o apoio da gestão à proposta..

Para o Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco (TCE), no entanto, o PSA apresentou fragilidade ao não consolidar tais alianças através de acordos de cooperação bem definidos (TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO, 2005). Para o TCE a ausência de documento legal entre o PSA e seus parceiros levaria a um comprometimento frágil e a mercê dos atores diretamente envolvidos em dado momento. Entretanto, embora o Decreto de criação do PSA seja claro ao definir que o PSA deverá ser desenvolvido em parceria com outros órgãos e secretarias municipais, parece ser um instrumento insuficiente para garantir tais ações.

Podemos considerar que o PSA foi pactuado através de uma estratégia de cooperação entre o setor saúde e outros parceiros municipais (MATUS, 1996). Como não havia disputas de interesse visíveis, ao menos no momento da formulação e decisão pela implementação do mesmo, e como a fonte de financiamento também se dava a partir de recursos setoriais, independentes de disputas por recursos no âmbito da Prefeitura como um todo, não foi identificado, a partir das falas, conflito de interesses entre as Secretarias que estiveram de alguma forma envolvidas com o processo de formulação do Programa. Os conflitos se tornaram mais evidentes após a implementação do PSA.

c) Outros atores externos à Prefeitura do Recife

A pesar de não ter se envolvido diretamente com o processo de formulação do PSA, o Ministério da Saúde (MS) não apresentou dificuldades para implementação do mesmo. A Secretaria de Saúde do Recife pôde utilizar parte considerável do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde (TFVS) para financiar as ações de campo ou compra de insumos do PSA. Cerca de 60% do valor gasto com as ações do PSA tinham a TFVS como fonte. Os demais 40% advinham de investimento municipal. Embora a forma adotada pelo PSA

[58] Entrevistado 10

diferisse do formato ministerial, não houve manifestação contrária à implementação do mesmo. O entrevistado 10 corrobora o achado de que, ao não criar obstáculos, o Ministério atuou com vetor nulo de forças.

> O Ministério da Saude, na medida em que não criou nenhuma dificuldade para que a gente adotasse um modelo diferente daquele que era adotado no combate a dengue e das endemias não e? Acho que foi importante. Transferindo os recursos [...] mesmo que a gente fizesse complementação importante [...]. (Informação verbal)[59]

Ao reconhecer o contexto de 2001, desencadeado pela eleição do PT e aliados à Prefeitura do Recife, podemos considerar que o PT (e demais partidos da coligação) deve ser considerado um ator que indiretamente contribuiu para o surgimento do PSA, na medida em que um candidato do PT ganhar as eleições em 2000 influenciou a definição da agenda governamental. Os entrevistados ressaltaram a importância de tal eleição para a cidade, como discutimos na apresentação do contexto que cercava a cidade em 2001.

Para Souza (2004), o PT tem sido reconhecido por incentivar políticas participativas, portanto, por incluir em sua plataforma de campanha a democratização dos processos, a implementação do Orçamento Participativo, a melhoria das condições de saneamento da cidade, entre outras ações. Assim podemos considerar que o PT atuou indiretamente como facilitador do processo de definição pelo enfrentamento das questões de saúde relacionadas aos riscos ambientais (LYNE, 2005).

Os partidos políticos nem sempre exercem influência direta sobre a formulação de políticas, entretanto, é admissível que atores envolvidos no processo político sejam influenciados por sua filiação ou simpatia partidária. Porém a principal influência dos partidos políticos, localiza-se na esfera macro política, em função do processo eleitoral que determina escolhas (HOWLETT; RAMESH, 2003). O caso da cidade do Recife em 2001 é um bom exemplo. É importante destacar que tanto o Secretário de Saúde como vários membros da equipe de Diretores, tinham assumidamente filiação partidária. Porém, no caso do PSA podemos considerar que a força política do setor saúde, e capacidade técnica dos mesmos em argumentar a favor da nova proposta, pesaram mais do que qualquer filiação partidária.

[59] Entrevistado 10

6.4.4 **Considerações sobre os atores em 2001**

No presente tópico foram identificados os principais atores envolvidos com o processo de definição da agenda, elaboração e decisão pela implementação do PSA. Foi um momento no qual não se identificou vetores de força oponentes ao PSA. Pelo contrário, foi um momento permeado de construção de coalizões e de viabilidade do programa. É muito provável que a ausência de conflito esteja relacionada ao contexto em 2001, na medida em que havia o interesse coletivo de gerar fatos positivos para a cidade como um todo. Assim, um programa que tinha em seu nome o ambiente como foco se coadunava com as propostas mais gerais da gestão municipal.

Matus (1996) chama atenção para a necessidade do cálculo de viabilidade de dada política. Para o mesmo, os atores envolvidos devem responder a questões fundamentais, que incluem a identificação da viabilidade política, econômica, institucional e organizacional.

Neste sentido, podemos considerar que os atores envolvidos com o PSA buscaram a construção das viabilidades explicitadas. Foi identificada durante o processo de elaboração do PSA a fonte de recurso que permitia a implementação do programa. Foi construída a viabilidade política através dos pactos intra e extra setoriais, conquistando apoio de secretários de outras pastas, e particularmente do Prefeito do Recife, acerca da relevância do PSA.

Finalmente, em relação à viabilidade institucional, durante todo o processo de formulação do PSA foi sendo avaliada a capacidade da Diretoria de Vigilância em Saúde em coordenar o Programa, e a competência e capacidade dos Distritos Sanitários em operar e gerir o PSA, com as especificidades que cada Distrito demandasse.

Para Matus (1996), um gestor estratégico deve permanentemente fazer o cálculo entre o possível e o desejado, entre o deve ser, a ser perseguido, e o pode ser momentâneo. A dinâmica dos processos políticos fazem com que o equilíbrio entre o deve ser e pode ser seja influenciado por fatores contextuais sobre os quais, nem sempre, os governantes não têm controle.

A viabilidade do PSA, em 2001, era elevada. O Programa contava com o apoio total do Secretario de Saúde e de sua equipe, não sendo apenas um Programa da DVS. Também, em função dos seus objetivos, angariou apoio da Secretária de Planejamento que vislumbrou no PSA aspectos em comum com o PPA do Recife, denominado ‘Cidade Saudável’. Outros

órgãos municipais também demonstraram apoio ao desenvolvimento do programa, e o Prefeito apoiou o lançamento do PSA, ainda em dezembro de 2001.

Ao discutir a análise de viabilidade de um programa, Matus (1996) refere-se à identificação do poder acumulado pelos diferentes atores envolvidos, cálculo esse dinâmico, pois as relações de poder mudam. Alguns acumulam poder, outros perdem. Daí a importância do cálculo estratégico e do papel de gestores ágeis que identifiquem oportunidades que se apresentam.

No caso especifico sob estudo, identificamos que o Secretário de Saúde acumulava poder, e nas palavras de Carlos Matus: “pode quem tem poder” (MATUS, 1996, p. 440). Assim, naquele ano de 2001, foram iniciados processos que deram visibilidade ao setor saúde durante o primeiro mandato de João Paulo, pois além do PSA, foram lançados os Programa Academia da Cidade, o SAMU, e iniciadas ações da política de saúde mental, entre outros (RECIFE, 2004a).

Indiscutivelmente, o Prefeito João Paulo, também acumulava muito poder. Primeiro prefeito do PT no Recife, com forte carisma pessoal, o mesmo montou uma equipe que se destacava por sua respeitabilidade e competência, casos por exemplo, da Professora Tânia Bacelar (Planejamento), Professora Edla Soares (Educação), Mauríco Rands (Assuntos Jurídicos), Roberto Peixe (Cultura), Antonio Miranda (Saneamento) ou Cândido Pinto (Empresa de Informática), entre outros, todos nomes influentes nas suas respectivas áreas e reconhecidos além delas (ALVES, 2008; JOÃO PAULO E HUMBERTO..., 2001).

Portanto, no momento de sua formulação o PSA era viável e foi implantado a partir de dezembro de 2001(NOVOS..., 2001).

O quadro 6 sintetiza os principais achados relativos aos atores envolvidos no processo que vai da definição da agenda à decisão pela implementação do PSA, seu grau de envolvimento, forma de participação, interesse, influência e posição em relação ao programa.

Atores	Características				
	Envolvimento	**Forma de participação**	**Interesse**	**Influencia/ Poder**	**Posição**
Prefeito	Limitado	Indireta	Elevado	Elevado	Apoio político
Secretário de Saúde	Elevado	Direta	Elevado	Elevado (Setorial e Prefeitura)	Apoio político e técnico. Construção de coalizões.
Secretário Adjunto	Elevado	Direta	Elevado	Elevado (Setorial)	Apoio político e discussões técnicas com a equipe
Secretária de Planejamento	Significativo	Direta	Elevado	Elevado (Prefeitura)	Apoio político. Identificação do PSA com o PPAdo Recife
Secretaria de Saneamento	Limitado	Direta pontual	Regular	Significativo (Prefeitura)	Apoio técnico em áreas específicas
Secretaria de Assuntos Jurídicos	Específico	Direta pontual	Regular	Elevado (Prefeitura)	Apoio jurídico para contratação dos ASA
DVS	Elevado	Direta	Elevado	Elevado (Setorial)	Apoio técnico e político
Assessor do Secretario de Saúde	Elevado	Direta	Elevado	Elevado (Setorial)	Apoio técnico na elaboração do PSA
CVA	Elevado	Direta	Elevado	Elevado (Diretoria)	Apoio técnico na elaboração do PSA
Diretoria Executiva de Epidemiologia	Significativo (momento da elaboração)	Direta (momento da elaboração)	Significativo (momento da elaboração)	Elevado (Diretoria)	Apoio técnico na elaboração do PSA
Emlurb	Significativo (construção de viabilidade)	Direta pontual	Regular a elevado	Significativo (Prefeitura)	Apoio técnico em áreas específicas
Codecir	Significativo (construção de viabilidade e definição de ações)	Direta pontual	Elevado	Significativo (Prefeitura)	Apoio técnico em áreas específicas
Diretores de Distritos Sanitários	Significativo / elevado (Reuniões do Núcleo Gestor)	Direta	Elevado	Elevado (âmbito setorial)	Apoio técnico e político
Ministério da Saúde	Não houve	Não houve	Não houve	Elevado	Não mostrou maiores interesses pelo PSA. Não criou dificuldades
PT	Não houve	Indireta	Indireto	Relativo	Indiferente e indireta

Quadro 6: Características dos Atores envolvidos na formulação do PSA em 2001
Adaptado de: Varvasovszky; Brugha (2000, p. 342).

6.5 CONTEÚDO DO PROGRAMA DE SAÚDE AMBIENTAL – 2001

E traz com seu pessoal seu estandarte tão original[60]

6.5.1 **Introdução**

O conteúdo é o corpo de uma política, expresso a partir dos seus componentes, tais como: objetivos, metas, projetos e atividades previstas (ARAÚJO JR, 2000; ARAÚJO JR.; MACIEL FILHO, 2001). Portanto, no presente tópico será apresentado a partir das entrevistas e dos documentos analisados, o corpo do PSA, seus objetivos, sua estrutura programática, e, sobretudo, os seus princípios.

As entrevistas apontaram basicamente três grandes eixos. Primeiro, os documentos que fundamentaram o PSA, segundo, a relação do Programa com os princípios do SUS, e por fim, a inter-relação do PSA com os princípios da Promoção da saúde. Portanto, os resultados serão aqui apresentados seguindo essa conformação, sempre a partir do diálogo das entrevistas com os documentos e referências consultados.

6.5.2 **Apresentando o Programa de Saúde Ambiental**

No presente tópico apresentamos o PSA tal como consta nos documentos oficiais do programa (RECIFE, 2001, 2002a, 2004a). Em seguida, tal conteúdo propositivo será discutido tendo por base as entrevistas realizadas e os documentos consultados, à luz dos princípios do SUS e da promoção da saúde.

O PSA tem por objetivo geral:

> Implantar uma política guiada pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade, que envolva o planejamento, a execução e a avaliação de serviços e ações dirigidas ao meio ambiente com o propósito de promover e proteger a saúde da população do Recife, a partir da identificação, eliminação e/ou redução das situações ou dos fatores de risco associados à ocorrência de doenças e agravos (RECIFE, 2001).

[60] Trecho da música: Madeira que cupim não rói, de Capiba.

Como objetivos específicos o programa se propõe a executar ações de vigilância epidemiológica, de controle, de educação em saúde e de informação em saúde dirigidas aos meios (RECIFE, 2001; 2003b):

a) Físico-biológico – setor fauna, voltado para reduzir a incidência de vetores, zoonoses e acidentes provocados por animais sinantrópicos e peçonhentos;
b) Físico-biológico – setor água, voltado para reduzir a incidência de doenças de veiculação hídrica; monitoramento da qualidade da água de consumo humano; prevenir riscos relacionados à destinação inadequada de águas residuais e esgoto sanitário;
c) Físico-biológico – setor solo, voltado para prevenir, eliminar e/ou minimizar riscos provenientes do acondicionamento, coleta e destinação dos resíduos sólidos;
d) Social – moradia, para contribuir para identificação de habitações sob risco de desastres.

Para atender aos objetivos propostos, o PSA se estruturou em torno de critérios de risco. Utilizando os critérios de produtividade, vulnerabilidade e receptividade (SCHENEIDER et al., 1987), a equipe técnica definiu três estratos de risco para os bairros da cidade do Recife. São eles: Risco Alto, Médio e Baixo (RECIFE, 2001).

Uma área produtiva é aquela que apresenta transmissão ativa de doenças infecciosas e parasitárias, e foi mensurada a partir dos indicadores de incidência e prevalência dos agravos determinados. No caso do PSA, foram elencados como indicadores de produtividade (RECIFE, 2001, 2003b):

- Doenças de veiculação hídrica - o número de casos de cólera entre 1998 e 2000;
- Zoonoses - o número de casos de leptospirose, no mesmo período, e o número de casos de raiva animal entre 1999 e abril de 2000;
- Doenças transmitidas por vetores - taxa de detecção de dengue (1988-2000) e prevalência de filariose (1999-2000).

Por área vulnerável entende-se aquela não produtiva, porém com grande probabilidade de ser introduzido um caso de doença transmissível. A vulnerabilidade foi identificada a partir da vizinhança entre bairros produtivos.

O critério de receptividade representa a probabilidade de uma doença produzir novos casos após sua introdução numa área (RECIFE, 2001; SCHENEIDER et al., 1987). No caso do Recife, para mensurar a receptividade de uma área utilizou-se o ‘Mapa de Condição de

Vida', elaborado por Guimarães (GUIMARÃES, 1998). Para definição do Indicador Sintético de Condição de Vida, Guimarães (1998), utilizou dados do censo nacional de 1991, referentes à habitação, educação e renda.

Para inclusão de um bairro como de Risco Alto foram considerados os bairros que apresentassem ao menos um dos seguintes critérios (RECIFE, 2001):

a) Pertencentes ao estrato IV de baixa condição de vida (GUIMARAES, 1998);
b) Com ocorrência de 2 ou mais caso de raiva animal (jan. 1999-abr. 2001);
c) Com ocorrência de 15 casos ou mais de cólera (1998-2000);
d) Com setores censitários com alta prevalência para filariose (10% ou mais – OMS);
e) Com taxas de detecção para dengue maior que 982 casos/100.000 habitantes (1998-2000);
f) Com número de casos de leptospirose igual ou maior que 9 (1998-2000).

Para inclusão como bairro de Médio Risco, foram adotados os seguintes critérios, desde que já não tivessem sido incluídos por qualquer outro critério como de Risco Alto:

g) Pertencentes ao estrato III de condições de vida (GUIMARAES, 1998);
h) Com ocorrência de 1 caso de raiva animal (jan. 1999-abr. 2001);
i) Com ocorrência de menos de 15 casos de cólera (1998-2000);
j) Com setores censitários com média prevalência para filariose (5% - 9% – OMS);
k) Com taxas de detecção para dengue entre que 493 casos / 100.000 habitantes (1998-2000);
l) Com número de casos de leptospirose entre 3 e 8 (1998-2000).

Por fim, aqueles bairros que não se enquadraram nem na Área de Risco Alta nem de Risco Médio foram definidos como Área de Risco Baixo, conforme demonstra o quadro 7.

Distrito Sanitário	**Áreas de Risco - Bairros**						**Total**	
	Ato		**Médio**		**Baixo**			
	No	%	No	%	No	%	No	%
I	5	45,5	3	27,3	3	27,3	11	100,0
II	5	27,8	7	38,9	6	33,3	18	100,0
III	11	37,9	5	17,2	13	44,8	29	100,0
IV	4	33,3	6	50,0	2	16,7	12	100,0
V	8	50,0	7	43,7	1	6,3	16	100,0
VI	5	62,5	3	37,5	-	-	8	100,0
Total	38	40,4	31	32,9	25	26,6	94	100,0

Quadro 7: Número de proporção de bairros segundo Áreas de Risco e Distritos Sanitários.
Fonte: Recife (2001)

Para operacionalizar o PSA, os Agentes de Saúde Ambiental, ou ASA, são os principais atores. A eles cabe a realização das ações previstas pelo programa, em rotinas diárias, e com metas relacionadas à área de risco na qual se insere[61], porém dois outros atores compõem a esfera operacional do PSA. São eles os Agentes Operacionais de Apoio (AOA), e os Supervisores (RECIFE, 2001).

Os AOA realizam ações para as quais os ASA não estão habilitados, seja por necessitarem de equipes de maior porte, como por exemplo, para desratização, seja por necessitar de manejo de produtos perigosos, e portanto de treinamento específico e uso de equipamentos de proteção individual, impossíveis de serem disponibilizados adequadamente para mais de 700 ASA.

Os Supervisores têm por função a supervisão de um conjunto de ASA (em média cada Supervisor deve ter sob sua responsabilidade entre 12 a 15 ASA), e são ainda o elo entre os ASA, os AOA, os Distritos Sanitários e as demais Secretarias ou órgãos públicos.

A partir da apresentação do programa, podemos observar que o mesmo se identifica como política que recupera os princípios e diretrizes do SUS, e se preconiza promotora de saúde, prevendo para tal, a realização de ações abrangentes e complexas. Portanto, é a partir do reconhecimento do diálogo entre os princípios do SUS e da promoção da saúde e o PSA que nortearemos as discussões seguintes sobre o conteúdo propositivo do programa.

6.5.3 **Ambiente - atualidade do termo, influências recebidas**

No dia 13 de dezembro de 2001 foi oficialmente lançado o PSA. O lançamento foi realizado no Sítio da Trindade, no Recife, e contou com a presença do Prefeito, do Secretário de Saúde, e dos principais membros da sua equipe (NOVOS..., 2001).

O local escolhido é repleto de significado histórico para a cidade do Recife, pois representou espaço importante no período da invasão holandesa (VAINSENCHER, 2008).

Ao anunciar o lançamento do Programa, o Jornal do Commercio destacava: “A Secretaria de Saúde do Recife lançou ontem, no Sítio da Trindade, em Casa Amarela, o Programa de Saúde Ambiental. O projeto, inédito no País, visa prevenir as agressões ao meio

[61] Metas por áreas de risco: Risco Alto, em média 13 imóveis/dias, ou 520 visitas a cada 40 dias úteis; Risco Médio, 17 imóveis/dia, ou 680 visitas (40 dias úteis) e Baixo Risco em média 20 imóveis/dia, ou 800 imóveis em 40 dias úteis

ambiente que interferem na saúde da população da cidade", reconhecendo assim, o pioneirismo e o ineditismo do PSA (NOVOS..., 2001).

O PSA foi elaborado entre os meses de fevereiro e agosto de 2001. Em setembro, o Ministério da Saúde publica a Instrução Normativa Nº. 1, que regulamentava a Portaria do Mistério Saúde de 15 de dezembro de 1999. Na Instrução Normativa define-se o Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde como:

> [...] o conjunto de ações e serviços prestados por órgãos e entidades públicas e privadas relativos a vigilância ambiental em saúde, visando o conhecimento e a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de recomendar a adotar medidas de prevenção e controle dos fatores de risco relacionados às doenças e outros agravos à saúde, em especial: vetores; reservatórios e hospedeiros; animais peçonhentos; água para consumo humano; ar; solo; contaminantes ambientais; desastres naturais e acidentes com produtos perigosos.
> **Instrução Normativa N. 1, de 12 de setembro de 2001 (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002).**

Tal foi a definição de vigilância ambiental adotada pelo PSA, que no seu documento base reconhece que ao considerar tal conceito, a "gestão municipal de saúde do Recife decidiu enfrentar os problemas de saúde ambiental de forma criativa e inovadora" (RECIFE, 2001, 2003a; LYRA et al., 2004).

Para Melo Filho e Lyra (2004), a escolha do nome Saúde Ambiental deveu-se basicamente aos pilares aos quais se vincula o PSA: o ideário do SUS, a Agenda 21 e Documentos da Organização Pan-Americana de Saúde. Os autores também chamam atenção para a semelhança entre a definição acima apresentada e a concepção de vigilância epidemiológica encontrada na Lei 8.080, ou LOS, de 1990 **(**CARVALHO; SANTOS, 2001).

As ações de vigilância epidemiológica estão entre as competências exclusivas do SUS, não sendo demais afirmar que estão entre as verdadeiras ações universais do SUS (CARVALHO; SANTOS, 2001).

A atualidade do tema ambiental foi um dos achados recorrentes das entrevistas:

> [...] eu acho que o PSA... ele é um programa que é todo. [...] todo o discurso sobre a questão ambiental no mundo, seja conferências sobre meio ambiente, seja conferências de promoção, todas elas. Elas caminham no sentido do que o Programa de Saúde Ambiental é, e faz. (informação verbal)[62]

[62] Entrevistado 14

A influência de tais Conferências na concepção e conteúdo do PSA será explorada posteriormente. Entretanto, é importante ressaltar que, para o geógrafo brasileiro, Milton Santos:

> Uma indispensável premissa de base é que não existe meio ambiente diferente de meio. [...] O que hoje se chamam agravos ao meio ambiente, na realidade, não são outra coisa senão agravos ao meio de vida do homem, isto é, ao meio visto em sua integralidade. (SANTOS, 2006, p. 1)

O renomado geógrafo chama atenção para o reducionismo em que podemos incorrer, com uma visão puramente tópica de um problema complexo, na medida em que não se pode dissociar o destino do local onde o homem habita do próprio destino humano (SANTOS, 2006). A discussão levantada por Milton Santos é de grande riqueza epistêmica, e foca, sobretudo, em alguns movimentos ambientalistas que dissociam o homem das agressões ambientais.

O programa, ao assumir no nome o termo 'Ambiental', reconhece a profunda interação da população com o meio em que vive, estando em harmonia com as definições do Artigo 196 da Constituição Nacional que identifica a saúde como um direito e que considera que não só medidas assistências, mas também outras de caráter sócio-econômico são necessárias para sua obtenção (RECIFE, 2001; NELSON, 2005; BRASIL, 2004).

Durante o processo de elaboração do PSA, para definição das ações do programa, foram identificados como documentos base, o Programa Marco da Atenção ao Meio Ambiente, a Agenda 21 e a Atenção Primária Ambiental, com destaque para os dois primeiros (ALBUQUERQUE; AUGUSTO, 2005; BRASIL, 1995; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2000, 2000a).

A fala do entrevistado 1, a seguir, destaca a influência do Programa Marco da Atenção ao Meio Ambiente, da OPAS, para conformação do PSA:

> Então assim, do ponto de vista teórico foi muito interessante você ir beber da fonte daqueles documentos que estavam proposto [...]. Naquele momento, eu acho que um movimento base foi aquele documento, como é o nome... o 'Programa Marco da Atenção Ambiental' da OPAS[63] que fundamentou muito. O diferencial foi o documento da OPAS. [...] Eu acho que aquilo fundamentou muito. Até porque foi a partir daqueles conceitos que se foi incorporando, os conceitos que estavam naquele documento que a gente saiu pensando... É... inclusive termos que a gente não usava [...] é? Ah, sim, tem a questão do SUS, a equidade, isso ai norteando a saúde há um bom tempo. Mas o diferencial foi o documento da OPAS. (Informação verbal)[64]

[63] Refere-se ao livro intitulado: Programa Marco de Atenção ao Meio Ambiente, da Organização Pan-Americana de Saúde (Organização Pan-Americana de Saúde, 2002a).
[64] Entrevistado 1

O Programa Marco foi um documento chave para o PSA, tendo contribuído para a definição da estrutura programática e para o foco das ações voltadas para riscos biológicos e não biológicos. Além disso, a concepção de saúde ambiental adotada pelo PSA deve muito ao documento da OPAS (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2002a). O Programa Marco reconhece:

> [...] a relevância da saúde ambiental, para além das estreitas margens dentro das quais estava restrita, cabe também aceitar que é um campo de intervenção essencialmente intersetorial, uma vez que se encarrega de todos os componentes do ambiente humano. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2000a)

Em diferentes momentos, e apresentações em fóruns ou congressos, essa conceituação tem sido adotada pelo PSA (RECIFE, 2003; LYRA et al., 2004).

O reconhecimento da concepção ambiental de forma ampla teve implicações significativas nas definições da estrutura do PSA e para definição das ações preconizadas pelo mesmo. Aponta uma concepção de ambiente que supera a preocupação de Augusto (2003) e Santos (2006), na medida em que, ao identificar relação entre saúde e ambiente além das margens estreitas tradicionais (esgoto, água), ressalta a necessidade de enfrentamento dos desafios de forma articulada, e não restrita setorialmente.

Para Franco Netto e Carneiro (2002) o desenvolvimento por que passou e passam as sociedades tem fortes repercussões no meio ambiente, com conseqüente impacto na saúde da população. As características de desenvolvimento da cidade do Recife tiveram fortes conseqüências sócio-ambientais, fazendo com que o termo ‘ambiental’ como adotado pelo PSA seja pertinente e reconheça as implicações que as agressões ao meio têm sobre a vida das populações.

Outro achado relativo aos documentos que influenciaram o programa refere-se à Agenda 21, que afirma que: “Os vínculos existentes entre saúde e melhorias ambientais e socioeconômicas exigem esforços intersetoriais” (BRASIL, 1995, p. 51), reiterando o estreito vínculo entre saúde, ambiente e condições de vida, bem como a necessidade de articular ações.

Os documentos do PSA, em diferentes ocasiões, dialogam com o conteúdo da Agenda 21, reafirmando o reconhecimento da vinculação entre saúde e meio ambiente, e a necessidade de articulações intersetoriais para enfrentá-los (BRASIL, 1995; RECIFE, 2001; 2003a; 2003b; LYRA et al., 2004; ALBUQUERQUE; AUGUSTO, 2005).

Franco Netto e Carneiro (2002) chamam atenção para o fato da vigilância em saúde ambiental atuar no espaço geográfico que comporta materialidade. Para Bitoun (2005), o PSA enfoca prioritariamente os aspectos físico-territoriais do espaço urbano e os riscos à saúde decorrentes das características desse espaço, em função de situações precárias sócio-ambientais, bem como das relações que se estabelecem entre os habitantes, o espaço habitado e os espaços públicos.

A fala do entrevistado 1, anteriormente transcrita, destaca ainda outros aspectos fundamentais, além do reconhecimento de que o PSA se fundamentou em documentos que reconheciam ‘ambiente’ como um conceito amplo (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2000a), na medida em que identifica a adesão do PSA ao princípios e diretrizes do SUS, aspecto esse assumido nos documentos oficiais do PSA (RECIFE, 2001, 2002a; 2003b).

6.5.4 **O PSA e os princípios do SUS**

Em 1986 realiza-se em Brasília VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), marco no processo de discussão da proposta de Reforma Sanitária, amadurecida no Brasil ao longo de anos. Seu relatório final lançou os pilares básicos do SUS, e suas propostas foram incorporadas à Constituição Nacional de 1988 (BRASIL, 2004; COLLINS; ARAÚJO; BARBOSA, 2000; CORNWALL; SHANKLAND, 2008; ESCOREL, 1998; GERSCHMAN, 2004; MINAYO, 1986).

No âmbito da Constituição Federal, os artigos referentes à saúde, estão incluídos no Capítulo da Seguridade Social, o que representou um grande avanço, pois o setor saúde passa a compor o sistema mais geral de proteção social (NORONHA; LEVCOVITZ, 1994; FLEURY; MANDELLI, 1994).

Os princípios básicos do SUS são reconhecidamente pontos essenciais de avanço, e tentaremos compreender como os mesmos foram apreendidos pelo PSA.

O PSA assume como guia os princípios e diretrizes da universalidade, equidade, integralidade e descentralização (RECIFE, 2001, 2003a, 2003b).

Na Constituição de 1988, no Artigo 196 e 198, são estabelecidos os princípios e diretrizes que regem o SUS (BRASIL, 2004).

Os ‘princípios’ são um conjunto de proposições que fundamentam um sistema, dando-lhe legitimidade, porém, como chamam atenção Rezende e Trindade (2003), para alguns princípios e diretrizes são adotados como sinônimos. Para outros, no entanto, os princípios dizem respeito à política de saúde em si, como as diretrizes referem-se à gestão do sistema. Para os autores, a Lei 8.080/92 valoriza as expressões princípios e diretrizes, com os termos sendo quase sempre utilizados juntos e em sentido complementar (CARVALHO; SANTOS, 2001; REZENDE; TRINDADE, 2003).

Portanto, é com esse sentido de complementaridade que o PSA utiliza a expressão ‘princípios e diretrizes’ programáticas, e não raro, os entrevistados sintetizam a compreensão dos mesmos através da expressão ‘princípios’, considerando implicitamente as diretrizes.

Ao serem interrogados sobre os princípios e diretrizes que regem o PSA, 17 entre os 20 entrevistados reconheceram os princípios e diretrizes do SUS como os adotados pelo PSA. Apenas 3 entrevistados não citaram diretamente os princípios e diretrizes do PSA com sendo os mesmos do SUS, porém os identificaram ao serem questionados.

Portanto, um achado relevante refere-se à harmonia do PSA com o que preconiza o SUS. A fala do entrevistado 3 sintetiza tal compreensão.

> Eu acho que assim, eu que creio que, quando a gente quis, não é? Criar o programa, a gente quis exatamente os princípios que regem o SUS. A gente queria que fossem os princípios que regessem essa nova proposta de trabalho, não é? A universalidade. Na forma anterior de se trabalhar a gente não conseguia atingir a cidade toda, não é? A gente era a Secretaria de Saúde do Recife, mas a gente não conseguia atingir a cidade toda. Então, a gente queria um programa que conseguisse chegar nos últimos recantos da cidade. Lá nos *Iburas* da vida! Que conseguisse cobrir a cidade toda. A questão da equidade, não é? Que é assim, da forma que você trabalhava antes, você trabalhava da mesma forma na cidade toda, e a cidade é toda diferente! Então você tinha necessidades diferentes. Então esse era um grande princípio que a gente queria, era a equidade. Tratar de forma diferente as realidades diferentes. [...] Que a cidade do Recife ambientalmente, ela é muito diversa... ela tem, e, no ponto de vista sócio-econômico tem uma porcentagem inserida outra não. É... assim, a condição econômica interfere na condição ambiental, enfim, era tratar de formas diferentes. [...] Que mais? O principio da descentralização, não é? Que é até uma continuidade pra você ser, para cumprir o principio da equidade é preciso que as decisões sejam tomadas antes no nível local, não é? (Informação verbal)[65]

A fala transcrita por um lado aponta a consonância entre os princípios do SUS e do PSA, por outro, busca discriminar como o PSA buscou viabilizar cada um deles.

[65] Entrevistado 3

A universalidade se traduz na medida em que o PSA visou estar presente em todo o território municipal, buscando romper com práticas que não tinham tal perspectiva, chamando ainda atenção, para a responsabilidade sanitária assumida pela Secretaria de Saúde, em 2001. A equidade, princípio expresso através da alocação diferenciada de Agentes em função das áreas de risco, e no reconhecimento de que o Recife tem profundas desigualdades sociais, que repercutem no modo de vida e saúde da população, e o princípio da descentralização, em função da participação dos Distritos Sanitários na gestão do Programa.

A seguir, aprofundaremos como cada um dos princípios foi percebido pelos entrevistados.

a) A Universalidade

O princípio da universalidade é o princípio da plena cidadania, que garante que todo e qualquer cidadão tem a saúde como direito (BRASIL, 2004).

Para o PSA, ser universal significa estar presente em todos os bairros da cidade do Recife (RECIFE, 2001, 2003b).

O PSA explicita a universalidade como meta. Tal aspecto já havia sido observado na fala do entrevistado 3 anteriormente, quando o mesmo explicita a importância da Secretaria de Saúde chegar “nos Ibura da vida”, que pode ser facilmente entendido como o PSA se fazer presente nos lugares mais remotos da cidade.

O cumprimento do princípio da universalidade foi ressaltado por quase a unanimidade dos entrevistados, tendo um deles ressaltado que o PSA, ao preconizar a atenção a todos os munícipes, não se configuraria como política focalizada na população mais pobre ou usuária exclusiva do SUS. O PSA ao ser universal reconhece que os danos e implicações das agressões sócio-ambientais estão presentes na cidade como um todo, embora não de modo uniforme.

Se retomarmos a discussão sobre a cidade do Recife, e da conformação da ocupação urbana, fica claro que os aterramentos dos mangues, para ocupação das planícies pelas classes média e alta, e a ocupação desordenada dos morros da cidade, configuram diferentes mecanismos de agressões ambientais, com repercussões significativas nas condições de vida e saúde do recifense (MEDEIROS; OLIVEIRA, 2008).

Como exemplo podemos citar a filariose linfática, que não se encontra presente em todo os bairros, ou mesmo da leptospirose, mais prevalente em áreas alagáveis da cidade (RECIFE, 2002d; 2002e).

Portanto, diferentes entrevistados, identificaram diferentes necessidades no território da cidade, e conseqüentemente, a necessidade de diferentes abordagens e mecanismos de enfrentamento dos problemas de saúde. Para os entrevistados que assim se posicionaram, o PSA busca ser coerente com o princípio da universalidade, porém também com o da equidade, na medida em que busca priorizar áreas com maiores necessidades.

O cumprimento do princípio da universalidade, entretanto, não obteve o mesmo consenso que a identificação do mesmo como princípio do programa, que assim como outros princípios programáticos, sofreram constrangimentos no momento da implementação. No capítulo referente ao ano de 2002 retomaremos tal debate.

b) A Equidade

Segundo Jaques Maritain (1952, p. 09), pensador francês que teve sua obra centrada no estudo de São Tomás de Aquino:

> Não ha tarefa mais ingrata do que procurar, [...] distinguir e circunscrever, [...] noções correntes [...] carregadas de conotações sociais, culturais e históricas, a um tempo ambíguas e férteis, conotações essas que, no entanto, envolvem um núcleo de significado inteligível. Tais conceitos são incertos, indeterminados, mutáveis e flutuantes. [...] sendo que, embora todo mundo se sinta à vontade ao empregar tais conceitos, começam a surgir dificuldades a partir do momento em que se tenta defini-los e separá-los uns dos outros.

A concepção de equidade encontra-se entre tais noções, como já amplamente discutido. Para o SUS, tende-se a reconhecer que não é a igualdade de distribuição e sim a justiça na distribuição que qualifica o termo equidade (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1999).

O PSA assume o princípio da equidade como justiça distributiva. No texto base do PSA define-se que tal princípio será implementado levando-se em conta as desigualdades intra-urbanas do Recife, traduzido em um diferencial no número de Agentes em função do risco sócio-ambiental de cada bairro (RECIFE, 2001).

A fala do entrevistado 10, abaixo transcrita, identifica a complexidade e dificuldade do uso adequado do termo equidade, alertando para o risco da focalização de políticas como sinônimo de equidade. Porém na mesma fala, o entrevistado reconhece a equidade como justiça distributiva, ao considerar a necessidade de imposição de 'velocidade' diferente diante de situações de desigualdade, visando obter melhorias nas condições de saúde.

> Assim, sinceramente o princípio da equidade é um dos princípios, vamos dizer, é o principio mais complexo que existe [...]. É um princípio complicado, muito complicado, muito complexo. [...] lógico, ter prioridade, mas eu acho que quando você usa muito ao pé da letra essa interpretação, você tende a nivelar por baixo. [...] eu prefiro a equidade ampla, [...] impor mais velocidade junto aqueles que têm situações de desigualdade, que você promova uma ascensão, vamos dizer assim, do ponto de vista da saúde, da promoção enfim! (Informação verbal)[66]

As discussões em torno de focalização e universalização de políticas é um debate inconcluso e polêmico. Kerstenetzky (2006) argumenta que tal debate deve ser travado à luz da concepção de justiça que se adota. A autora ressalta a tendência no Brasil a se dicotomizar uma e outra concepção como incompatíveis, identificando-se a focalização com a lógica de mercado e a universalização como garantia de direitos sociais.

Na sua argumentação, a autora demonstra que pode ou não haver incompatibilidade entre a focalização e a universalidade de políticas em função da concepção de justiça adotada. Assim, a focalização pode ser percebida como ação reparatória, necessária para que grupos excluídos socialmente tenham de fato acesso aos direitos universais garantidos, e formalmente iguais, porém sempre tendo diante a concepção de justiça distributiva.

Marsiglia, Silveira e Carneiro Jr. (2005) também argumentam a necessidade de discriminar positivamente (ou focalizar?) políticas, diante das profundas desigualdades brasileiras. Para os autores, é necessário promover inclusão, não tratando igualmente os desiguais.

Indiscutivelmente, o dilema entre a administração da escassez de recursos, ou eficiência, com o pilar básico na lógica de mercado, e a superação da desigualdade, ou justiça social, é atual, e remete à discussão sobre, o que Almeida (2002, p. 35) considera o "cálculo do consenso possível, ou o dissenso suportável em determinada sociedade em determinada conjuntura". Ou seja, nas palavras da autora "o grau de desigualdade (e de conflito) que uma sociedade está disposta (ou consegue) suportar".

---

[66] Entrevistado 10

Portanto, a preocupação do entrevistado 10 chama atenção para a necessidade de se deixar claro que tipo de focalização se deseja, ao alertar o risco de diferentes interpretações do que seja equidade e focalização. Compreendo que para o entrevistado focar ações justifica-se diante das desigualdades. Ao alertar para os diferentes sentidos em que o discurso da equidade pode ser utilizado, o entrevistado deixa perceber sua concepção de justiça distributiva.

Os documentos oficiais do PSA, incluído o Decreto 19.187/2002, que cria oficialmente o Programa, assumem como princípio programático a equidade das ações. O entrevistado 7 reconhece a equidade como princípio do PSA traduzido na distribuição dos ASA, que levou em conta os diferentes riscos em relação aos bairros da cidade.

> [...] a questão da equidade das ações. Por que a proposta do PSA ... é tanto que, a distribuição dos Agentes, ela não foi igual para todas as áreas. Ele considerou, não é? O risco. O risco epidemiológico [..]. Então, ele está considerando o princípio da equidade. Que deve tratar os diferentes diferentemente. (Informação verbal)[67]

O mapa de risco do PSA se refere ao ciclo de produção-reprodução de doenças transmissíveis (SCHENEIDER et al., 1987; RECIFE, 2001, 2003b; LYRA et al., 2004), e é um exemplo de como o conhecimento científico pode ser apropriado pelo serviço, o que foi possível em função do perfil dos técnicos envolvidos no processo de elaboração do Programa (SAUERBORN; NITAYARUMPHONG; GERHARDUS, 1999).

O princípio da equidade foi adotado pelo PSA para alocação diferenciada de ASA em função do risco do bairro. Assim, para definição do número de ASA por áreas foram os seguintes os passos adotados (RECIFE, 2001, 2003b):

1. Para que o programa fosse universal calculou-se 1 ASA percorrendo 1.000 imóveis a cada 40 dias (ou uma média de 25 imóveis por dia);

2. Para cumprir o princípio da equidade, utilizou-se o critério de risco definidos para os bairros e a densidade de imóveis do mesmo:

   a) Bairros de alto risco e densidade elevada, o ASA deveria percorrer 520 imóveis a cada 40 dias, ou em média 13 imóveis por dia;
   b) Bairros de risco alto e densidade média de imóveis, ou de risco médio e alta densidade de imóveis, o ASA deveria percorrer 680 imóveis a cada 40 dias (17 imóveis/dia);

[67] Entrevistado 7

c) Bairros de risco médio e média densidade e de risco baixo e densidade alta, 1 ASA percorrendo 800 imóveis a cada 40 dias (20 imóveis/dia).

Por fim, foi feito um ajuste, levando-se em conta particularidades de certos bairros. Por exemplo, em bairros onde a densidade era muito alta, porém o risco não era uniforme (como o bairro de Boa Viagem), foi feito um ajuste para menos no número de ASA, em caso contrário, foi feito um ajuste para mais (o bairro da Guabiraba, que tem muito baixa densidade, mais é de dimensões considerável, por exemplo).

A fala que transcrevemos abaixo destaca a importância do PSA ter adotado o mapeamento do risco das áreas para definição de estratégias, e particularmente, na definição do número de Agentes por bairros da cidade, buscando com isso, ser equânime.

> [...] eu acho que o PSA trouxe uma grande inovação em relação a construção do mapa sócio-ambiental. O trabalho em cima dos mapas de riscos sanitários, epidemiológicos... mas, novamente, na teoria, é tudo muito claro [...] o que já e uma grande inovação para a saúde. (Informação verbal)[68]

O entrevistado 17 finaliza sua fala sugerindo que identifica um distanciamento entre a aplicabilidade teórica do mapeamento de risco e a aplicabilidade prática. Tal aspecto será, por sua relevância, discutido no período 2002.

c) A Integralidade

A integralidade é um dos princípios do SUS, e é também um dos princípios adotados pela Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006a).

Para Carvalho e Santos (2001, p. 72), o princípio da integralidade significa por um lado, “combinar de forma harmônica e igualitária, as ações e os serviços de saúde preventivos com os assistenciais curativos”, de outro perceber cada um em sua individualidade e em função de suas necessidades, qualquer que seja o nível de complexidade exigido para solução do caso.

Como referido anteriormente, Mattos (2004, 2006) identifica três grandes eixos do que entende por integralidade: a integralidade que incide sobre as práticas dos profissionais de

[68] Entrevistado 17

saúde, nas quais o sujeito é percebido como um todo; a integralidade relacionada à forma de organização dos serviços de saúde, que emerge como princípio de organização do processo de trabalho; integralidade relativa às configurações de certas políticas, ou programas específicos.

Os nossos achados, a partir dos documentos analisados (RECIFE, 2001, 2003b) e das falas dos entrevistados, apontam que o PSA trava um diálogo com os três princípios.

Com o primeiro princípio ao preconizar um processo de trabalho que percebe os indivíduos como um todo, e suas diferentes necessidades. Com o segundo sentido, intimamente relacionado ao aspecto anterior, rumo a um modelo de atenção no qual o PACS/PSF juntamente com o PSA conformariam os pilares básicos da atenção à saúde do recifense. Por fim, o terceiro sentido, e que talvez seja com o qual dialoga o PSA de forma privilegiada, está relacionado ao desenho de políticas voltadas para dar respostas a determinados problemas de saúde (MATTOS, 2006, p. 59).

Conforme Mattus (2006), uma política, ou programa, que vise a integralidade em relação à sua configuração, deve incorporar tanto as possibilidades de prevenção como as assistenciais. O PSA ao definir entre as responsabilidades dos ASA ações voltadas para prevenção de doenças e agravos, também define intervenções sobre o meio ambiente, voltadas para a resolução dos problemas dentro do seu espectro de atribuições, o que no caso de um Programa voltado para ações sócio-ambientais pode ser considerado a vertente assistencial.

Melo Filho e Lyra (2004) apontam como integralidade no âmbito do PSA o foco nos determinantes, pressupondo para tal, intervenções voltadas para o meio físico-biológico e social. Salientam ainda que o PSA reconhece a necessidade de realização de ações articuladas, tanto intra como intersetorialmente.

Nas falas dos entrevistados perceberemos majoritariamente a concordância dos mesmos com a concepção de integralidade definida pelo próprio programa.

O entrevistado 10 identifica que o PSA buscou harmonia entre o princípio da integralidade e a responsabilidade sanitária, o que reforça a dificuldade em dissociar conceitos tão inter-relacionados como os do SUS e da promoção da saúde.

> [...] os princípios fundamentais do PSA? Vamos dizer assim, um e o da integralidade da assistência. [...] O segundo principio era o próprio princípio, que também está na integralidade, que é a parte da responsabilização sanitária, tá certo? Então, todos esses agentes eram responsáveis por um determinado espaço [...]. Dessa coisa da integralidade junto com a responsabilização sanitária. Eu acho, a meu ver, que são dois grandes nortes enquanto pontos de formulação de políticas. (Informação verbal)[69]

[69] Entrevistado 10

O entrevistado, ao fazer um paralelo entre integralidade e responsabilidade sanitária, caminha na mesma direção que Mattos (2006), que afirma que, independente do foco em um dos três sentidos da integralidade, há uma unidade entre os mesmos, pois integralidade implica uma recusa ao reducionismo. Responsabilidade sanitária é a recusa ao reducionismo da gestão, e significa a mesma assumi-se plenamente responsável pela saúde dos seus cidadãos.

Para Campos (2007) a responsabilidade sanitária pode ser subdividida em macro e micro. A responsabilidade macro-sanitária é tornar efetiva e transparente a responsabilidade com a saúde, por parte de cada cidade ou estado. A responsabilidade micro-sanitária está relacionada com a reorganização dos processos de trabalho voltados para construção de vínculos entre serviço e clientela. Para efetivação da responsabilidade sanitária, é necessário uma abordagem integral de cada caso, em seu nível de competência.

Ao definir a estratégia do PSA, o documento intitulado "Consolidando a vigilância à saúde no Recife – Programa de Saúde Ambiental" (RECIFE, 2003b), afirma:

> No novo modelo, o domicílio e adjacências serão apreendidos como unidade onde convivem situações de risco e proteção para saúde humana. A estratégia prevê um único ator, *Agente de Saúde Ambiental – ASA*, vinculado a um território (responsabilidade sanitária), executando ações [...].

Portanto, o PSA define a responsabilidade micro-sanitária do Agente para com a área na qual está inserido conforme a definição de Campos (2007), o que foi identificado pelo entrevistado 10.

Ainda em relação à integralidade como identificação dos sujeitos como um todo, observemos o entrevistado 4. Para o mesmo a integralidade se manifesta a partir do momento em que o PSA assume o ambiente como foco e prioriza o ser humano como um todo, que deve ser observado independentemente de estar ou não doente, e ao buscar a criação de uma consciência sócio-ambiental, ao mostrar o ser humano como impactante e impactado pelo meio ambiente no qual vive.

> [...] um programa que venha a tratar o ser humano como um todo. [...]. Você não vive só o aspecto de tratar ele em função dele está doente ou não está doente, mas envolve todo o ambiente em que ele está inserido. [...] [...] ele faz com que as pessoas comecem a pensar que você é parte do meio ambiente. Você é parte do meio em que você vive, você é um ser que

> impacta e que ao mesmo tempo constrói um ambiente saudável. (Informação verbal)[70]

Para Martins (2005), o PSA, ao introduzir a relação entre ambiente e saúde em um sentido amplo, busca romper com ações e políticas, que tenderiam a eleger, por exemplo, os insetos como inimigos do homem.

O segundo sentido da integralidade conforme Mattos (2006), se expressaria no PSA através da integração de ações intra e intersetoriais.

Em seu documento base, o PSA assume a integralidade como: "integrar as ações de vigilância ambiental desenvolvida pela Secretaria de Saúde do Recife às ações desenvolvidas por outras secretarias e empresas municipais, tornando mais efetiva à intervenção pública sobre a qualidade de vida da população" (RECIFE, 2001, 2003b).

Assim os gestores do PSA descreveram as ações dos atores do Programa ao Ciclo de Premiações Gestão Pública e cidadania (RECIFE, 2003):

> O ASA é o agente típico que realiza a maior parte das ações, entrando em contato direto com os cidadãos. A visita de um Agente de Saúde Ambiental inclui uma parceria saudável entre Prefeitura e população, por isso se detém atenção sobre a qualidade da água e sobre a destinação das águas residuais e esgotos sanitários, para reduzir doenças de veiculação hídrica; sobre os criadouros dos vetores para reduzir dengue e filariose; sobre cães e gatos, para prevenir a raiva; sobre coleta e destinação dos resíduos sólidos e sobre as condições da habitação para prevenir riscos de desmoronamento e desabamento. Finalmente, informações e esclarecimentos são repassados, incluindo o convite para aderir, quando possível, a novos modos e estilos de vida. Havendo a necessidade da realização de ações intersetoriais, os órgãos responsáveis pela coleta de lixo, habitação, abastecimento d´água e saneamento deverão ser contactados pelo Supervisor e pelo AOA que além disso é o responsável pela realização de ações de natureza mais complexa, principalmente em pontos considerados estratégicos para vigilância à saúde. O Supervisor é o elo entro o PSA e outros órgãos: Secretaria de Saneamento, Empresa de Limpeza Urbana, Programa Guarda-Chuva da Codecir.

Outro achado relativo à integralidade das ações foi abordado, entre outros, pelo entrevistado 19, ao destacar a complementaridade entre os PSF e o PSA.

> [...] a saúde ambiental alarga uma visão mais restrita de saúde, mais ligada à medicina tradicional de atendimento, a questão da doença, muito presente ainda nas unidades de Saúde da Família [...]. [...] o PSF só não dá. Ele fica muito prisioneiro, quem tá doente na casa, quem não tá doente. Então, a promoção mesmo você não vê. Mas quando você vai cuidar de discutir coleta de lixo, manter tanques de águas fechados ou não, pneu no terreiro da

[70] Entrevistado 4

> casa, ai as pessoas começam a despertar para outros cuidados que ampliam efetivamente a compreensão da prática da cidadania. (Informação verbal)[71]

A fala anterior chama atenção para a insuficiência do PSF para uma atenção integral. Para o mesmo, o PSF fica centrado na família, deixando de observar outras questões importantes para melhoria da qualidade de vida das pessoas. Entretanto, consideramos que se o PSF não tivesse tal foco, não cumpriria sua missão essencial, que está implícita no seu próprio nome: a saúde da família.

A respeito da relação entre os dois programas, Melo Filho e Lyra (2004) reconhecem que há quem argumente que o PACS contemplaria o elenco de ações dos PSA, porém os mesmos consideram que os processos de trabalho são diversos. Tanto o PACS / PSF como o PSA executam ações de vigilância: uns voltados para a identificação de casos, e notificação dos mesmos, outros, voltados para a vigilância e controle de doenças relacionadas ao ambiente. Porém, o processo de trabalho envolvido em cada um dos programas é o grande divisor de águas.

O quadro 8 sintetiza a compreensão da Secretaria de Saúde do Recife acerca do caráter particular e complementar dos dois programas.

Foge ao objeto da presente tese discutir a atenção primária em saúde. Porém, uma observação de Campos (2007, p. 303) merece ser salientada, já que o PSA, junto com o PACS/PSF, no Recife, aí se inserem. Para o mesmo, as equipes de atenção primária "necessitam operar com três funções complementares: a clínica, a de saúde pública e uma de acolhimento (atendimento ao imprevisto e atenção à demanda)". Logo, a articulação harmoniosa entre os dois programas é necessária, desejável e é certamente, um dos grandes desafios para efetividade das ações e consolidação dos princípios programáticos preconizados. Porém sobretudo, diz respeito a conformação do modelo de atenção do Recife.

[71] Entrevistado 19

	PACS / PSF	PSA
Agente	Agente Comunitário de Saúde	Agente de Saúde Ambiental
Justificativa	Elevadas taxas de: mortalidade infantil e materna; de incidência / prevalência de doenças transmissíveis; e de prevalência de doenças crônico-degenerativas.	Riscos ambientais relativos à água, saneamento, resíduos sólidos, habitação, ar.; Persistência / recrudescimento das doenças transmitidas por vetores, zoonoses e de veiculação hídrica.
Objetivo	Promover e proteger a saúde da família a partir da realização de ações básicas de saúde de acordo com seu nível de competência.	Promover e proteger a saúde da população, eliminação e /ou redução das situações ou dos fatores de risco do meio ambiente associados à ocorrência de doenças e agravos.
Objeto de trabalho	Individuo / família / comunidade.	Ambiente (habitação, peridomicilio, outros imóveis e espaço público).
Meios e instrumentos de trabalho	Tecnologias médico-sanitárias, educacionais, comunicativas e de mobilização comunitária; Fichas de cadastro familiar; Fichas individuais.	Tecnologias urbanístico- sanitárias, educacionais, comunicativas e de mobilização comunitária. Ficha de visita ao imóvel. Croqui (Mapas) de logradouros. Mapas de pontos e mapas de risco.
Produtos do trabalho	Ações de controle de doenças e agravos; Ações de promoção e proteção à saúde (educação / comunicação)	Ações intersetoriais (água, saneamento, resíduos sólidos, habitação, etc.); Intervenções específicas (vigilância e controle de vetores, hospedeiros, reservatórios, etc.); Ações de promoção e proteção específicas (educação / comunicação).

Quadro 8: Processo de trabalho PACS (PSF) e do PSA.
Fonte: Recife (2003b)

Por fim, para Mattos (2006), o termo política se adequaria mais a concepção de integralidade relacionada à busca por respostas a problemas específicos de saúde, pois representa uma dimensão mais abrangente face ao problema identificado, sendo esse o terceiro sentido que atribui à integralidade.

Tal alerta Taz à tona o questionamento se o PSA não deveria ter se assumido como ‘Política de Saúde Ambiental’, pois na realidade, a forma que o PSA adotou, se aproxima de

tal, na medida em que incorpora elementos estruturadores de uma política de saúde ambiental para o Recife, compreendendo ‘Política’ como definida por Viana e Baptista (2008).

Para as mesmas, política indica: “a atividade ou conjunto de atividade que têm como termo de referência o Estado [...] sendo uma atividade mediante a qual as pessoas fazem, preservam e corrigem as regras sob as quais vivem, sendo inseparáveis tanto do conflito como da cooperação [...]” (VIANA; BAPTISTA, 2008, p. 67).

O PSA, ao assumir os princípios do SUS e a bandeira da Promoção da Saúde como princípios e diretrizes, buscando incorporar na sua execução outros atores que não os exclusivos do setor saúde, buscou estruturar uma abordagem ampla das questões relacionadas à saúde e ao ambiente, se conformado como política.

Entretanto, o termo Programa tem sido utilizado, no âmbito do setor saúde como um conjunto de ações organizadas com vistas ao enfrentamento de um problema público (MATTOS, 2006), o que finalmente, não torna inadequado o nome Programa de Saúde Ambiental.

d) A Descentralização – Os Distritos Sanitários em cena

Entre os princípios e diretrizes do PSA, encontra-se a descentralização efetiva, tanto o planejamento como da supervisão e execução das ações programáticas para os seis DS, garantindo, uma coordenação geral, realizada pelo nível central, que articulasse as ações no espaço municipal. Caberia à DVS as funções de Coordenação geral, planejamento, apoio técnico e avaliação das ações. Tais funções a serem executadas pelo CVA, com apoio da Diretoria Executiva de Epidemiologia, ao nível distrital, cabendo a gerência direta do Programa. A operacionalização ocorreria no território municipal, executada pelos ASA, AOA e Supervisores do PSA. A figura 4 demonstra a proposta de gestão do PSA.

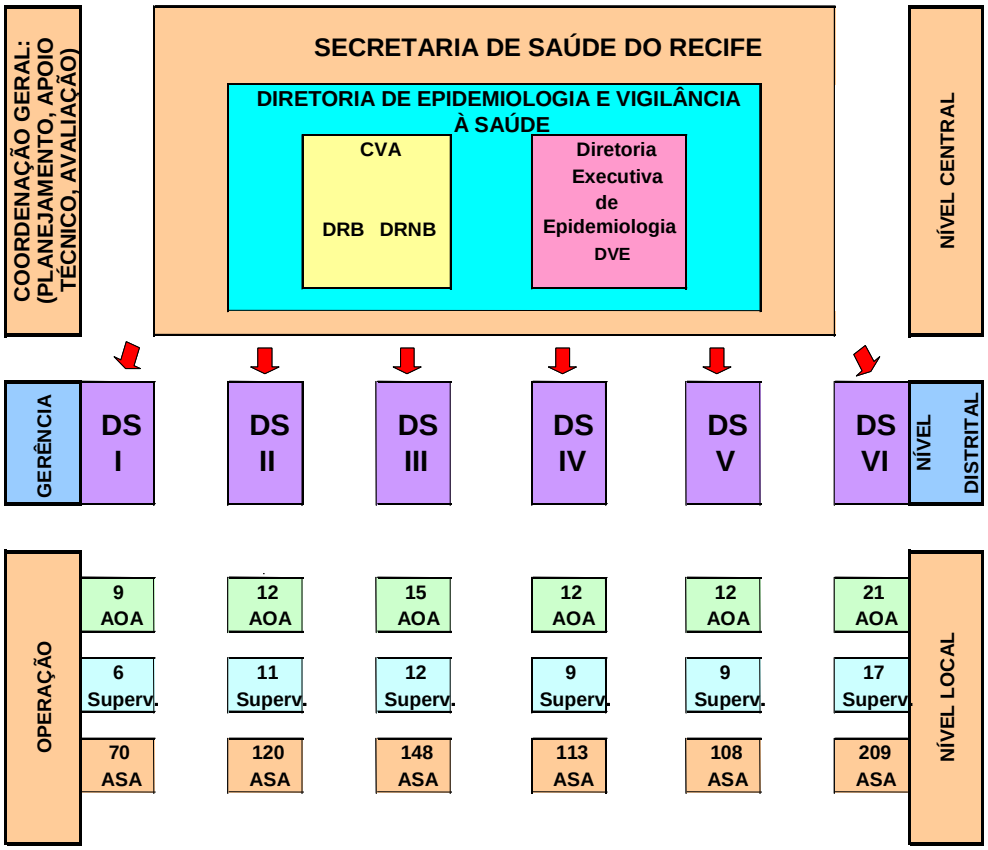


Figura 4: Estrutura de gestão do PSA

Fonte: Recife (2001)

A fala do entrevistado 11 reconhece a intenção do PSA em descentralizar responsabilidade e ações para os DS: “E o outro principio adotado, assim, importante, não é? [...] que é, é isso, a gestão descentralizada desse programa que ela é, nesse programa se busca uma descentralização via distritos sanitários, via distritos” (Informação verbal)[72] .

A descentralização, embora uma das diretrizes do SUS, não tem sido uniforme ou isenta de conflitos, pois como alertam Collins, Araújo e Barbosa (2000), embora com inúmeras vantagens, um processo de descentralização mal conduzido pode ter efeitos negativos na atenção à saúde. Para os mesmos, haveria um paradoxo na descentralização das ações de saúde, pois mesmo quanto justificada com base no princípio da equidade, pode levar a processos iníquos, caso a descentralização não observe as diferenças e busque equacioná-las.

A essência da descentralização é ampliar o espaço de decisão tornando os níveis locais sujeitos ativos das suas próprias decisões. Porém, características locais certamente influenciarão diferentes desempenhos (ATKINSON, 2002).

[72] Entrevistado 11

Bodstein (2002) chama atenção para a diversidade de cenários locais, que levam a diferentes impactos e diferentes capacidades de gestão de políticas de saúde. Portanto, as características e contextos estaduais e municipais favorecem ou não o sucesso das ações.

A descentralização não pode ser um fim em si mesmo. É necessário que venha acompanhada de condições sócio-políticas de implementação (ELIAS, 2005). Caso contrário, torna-se retórica, não adquirindo concretude.

A descentralização foi identificada por entrevistados como um dos princípios programáticos. Para o entrevistado 3, está relacionada ao princípio da equidade, pois só o olhar do gestor na ponta permitiria identificar as particularidades locais, e assim, a definição de ações mais específicas.

> O principio da descentralização, não é? Que é até uma continuidade pra você é... cumprir o principio da equidade. É preciso que as decisões sejam tomadas antes a nível local, não é? [...] E essa questão de você descentralizar essa decisão pra lá, não é? Tanto que o programa foi criado já descentralizado. Isso, eu acho que esses era um dos grandes eixos que se queria. (Informação verbal)[73]

A observação do entrevistado 3 aponta a inter-relação entre os princípios e diretrizes entre si, o que temos salientado ao longo das discussões.

A fala sugere que a descentralização deve ser acompanhada de poder para decidir e ajustar políticas, quando necessário. A cidade apresenta particularidades territoriais, e a proximidade dos distritos com as diferentes realidades favoreceria o ajuste do PSA em função de tais especificidades. Para o entrevistado, a equidade só pode ser efetiva se as peculiaridades locais, no caso, distritais, forem observadas e equacionadas.

Em uma cidade marcada por profundas desigualdades, como o Recife (BITOUN, 2000, 2005), o olhar a partir de territórios menores, como os DS, contribuiria para definir ou redefinir ações, fazendo com que ações diferentes entre os distritos contribuíssem para a correção das desigualdades anteriores (ALMEIDA, 2002).

A fala do entrevistado reforça o que para Atkinson (2002) é a essência mesma da descentralização: o crescimento dos espaços decisórios pelos, e para os níveis locais, que estariam mais habilitados a compreender as peculiaridades locais, tornando assim mais efetivas as ações de saúde.

Os documentos oficiais do PSA assumem a intenção de marcar o programa com uma gestão democrática, dada a partir da inter-relação harmoniosa entre os diferentes espaços de

[73] Entrevistado 3

gestão municipal. A matriz organizativa da gestão do PSA (Figura 4) define os distritos sanitários como espaço de gerência do PSA (RECIFE, 2001, 2003b).

Para um dos entrevistados a descentralização é identificada como uma bandeira mais ampla da Prefeitura. Não deixa de ser interessante chamar atenção para o fato da única fala em tal direção partir de um ator externo ao setor saúde, e que demonstra uma percepção mais macro e de influências recíprocas entre diferentes programas e iniciativas municipais.

> Depois tinha o Orçamento Participativo, eu acho que ele também teve influência porque o tratamento da alocação de recursos seria regionalizado por RPA. Então, o conjunto de investimento da Prefeitura ia sofrer um trabalho de regionalização e, portanto, de descentralização. Tinha a ver também com uma das abordagens do programa é que seria bastante descentralizado, não é? Eu acho que um contexto favorável do OP, da ampliação do PSF, portanto, um programa de atenção primária, não é? Tinha o Guarda-Chuva que era um programa emergencial, mas que tinha o tratamento regionalizado e mobilizava o conjunto das pessoas da Prefeitura que trabalhavam junto com a população [...]. Então, tinha todo esse contexto, que digamos assim, facilitou a concepção do programa, não foi? Interagia com várias coisas que estavam acontecendo naquele momento. (Informação verbal)[74]

Era de se esperar que os gestores e sanitaristas entrevistados, em função das discussões acumuladas ao longo dos anos em relação ao SUS, identificassem a descentralização setorial como diretriz programática, porém, a fala anterior sugere uma nova visão de gestão pública para a cidade como um todo.

No entanto, apenas três, entre os vinte entrevistados identificaram a descentralização como uma importante diretriz do PSA, o que remete à seguinte questão: embora assumido pelo setor saúde como uma das suas diretrizes, a descentralização de fato, significando descentralização de poder de decisão e iniciativas para os DS, não é ainda um processo em maturação?

Anteriormente apresentamos e discutimos a visão dos entrevistados e documentos, sobre a relação do PSA com os princípios de diretrizes do SUS. Porém, como o PSA em seus documentos oficiais assume-se como uma política promotora de saúde, aspecto reconhecido por autores como Albuquerque (2005), Albuquerque e Augusto (2005), Lyra (2003), Santos (2004), consideramos importante explorar tal relação.

[74] Entrevistado 16

6.5.5 O **PSA e a Promoção da Saúde**

Ao definir seus objetivos, o PSA afirma o propósito de “promover e proteger a saúde da população do Recife” (RECIFE, 2001, p. 15). Na carta resposta ao Ciclo de Premiação, Gestão Pública e Cidadania, a Secretaria de Saúde foi mais explicita, afirmando que “O modelo de atenção à saúde adotado pela Secretaria de Saúde do Recife (gestão 2001-2004) que visa à construção de um RECIFE SAUDÁVEL desenvolve um elenco de projetos e programas que se unem pelo ideário da promoção da saúde propagado pelo movimento das Cidades Saudáveis”.

Não é nosso objetivo na presente tese analisar a gestão da Secretaria de Saúde do Recife, nem se a mesma enfim foi guiada pelos princípios definidos, de forma global durante o período estudado, nem tão pouco aprofundar a identificação das políticas municipais, com o ideário da promoção da saúde e do movimento Cidades Saudáveis. Porém o nome que o PPA da cidade recebeu em 2002 foi “Recife, cidade saudável” (RECIFE, 2002a).

No referido documento, a gestão municipal do Recife afirma a busca da construção de uma cidade saudável através da valorização da ética e busca da transparência; da construção do sentido de equipe (solidariedade) e da orientação pelo senso de urgência da população. E ainda, define como orientações estratégicas seis grandes opções:

1. Gestão pública radicalmente democrática apoiada na mobilização popular;
2. Valorização do meio ambiente, dos espaços públicos, da habitabilidade e da acessibilidade para todos;
3. Promoção da cidadania e luta contra a exclusão e as desigualdades;
4. Ampliação de oportunidades através da educação;
5. Defesa da vida na promoção da saúde pública e do saneamento básico;
6. Apoio à criatividade e às iniciativas da sociedade para o desenvolvimento da economia, da cultura, do lazer e dos esportes.

Cada uma das opções estratégicas teve definidos os seus responsáveis no âmbito da gestão municipal. A opção estratégica 5 coube às Secretarias de Saúde e Saneamento, porém indubitavelmente as demais estratégias também se coadunam com ações de saúde.

Logo, o PSA está em harmonia com as opções governamentais da cidade do Recife, gestão 2001/04, e foi construído paralelamente às discussões que permearam a elaboração do Plano Plurianual.

Promoção da Saúde, como já aboradado, é um conceito polissêmico, com diferentes interpretações e visões conflitando em busca de afirmação. Portanto, para orientar a discussão, adotaremos as diretrizes mais gerais da Política Nacional de Promoção da Saúde, a saber: a concepção ampliada de saúde; a integralidade; a equidade; o empoderamento (tanto do individuo como da comunidade); a intersetorialdiade das ações (BRASIL, 2006a).

Como ao tratarmos do diálogo do PSA com os princípios do SUS, princípios como a universalidade, equidade e integralidade foram apresentados, assim, a seguir discutiremos aspectos referentes à concepção ampliada de saúde, empoderamento e intersetorialidade.

a) A concepção de saúde e o PSA

Assim como a Constituição Federal de 1988, a Política Nacional de Promoção da Saúde reconhece a concepção ampliada de saúde, e a necessidade de implementação de políticas públicas que busquem alcançar melhorias reais das condições de vida e saúde da população brasileira (BRASIL, 2006a).

Ao serem interrogados sobre o PSA do Recife e de sua relação com a concepção ampliada de saúde, 16 entre os 20 entrevistados apontam tal consonância. Os 4 entrevistados que não referenciam diretamente o reconhecimento da concepção ampliada de saúde por parte do PSA, o fazem indiretamente, ao identificar a relação entre ambiente e condições de vida.

Observemos a fala seguinte:

> No início o que eu fiquei sabendo que a gente ia trabalhar a dengue. Mas aí quando teve a capacitação e os módulos foram surgindo, aí a gente foi vendo, que foi surgindo, que era a dengue, era a raiva, era o Culex, não é? A filariose, que daí todos os, todos os fatores que atingem o meio ambiente, não é? O ambiente como um todo. Aí que aconteceu realmente o programa, que por sinal eu achei, assim, um programa rico porque a gente vai trabalhar a área como um todo. Você vai trabalhar aquele domicilio dentro daquele território, tudo que acontece ali eu vou ter que trabalhar dentro daquele... de todo domicilio, do território. (Informação verbal)[75]

[75] Entrevistado 20

Para o entrevistado não ficou claro os objetivos do Programa, ao menos até o início da capacitação, quando então houve a compreensão de que o ambiente seria abordado como um todo, com responsabilidade territorial de cada ASA.

A fala sugere que o PSA não conseguiu em seu edital de seleção, ou na apresentação inicial do Programa, no primeiro dia de aula da capacitação, deixar claros seus princípios e diretrizes. No entanto, ao longo da capacitação, foi tornando-se clara para o entrevistado a concepção ampliada de saúde, pois passa a compreender que intervenções articuladas sobre o ambiente teriam repercussões sobre a saúde da população.

Era de certa forma esperado que os entrevistados gestores, ou aqueles que têm formação em Saúde Pública, teórica ou forjada na prática diária, reconhecessem os princípios do SUS e da Promoção da Saúde no âmbito do PSA. Tal fato foi observado, e entre os 16 entrevistados que reforçam a compreensão ampla de saúde por parte do programa, estão incluídos todos os sanitaristas entrevistados.

Para um dos entrevistados:

> [...] é aquela coisa de você trabalhar a concepção ampla de saúde. Até a visão de meio-ambiente do PSA já era diferenciada. Não é só aquela coisa do meio-ambiente físico, mas também considerando os condicionantes socioeconômicos, culturais, etc. (Informação verbal)[76]

A compreensão ampla de saúde, no Brasil tem por marco a VIII CNS, e internacionalmente, a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, através da Carta de Ottawa, ambas em 1986 (BRASIL, 2003b; MINAYO 1986;.

O relatório final da VIII CNS explicita:

> Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde.

A carta de Ottawa define, por sua vez, como pré-requisitos para a saúde: paz, educação, moradia, alimentação, renda, um ecossistema estável, justiça e equidade (BRASIL, 2003b).

Tais documentos influenciaram a Constituição de 1988 e a Lei 8.080/92. Ambos os estatutos legais reconhecem a vinculação da saúde com outros bens sociais. A Lei 8.080/92 é clara no seu Artigo segundo, no qual além de reconhecer a saúde como direito fundamental do

[76] Entrevistado 3

ser humano, considera-se que a saúde tem como fatores determinantes entre outros (CARVALHO; SANTOS, 2001): “[...] a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, e o acesso aos bens e serviços essenciais [...]”.

Portanto, embora o PSA não explicite a concepção ampliada em seus documentos, ao reconhecer os problemas vivenciados pela cidade do Recife, tanto de saúde como estruturais, tais como acesso a água com regularidade, esgotamento sanitário, condições de vulnerabilidade habitacional, e assumir a necessidade de intervenções articuladas intra e intersetorialmente, reconhece o vínculo existente entre condições de vida e saúde da população, e que para obtenção de saúde cabe não só ao setor saúde intervir, é necessária a articulação de políticas públicas (RECIFE, 2003b).

O Plano Municipal de Saúde, 2002/2005 define a opção pela construção de um modelo de saúde voltado para construção de uma ‘cidade saudável’, reconhecendo a necessidade de ações articuladas através de quatro programas prioritários: consolidação e aperfeiçoamento do modelo de gestão da política municipal de saúde, do modelo administrativo da secretaria de saúde, do modelo de assistência à saúde e de vigilância em saúde (RECIFE, 2002).

No documento intitulado ‘Cuidando da Saúde no Recife’ (RECIFE, 2005, p.4) o então Prefeito do Recife afirma:

> Visando a construção de uma cidade saudável, desenvolvemos ações de saneamento básico, investimos em ações educativas na saúde ambiental e implantamos a limpeza urbana. Procuramos encarar a saúde da população como uma questão mais ampla, exigindo a ação integrada de varias secretarias, em parceria com os governos estadual e federal, as entidades de saúde e população de modo geral.

Tal fala do prefeito do Recife reforça a compreensão de que para obtenção de saúde são necessárias ações articuladas em parceria com outros setores do governo e sociedade. Obviamente, fugindo ao escopo da presente tese, não nos ateremos à análise da efetivação de tal afirmativa na gestão municipal como um todo. Entretanto, devemos reconhecer que ao menos no que tange ao discurso, a concepção ampliada de saúde é assumida e reiterada tanto pela gestão do PSA como pela Secretaria de Saúde e pela Prefeitura do Recife como um todo (RECIFE, 2002; 2002b; 2003b; 2005)

Também foi interessante observar que todos os 7 entrevistados de outras instituições ou assessores, reconheceram a concepção ampliada de saúde como relacionada aos princípios do PSA.

Vale lembrar, que a concepção ampliada de saúde não é consensual. Como vimos anteriormente, entre as Cartas de Ottawa e a de Bangkok (primeira e sexta Conferência Internacional para Promoção da Saúde) observou-se um retrocesso em relação a esse tópico.

Como chamam atenção Laverack (2007) e Porter (2007), há uma sutil distinção entre a compreensão do que seja saúde nos dois documentos. Havendo, segundo Poter (2007), uma passagem de um discurso centrado na justiça, em Ottawa, para um discurso centrado na responsabilidade individual, em Bangkok, que relega a um plano secundário os determinantes sobre o processo de adoecimento das populações. Tal distinção é relevante, pois concordando com Laverack (2007), a compreensão do que seja Promoção da Saúde está relacionada à concepção de saúde que se assume.

Traverso-Yépez (2007) ao analisar o discurso da Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006a) observa que, embora assumindo uma ampla concepção de saúde, ao focar as ações prioritárias para o biênio 2006/07, o documento restringiu as ações, focando as mesmas em mudanças de atitudes individuais. Reconhecendo a importância das mesmas, a autora fundamenta sua critica no fato das ações preconizadas não serem situadas no seu contexto sócio-cultural.

As observações acima só reforçam a dificuldade em conceituar saúde e mais ainda, em como operacionalizar políticas que ampliem o escopo de suas atuações voltadas para o enfrentamento dos condicionantes identificados, questão, aliás recorrente quando nos referimos a conceitos polissêmicos, carregados de historicidade e valores. O PSA não parece ser exceção.

b) Empoderamento e PSA

Conforme Carvalho (2004) empoderamento é um conceito complexo e que toma emprestado noções de distintos campos do conhecimento, devendo ser visto com cautela por potencialmente levar a múltiplas interpretações.

Assim como Carvalho (2004; 2004a; 2005), consideramos que é necessário buscar identificar o que está por trás da categoria empoderamento.

No Documento da Política Nacional de Promoção da Saúde, o empoderamento é subdividido em individual e coletivo, termos que assumiremos, fazendo um paralelo com os conceitos de Carvalho (2004; 2005).

Durante as entrevistas, ao serem questionados sobre se o PSA assume ou não o empoderamento como princípio e prática houve diferentes observações e percepções. Em função dos olhares e locais no quais se colocavam os entrevistados, obtivemos respostas díspares. Os achados mostraram ainda, que para os entrevistados não há uma clara diferenciação do que seja empoderar o indivíduo ou a comunidade. Sempre que necessário, lançaremos luz sobre tais aspectos.

Os gestores e consultores que convivem com as discussões teóricas foram mais críticos em relação ao empoderamento como princípio organizador do PSA. Já os ASA, que têm uma vivência cotidiana com a população através do Programa, manifestaram o sentimento de prática. Para os atores de outras instituições, a visão diferiu em função da proximidade dos mesmos com o cotidiano do programa.

A fala abaixo transcrita expressa uma síntese das observações dos gestores entrevistados (exceto um), que consideram que o PSA foi frágil quanto à relação com a população, desde sua concepção. O entrevistado reconhece que o PSA aponta a necessidade de realização de ações de educação em saúde, porém considera que não houve uma estratégia clara que definisse o empoderamento como princípio fundamental do Programa. Para o mesmo, embora conste do termo de referência do PSA ações de educação em saúde como estratégia básica, tal fato não foi prioridade.

> Essa relação do programa com a sociedade, eu acho que isso faltou no arcabouço teórico mesmo do programa. Uma outra questão que era para ser fundamental, que era a questão da educação em saúde [...] tá lá colocado, mas efetivamente isso não ocorreu, e aí não só dentro do programa, isso foi problema da gestão como um todo. [...]. [...] Então essa ênfase da educação do ponto de vista conceitual, eu acho que não foi dada a atenção que deveria ter...(Informação verbal)[77]

No documento de apresentação do Programa, bem como no Decreto 19.187/2002 de criação oficial do PSA, encontra-se descrita a realização de ações de educação em saúde (RECIFE, 2001; 2002a). O Decreto, em seu Artigo 3, afirma como um dos objetivos específicos do PSA a realização de ações de vigilância epidemiológica, de controle, de educação e informação em saúde, dirigidos ao meio físico-biológico e social.

No entanto, para o entrevistado, tanto a educação em saúde como a relação do PSA com a comunidade não foram executadas a contento. Podemos considerar que ao se referir à educação em saúde o entrevistado refere-se ao empoderamento do indivíduo em relação à sua

[77] Entrevistado 1

saúde, e a falta de uma sistemática de relação com a sociedade, como empoderamento coletivo.

O entrevistado se refere a pouca clareza sobre como se daria a relação do PSA com a comunidade. No termo de referencia do PSA (RECIFE, 2001) prevê-se como ação a ser executada pelo PSA, a convocação da comunidade para reuniões para esclarecimentos diversos. No entanto, não fica explicitada a necessidade de espaços mais permanentes de interlocução entre PSA e população.

No mesmo sentido caminha a intervenção de um dos entrevistados de outra instituição: "Em relação ao empoderamento, aí talvez seja um dos pontos que eu considere mais falhos, mais falhos mesmo, tanto na teoria, quanto na prática" (Informação verbal) [78]. Ou seja, considera que o PSA foi frágil tanto teoricamente como na ação prática, no que diz respeito ao empoderamento dos indivíduos e da coletividade, concordando com a fala do entrevistado gestor anteriormente apresentada.

Um interessante ponto de vista parte do Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco (TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMABUCO, 2005, p. 14). Para o TCE:

> A estrutura de recursos materiais e humanos colocados à disposição do Programa para a prática das ações educativas não atende às necessidades dos agentes ambientais, isto leva à realização de ações desprovidas de planejamento além de desmotivar os agentes ambientais quanto a novas práticas, prejudicando o alcance dos objetivos propostos no Programa.
> Dentre as dificuldades encontradas pelos supervisores e agentes ambientais pesquisados para a realização das ações educativas destacam-se a insuficiência de materiais educativos para o esclarecimento e convencimento da comunidade e a ausência de apoio da Secretaria de Educação do Município do Recife para auxiliar na preparação dessas ações.

O texto da Auditoria Operacional do TCE é da maior importância, pois durante a Auditoria realizada em 2004, foram realizadas entrevistas de campo com usuários, portanto, a fala do mesmo transmite não só o que foi captado através da analise dos documentos e entrevistas com gestores do programa. Traduz também a impressão coletada junto a parcela dos beneficiários diretos do PSA, os habitantes do Recife. (TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMABUCO, 2005). A Auditoria do TCE pode ser ainda considerada uma avaliação criteriosa do PSA, pois utilizou uma metodologia abrangente, que supera a mera auditoria contábil, em uma interessante iniciativa do TCE de Pernambuco.

[78] Entrevistado 11

Um dos entrevistados, porém, tem uma visão diversa. Vale destacar que o mesmo teve ação próxima à ponta, em um dos DS. Para o mesmo, o PSA, através dos ASA, executa ações voltadas para educação continuada, que se manifesta através da orientação aos habitantes da cidade, no dia-a-dia do Programa.

Não podemos deixar de chamar atenção para o fato de outros atores, também vinculados a operacionalização das ações, terem visão divergente, o que aponta a falta de unanimidade em relação ao tópico, provavelmente por empoderamento estar carregado de significados e interpretações.

Para um dos ASA entrevistados, o empoderamento se manifesta na sua prática diária. Para o mesmo, a população reconhece o Supervisor e o Agente de sua área. O ASA aponta a relevância em participar de instâncias de discussão, a exemplo do Conselho Distrital de Saúde, sendo esse um canal legítimo de interlocução com a comunidade. Porém tal afirmação não pode ser tomada como a percepção de toda a categoria em relação a seu processo de trabalho.

No entanto, podemos considerar que a proximidade com a ponta, com o cotidiano das ações, transparece no maior otimismo em relação a questões relativas à relação entre o programa e a população. Esse enfoque diferenciado parece merecer maior atenção, tanto dos gestores como dos consultores que estudam e analisam o programa.

Silva, Marinho e Santos (2003) ao discutirem a satisfação dos ASA em relação ao seu processo de trabalho, em 2003, identificaram um desencantamento por parte da maioria dos ASA entrevistados. Para os mesmos, a verticalidade das ações tem sido um entrave a processos mais criativos. As autoras levantam a hipótese de que, muitos dos ASA os são em função da necessidade de emprego, e não por questões vocacionais. Observações merecedoras de aprofundamento.

Portanto, podemos considerar que para a maioria dos entrevistados, ações voltadas para o empoderamento são ainda frágeis desde a elaboração teórica do PSA. Mesmo que nos seus documentos base o Programa defina ações de educação em saúde, na fala da maioria dos entrevistados, essa tem sido uma debilidade do programa, faltando recursos materiais, e provavelmente maior treinamento dos ASA para realização de ações direcionadas para o empoderamento da comunidade. Porém, faltando, sobretudo, definição clara de mecanismos de interlocução entre o PSA, ou indivíduos e as comunidades.

Fazemos nosso os alertas de Carvalho (2004), para quem a politização da saúde e o empodermento não significam que apenas ações políticas amplas sejam válidas, significa sim,

colocar os problemas de saúde e suas soluções, contextualizados social, econômica e politicamente.

Parece, a partir das entrevistas, que os gestores do PSA e da Secretaria de Saúde do Recife não tornaram clara a opção por empoderar o indivíduo ou a coletividade, não explicitando o que compreendem por tal, bem como as estratégias a serem perseguidas para esse fim, tendo apenas enunciado a necessidade de ações de educação em saúde de forma insuficiente.

O ultimo princípio ou diretriz da promoção da saúde explorado através das entrevistas foi a realização de ações intersetoriais, o que discutiremos a seguir.

c) A intersetorialidade das ações e o PSA

Ao descrever as ações típicas do PSA, a Secretaria de Saúde do Recife esclarece que em relação ao meio físico-biológico, setores solo e habitação, são previstas as realizações de ações intersetoriais, particularmente com a Emlurb e a Codecir (RECIFE, 2001; 2003a). Com a primeira, a relação se estabelece em função dos resíduos sólidos. Com a segunda, para reduzir riscos de desastres, como deslizamentos ou desmoronamentos. O Decreto de criação do PSA (RECIFE, 2002a), também é explicito ao definir que o PSA será executado pela Secretaria de Saúde com a colaboração de outras Secretarias e órgãos municipais.

Portanto, quando questionados, a maioria dos entrevistados identificou a intersetorialidade como princípio do Programa. Os entrevistados foram, porém mais reticentes em relação a real efetivação de tais ações.

Observemos a fala seguinte:

> [...] as questões relacionadas com o meio ambiente? Boa parte das resoluções dos problemas ‘saem’ do setor saúde [...] até detectar o risco, a saúde vai bem [...] na hora de corrigir, de mostrar os caminhos, isso foge um pouco à questão da saúde, e essa concepção foi feita desde o início, do ponto de vista teórico, na concepção do programa deu conta desse aspecto. Já na prática, isso vai demorar um pouco a surgir. (Informação verbal)[79]

Para entrevistado 1, o setor saúde mostra-se plenamente apto para identificação dos problemas, no entanto, enfrenta limitações para solução de diferentes agravos resultantes do

[79] Entrevistado 1

que denomina ‘questões relacionadas ao meio-ambiente’, sem porém aprofundar mais precisamente que questões seriam essas. Neste sentido, podemos considerar que para o entrevistado, a intersetorialidade está relacionada à concepção ampliada de saúde.

Na sua fala, o entrevistado 1 também reconhece que o termo de referência do PSA (RECIFE, 2001) prevê, ao menos teoricamente a necessidade de realização de ações articuladas com outros setores. Vale, porém, chamar atenção para o final da fala acima, quando se percebe a reticência em relação à real efetivação de tais ações.

Westphal e Mendes (2000) consideram que ao assumir uma concepção ampliada de saúde, propostas que visem à promoção da saúde têm entre seus pressupostos a realização de ações intersetoriais. As autoras estabelecem relação entre saber interdisciplinar e ações intersetoriais. A interdisciplinaridade fortemente apoiada no conceito de saúde como qualidade de vida, e a prática interdisciplinar requerendo postura intersetorial.

Para Teixeira e Paim (2000) a abordagem integral dos problemas de saúde parece adequar-se a um processo de trabalho intersetorial e interdisciplinar, permitindo melhor identificação da contribuição que cada setor pode ofertar na busca da solução de problemas a serem enfrentados.

A fala do entrevistado 7, a seguir, caminha em tal direção, sendo mais explícita que a fala do entrevistado 1 anteriormente transcrita.

> Esse entendimento de que não é só o setor saúde que dará conta de resolver o processo de adoecimento [...] eu acho que esse, a... intersetorialidade, é na visão do Programa, o eixo chave do Programa. Para funcionamento e o sucesso do mesmo. [...] Eu acho que a questão intersetorial tem uma perna muito forte com a questão da participação social. Fora do setor saúde, fora o poder público. A sociedade civil poder participar de fato, se sentir responsável pela qualidade de vida, pelo ambiente que mora. (Informação verbal)[80]

Para o entrevistado o PSA tem o entendimento que a conquista de melhorias nas condições de saúde está além de meras questões setoriais, reconhecendo as práticas intersetoriais como centrais no arcabouço teórico do PSA. Para o mesmo, além de fundamentais, a intersetorialidade seria um dos eixos chave do Programa. Além disso, sua real efetivação estaria vinculada ao empoderamento coletivo (participação social). O entrevistado é claro ao incluir a população dentro do princípio da intersetorialidade, ampliando o escopo da compreensão da intersetorialidade apenas vinculada a setores formais da administração

[80] Entrevistado 7

pública, e está em harmonia com a argumentação de Sanches et al. (2005), que consideram necessária a ampliação de uma visão tecnocrata de intersetorialidade, para uma visão que insira a comunidade em todas as fases do processo político.

Ao discutirem uma perspectiva Matusiana de PES para realização de ações intersetoriais, Teixeira e Paim (2000) chamam atenção para que, a depender da direção impressa ao processo de planejamento e definição das ações, pode-se ou não contribuir para empoderar a população. Porém, como os autores deixam claro, são as opções assumidas e a direção política adotada que enfim definirão o incremento real da participação da população, havendo o risco de intersetorialidade e empoderamento se tornar meras retóricas, pois são categorias que implicam espaços de poder compartilhados, de articulação de interesses, saberes e práticas das diferentes organizações envolvidas.

A reticência de alguns entrevistados parece reconhecer a dificuldade em transpor o campo das idéias para práticas efetivas de ação.

A fala do entrevistado 14 levanta considerações importantes:

> Ela não passa só por dentro da saúde porque se não você se contradiz em dizer aqui tem a promoção. É a atitude do gestor, dos diálogos, das pontes estratégicas. Nesse sentido que eu acho que faz a promoção. [...] E então esse tipo de intersetorialidade, eu acho que têm que ser mantidas as identidades e as pontes construídas de maneira estratégica, altamente estratégica nesse ponto. Não querendo abarcar, não querendo transformar em estruturas super... É que muitas vezes no inconsciente, se quer uma estrutura pra dar conta disso. Mas se eles cumprirem lá o que estão fazendo, sem dúvida vai dar impacto. (Informação verbal)[81]

A fala acima identifica que a conquista de melhores condições de saúde não é exclusiva do setor saúde. Não sendo assim, haveria uma contradição, já que para promover saúde, ações intersetorias são premissas. Porém, o entrevistado enfatiza a necessidade de manutenção das identidades. De um lado, as pontes construídas, de outro, cada setor com suas especificidades. Observações em consonância com Westphal e Mendes (2000) para as quais a intersetorialidade não significa a anulação da singularidade do fazer setorial.

O entrevistado 14 também ressalta o risco de, em nome da intersetorialidade, se criar estruturas novas. A contradição reside fundamentalmente no fato de que, em se criando uma nova estrutura, a intersetorialidade não mais existe. Existe sim um novo setor encarregado de novas atribuições. Para o mesmo, se cada um cumprir bem a sua parte, provavelmente o

[81] Entrevistado 14

impacto se fará sentir, o que parece ser coerente com as concepções de promoção da saúde, interdisciplinaridade e intersetorialidade de ações.

O alerta do entrevistado 14 é fundamental de ser considerado, pois o desafio reside em, mantendo-se as identidades, potencializá-las através de articulação de saberes e práticas.

A realização de ações intersetoriais foi reconhecida pela maioria dos entrevistados como algo previsto e preconizado pelo PSA. No entanto, ao discutirem a real operacionalização das ações intersetoriais, algumas ressalvas foram feitas. Estando tal aspecto sobretudo relacionado à implementação e operacionalização da política, será discutido no tópico relativo ao período 2002.

6.5.6 **Considerações sobre o conteúdo do PSA em 2001**

O conteúdo de uma política é o corpo da mesma. É onde são expressos seus objetivos, atividades ou princípios (ARAÚJO Jr.; MACIEL FILHO, 2001; ARAÚJO Jr., 2000). No presente trabalho, optamos por explorar com maior profundidade os princípios ou diretrizes do PSA, por considerarmos que foi através desses que se expressaram os objetivos do Programa.

Ao optarmos por explorar os princípios e diretrizes do PSA consideramos que o mesmo, ao se apoiar nos princípios e diretrizes do SUS e da Promoção da Saúde, definem que estratégias devem ser utilizadas (RECIFE, 2001).

A partir das entrevistas e documentos analisados, os achados apontam que o conteúdo do PSA no momento de sua formulação (ano de 2001), tem identidade com os princípios do SUS e da Promoção da Saúde. Entretanto, os achados também mostraram que a compreensão sobre cada um dos princípios enumerados não são consensuais.

Consideramos que cada um dos princípios, tanto do SUS como da Promoção da Saúde, são ‘imagem-objetivos’, portanto, polissêmicos e carregados de historicidade (MATTOS; 2006). Entretanto, mesmo tendo claro o risco da banalização de tais expressões, a tal ponto, como destaca o mesmo autor, que muito daqueles que as defendem o fazem sem saber exatamente o que defendem, não foi nossa intenção o aprofundamento da historicidade dos conceitos, e da discussão conceitual que cerca cada um. Se assim fosse, o objeto da presente tese seria outro.

Partimos da percepção dos entrevistados, dialogando com o arcabouço conceitual do PSA, enriquecido por documentos e artigos correlacionados, para buscar compreender os princípios e diretrizes que regem o PSA.

Tanto os entrevistados como os documentos oficiais do Programa corroboraram a relação do PSA com os princípios e diretrizes do SUS e da Promoção da Saúde.

O PSA foi formalizado através do Decreto 19.187 de fevereiro de 2002 (RECIFE, 2002a), tornado assim o PSA uma efetiva política municipal. O Decreto de criação oficial do Programa afirma a execução do mesmo por parte da Secretaria de Saúde em parceria com outros órgãos e Secretarias municipais.

Neste sentido, o Recife mostrou pioneirismo, já que só em 2007 o MS lançou o documento intitulado ‘Subsídios pra construção da Política de Saúde Ambiental’ (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE , 2007), com o qual o PSA está em consonância, embora devamos reconhecer ter havido iniciativas normativas nacionais anteriores (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002).

O pioneirismo do PSA foi reconhecido em 2003, quando foi uma das 20 experiências finalistas do Ciclo de Premiações Gestão Pública e Cidadania, do ano de 2003. O Programa Gestão Pública e Cidadania, que todos os anos realiza um ciclo de premiação envolvendo inovações desenvolvidas por Estados e Municípios, é concedido pela Fundação Getúlio Vargas e Fundação Ford, com apoio do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) (BITOUN, 2005; NELSON; BRIGAGAO; OLIVEIRA, 2004; NELSON, 2005).

A atualidade dos objetivos do PSA, e a consonância dos seus princípios com os do SUS e com os da Promoção da Saúde, são indiscutíveis. Entretanto, são também indiscutíveis as enormes dificuldades para real efetivação dos mesmos. Assim, o desafio é cotidiano, e a discussão sobre o processo de implementação do Programa, em 2002, destacará aspectos relativos à dificuldade para traduzir em realidade os preceitos contidos nos documentos fundadores do PSA.

Para Morin (2003a) todo conhecimento se opera por seleção de dados significativos e rejeição dos não significativos. É provável que isso tenha feito com que alguns dos princípios e diretrizes do PSA tenham sido amplamente reconhecidos pelos entrevistados, enquanto outros foram superficialmente abordados.

Como exemplo, temos de um lado a descentralização das ações, e de outro a concepção ampla de saúde. A descentralização, que para ser efetiva vincula-se a distribuição de poder, foi pouco referenciada pelos entrevistados. A concepção ampla de saúde foi

expressa pela quase totalidade dos entrevistados, talvez por estar na esfera dos princípios gerais, seja mais fácil de ser identificada como condutora de uma política. Isso desde que não sejam aprofundados os passos seguidos para efetivação de tal concepção, onde provavelmente as contradições entre intenção e ação surgem.

Por outro lado, as dificuldades expressas pelos entrevistados em torno da intersetorialidade das ações e do empoderamento como princípios programático, chamam atenção para o que Santos (2007) denomina assistenciocentrismo, pois parece ter sido mais fácil operacionalizar ações bem definidas e estruturadas, do que agir no sentido de transformação de práticas. Assim para os gestores e ASA é mais fácil investir no eixo de intervenção do PSA do que agir intersetorialmente ou empoderar a população, contribuindo para torná-la de fato protagonista do processo de melhoria da qualidade de suas vidas.

Promover saúde deve ser muito mais uma atitude de gestão do que a criação de setores ou áreas responsáveis, o que na realidade se traduz no grande desafio, pois significa uma mudança de atitudes e práticas muitas vezes enraizadas. Os achados apresentados, e os achados que apresentaremos referentes ao processo de implementação do PSA, só reforçam o argumento.

As limitações identificadas a partir das entrevistas não devem desmerecer o programa. Pelo contrário, a elaboração de um programa que se baseia em princípios tão caros a todos os que pensam e trabalham no âmbito do SUS é uma iniciativa com méritos significativos. Porém, parece lançar o desafio, ainda perseguido, que é o de não nos apropriarmos de princípios gerais sem buscar permanentemente mecanismos para torná-los realidade.

Parece, a partir dos dados coletados, que o PSA, ao menos no que tange seus princípios e diretrizes no momento de sua formulação, tinha claro os desafios, e que ao preconizar claramente a necessidade de realização de ações intersetorias, e ter tido, durante seu processo de elaboração, discussões (embora, como vimos, limitadas) com outros setores da Prefeitura do Recife, não se propunha a ser totalidade, e sim trabalhar em harmonia e articulação com outros setores da administração pública na busca por melhores condições de saúde para os recifenses.

6.6 A IMPLEMENTAÇÃO SE INICIA – O ANO 2002 E O PROGRAMA DE SAÚDE AMBIENTAL

6.6.1 **Introdução**

No presente tópico discutiremos a etapa que da início a implementação do PSA, e refere-se ao ano de 2002, tendo claro que o processo de implementação do PSA não se limitou aquele ano.

Ressaltamos mais uma vez que compreendemos o processo político não através de fases ou etapas precisas e bem definidas. A utilização do ciclo da política como guia teve por finalidade deixar mais claro, tanto a cronologia dos eventos, como ressaltar os fatos de maior relevância em cada um deles. A opção por tratar o início do processo de implementação separadamente dos demais tópicos deveu-se a identificação de particularidades durante tal momento.

Utilizaremos os quatro elementos constitutivos da ferramenta analítica proposta por Walt e Gilson (1994), discutidos dentro de um único tópico. Os aspectos aqui destacados serão referentes aos aspectos do contexto que influenciaram a implementação do PSA, como se deu o processo de implementação, que novos atores entraram em cena, e por fim, que impacto os aspectos anteriores exerceram sobre o conteúdo do Programa.

6.6.2 **O Contexto em 2002**

Tinha uma pedra no meio do caminho…[82]

Em janeiro de 2002 é dado início ao processo de implementação do PSA no Recife.

O momento da implementação de uma política é um momento particular. É um momento dotado de significativa autonomia, e implica decisões específicas, pois com freqüência são necessárias adaptações em função de mudanças de contexto. Assim, um

[82] Do Poema “No meio do Caminho”. Carlos Drummond de Andrade

processo de implementação pode exigir redefinição de prioridades em função do momento no qual ocorre (Menicucci, 2006).

O exemplo do PSA é um bom exemplo da particularidade do momento da implementação e da influência do contexto sobre a política, e suas prioridades. O processo de implementação do PSA ocorre em um momento no qual Recife vivencia sua maior e mais grave epidemia de dengue.

A dengue é uma doença infecciosa, reemergente, transmitida pelo vetor *Aedes aegypti*. O vetor transmissor da dengue encontrou nas sociedades urbanizadas uma possibilidade quase infinita de criadouros (DONALÍSIO, 1999; NAVARRO, et al., 2002). A transmissão da doença está relacionada a um conjunto de fatores, como a densidade vetorial, sobretudo de fêmeas adultas, e suas possibilidades de sobrevivência e reprodução. Logo, características climáticas e sócio-ambientais são fatores preponderantes (DONALÍSIO, 1999).

O Recife, com suas imensas contradições e problemas sócio-ambientais, tem sido palco ideal para surtos ou epidemias de dengue. Entre os anos de 1995 e 2001 a cidade do Recife apresentou um total de 43.293 casos da forma clássica da dengue. No entanto, apenas em 2002, foram 35.597 os casos confirmados, com 208 sob a forma hemorrágica e um total de 14 óbitos. Os dados apresentados são um breve exemplo do que significou para a cidade a epidemia em 2002 (MONTENEGRO et al., 2006; RECIFE, 2002b).

Em 2002 foi introduzido o terceiro sorotipo do vírus da doença, tendo sido o DEN-3 o principal responsável pela magnitude da epidemia (MONTENEGRO, et al. 2006).

O aumento do número de casos, ainda em janeiro de 2002, repercutiu diretamente no processo de trabalho previsto para os ASA, e criou marcas profundas no programa. Diferentes entrevistados apontam o significado da epidemia de dengue para o programa: "[...] e aí você tem que entender o, eu acho que o momento histórico, você tem uma epidemia no inicio da implementação do programa! (Informação verbal)[83].

A fala do entrevistado 1, é curta e precisa. O mesmo refere-se a epidemia de dengue como fato histórico, que marcou a implementação do programa.

O entrevistado 17, a seguir, expressa a importância da epidemia de 2002 e os reflexos da mesma sobre o PSA:

> Aí eu cito um fator, 'o fator', talvez! Quando o programa começou em 2002, com a epidemia de dengue. [...] Então, e como eu falei pela própria, é, epidemia que vem em 2002, e a gente ficou centrado basicamente em reduzir o risco de dengue na cidade. Aquilo de certa forma travou um pouco as

[83] Entrevistado 1

> idéias, a vontade, o desafio que existiu [...]. Eu acho que até tudo no PSA, aquilo tudo é um divisor de águas. Eu acho que é como um trauma, como quando você leva uma queda e ai você tá na fisioterapia, eu acho que o PSA tá na fisioterapia porque não conseguiu se reerguer diante daquela, daquela epidemia. [...] E talvez se não tivesse epidemia, o programa tivesse engrenado com essa ideologia mesmo que ele vinha trazendo, eu acho que a base era muito forte. [...] Por muito tempo a própria coisa dos materiais prejudicou, mas aí a coisa da dengue, pra mim, é como se fosse um acidente, não é? Uma batida de carro que a pessoa se machucou e teve que fazer umas certas fisioterapias. (Informação verbal)[84]

A fala acima enfoca questões cruciais, que repercutiram fortemente e que repercutiam até 2007, ano de realização das entrevistas. Para o mesmo, a epidemia de 2002 deve ser vista como um acidente grave, no percurso de algo que se propunha inovador e amplo, levando a uma focalização das ações no sentido de conter a epidemia. Ao expressar a epidemia de 2002 como um divisor de águas, o entrevistado reforça a gravidade da mesma, e lança a dúvida de se, na sua ausência, o PSA teria conseguido cumprir com o total das ações previstas ainda em 2002.

Segundo matéria veiculada no Diário de Pernambuco, no dia 24 de março de 2002, houve o adoecimento de 843 pessoas em um só dia, embora a própria Secretaria de Saúde, através da DVS, reconhecesse a possibilidade de subnotificação (EPIDEMIA..., 2002). Logo é compreensível que diante de um quadro de tal magnitude os ASA tivessem suas ações concentradas e focalizadas para o controle da doença.

Para Bloch (2002) em face de epidemias cabe aos gestores públicos assegurar a população, através da informação e transparência das ações, implementar medidas ágeis de controle vetorial, e garantir a atenção ao doente. Nesse sentido, a Secretaria de Saúde do Recife identificou cinco eixos prioritários de ação: melhoria da notificação/vigilância epidemiológica; atenção ao doente; intensificação das ações de controle vetorial; mobilização da sociedade/educação; divulgação de informações/transparência. Grande parte de tais ações, a serem desempenhadas pelos ASA (RECIFE, 2002c; LYRA, 2005).

Porém, o fato dos ASA terem apenas iniciados suas ações, criou de certa forma um paradoxo. Por um lado, os ASA que tinham formação diferenciada, de nível médio, inseridos em um processo de capacitação intenso, porém por outro, os mesmos tinham ainda pouca experiência prática, e sobretudo, pouco conhecimento das peculiaridades territoriais do Recife.

[84] Entrevistado 17

O processo de implementação de uma política pública é momento crucial. É o momento durante o qual são implementadas ações para que os projetos, atividades, metas e objetivos propostos sejam cumpridos. Logo, uma implementação em um momento de crise certamente interferiu fortemente no desenvolvimento da política. Durante um processo de implementação, decisões têm que ser tomadas, e não só implementadas (SILVA; MELO, 2000). Logo, diante de uma crise, gerada pela explosão epidêmica, a Secretaria de Saúde teve que tomar a decisão de canalizar os esforços no sentido de minimizar os danos da mesma.

Conforme Silva e Melo (2000), a implementação, não raro, 'cria' políticas, e parece ter sido esse o caso do PSA, em função da epidemia de dengue. O enorme esforço desenvolvido pela Secretaria de Saúde do Recife em face de mesma, criou uma imagem do PSA diretamente vinculada à doença. O peso da epidemia de dengue no PSA foi tão intenso, que um dos entrevistados considerou que foi a dengue o motivo para o surgimento do programa:

> [...] eu acho que foi o carro chefe, a dengue! [...] que tava acontecendo casos e acho que eles queriam, assim, trabalhar é... o vetor, aí foram surgindo outras coisas. É, outros tipos de, de... que a gente poderia trabalhar na área e foi se alastrando pelas áreas de cobertura ambiental. Mas no começo foi a dengue, não foi? (Informação verbal)[85]

A fala do entrevistado 20 é emblemática da visão que ficou vinculada ao PSA, sobretudo por parte da população, porém incorporada também por profissionais que atuam no próprio programa.

Um programa que foi elaborado a partir de princípios amplos, incorporando conceitualmente a vigilância sobre riscos tanto biológicos como os não biológicos, via-se naquele momento diante do desfio de conter o avanço da epidemia, e diminuir rapidamente os índices de infestação do vetor e, conseqüentemente, o número de adoecimentos na cidade, fazendo com que a implementação do PSA naquele momento tenha redefinido prioridades (LYRA, 2005).

É importante destacar os desafios que cercam o processo de implementação de uma política, e o hiato que muitas vezes separa a formulação de tal momento, levando a não raro, uma distância entre o discurso político institucional, expresso pelo conteúdo da política, e o que de fato é operacionalizado (PEDROSA, 2004). A crise deflagrada com a epidemia de dengue é um bom exemplo do hiato entre formulação e implementação, em função da imprevisibilidade da dinâmica social.

[85] Entrevistado 20

A fala abaixo tem por principal ponto a percepção do entrevistado 12 sobre a visão da população em relação ao agente, o que foi identificado também pelo TCE, durante sua auditoria (TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMABUCO, 2005).

Porém, mais grave é a ressalva que faz o entrevistado sobre a auto-referência do ASA em relação ao seu próprio trabalho. Para o entrevistado, os mesmos, ao menos em sua maioria, não criam vínculos suficientes para descolar a imagem de agente da dengue para uma visão de agente amplo, com múltiplas responsabilidades e atribuição.

> A gente perdeu por questões diversas, seja o início conturbado do programa, não é? De você ter que enfrentar uma problemática de saúde muito séria, mas pontual, não é? Quando você vem com uma proposta de um agente completo, e esse agente passa ter a visão de um único problema... Então, é... [...] é, no caso, a dengue, não é? Então ainda hoje algumas comunidades conhecem o ASA como agente da dengue. Porque ele mesmo não se coloca diferente, sabe? Se ele já me conhece desse jeito, então, que deixe. É a questão do conhecimento do próprio trabalho. (Informação verbal)[86]

Matus (1989, 1996), em seu momento tático-operacional descreve as funções administrativas de direção, coordenação de controle e avaliação. A dinâmica do momento tático-operacional se dá através da avaliação constante da conjuntura e de atuação diante da mesma. Porém, alerta Matus, é necessário buscar evitar que restrições do presente alterem a direcionalidade do plano inicial.

No exemplo do PSA, diante de um evento grave, que exigia ações imediatas e ágeis, os gestores da Secretaria de Saúde parecem ter conseguido agir oportunamente, e os ASA foram fundamentais para o sucesso das ações (LYRA, 2005). Porém a vinculação do PSA com as ações de controle da doença, parece ter interferido na própria imagem do ASA em relação às suas atribuições e sobretudo seu papel de agente ambiental. Ao menos é o que se percebe das falas anteriores.

Portanto, o principal achado referente ao contexto de implementação do PSA, diz respeito à forte influencia que teve a epidemia de dengue sobre o programa, seus atores, e, sobretudo, sua imagem, tanto externa, criando identidade do ASA como agente da dengue, como internamente, na auto imagem dos ASA em relação ao seu trabalho (ALBUQUERQUE; AUGUSTO, 2005; BEZERRA, 2008; TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMABUCO, 2005).

[86] Entrevistado 12

6.6.3 **O processo de implementação**

É que ha distância entre intenção e gesto [87]

O processo de implementação do PSA foi constrangido em função de uma conjuntura especial, a maior epidemia de dengue até então vivida pela cidade. Porém outros aspectos relacionados à implementação devem ser destacados. A seguir discutiremos os principais achados relativos ao processo de implementação do PSA em 2002.

Um primeiro achado refere-se ao lançamento do programa em um só momento, em todo o território da cidade.

Para o entrevistado 2 a implementação em um só momento, e em toda a cidade, foi uma decisão acertada, pois caso contrário, as dificuldades operacionais do programa teriam retardado a implementação nas demais áreas:

> Eu acho que o PSA tinha que se implementado na cidade como um todo, não é? Eu fico muito preocupada em começar com um piloto e nunca sair dele. Eu acho que tinha que ser assim mesmo. (Informação verbal)[88]

O entrevistado 1 vai além. Para o mesmo:

> O fato dele ser levado à cidade como um todo. Se não ele não sairia nem de uma quadra, não é? Porque dada a complexidade do programa, se ele fosse feito em piloto, eu acho que nem o piloto você ia conseguir implementar, como até hoje a gente não consegue implementar tudo o que foi pensado teoricamente ali. Foram avanços que nunca saíram do papel, tem coisas que avançaram e retrocederam, tá? [...] A forma e o momento político. Se não fosse aquele momento, depois de dois anos já era outro, não é? [...] O fato de você ter o inicio de gestão todo o desejo de mudança, aspirações maiores, dependendo do grupo de gestores que tava ali. Então eu avalio que foi positivo nesse aspecto de não ter sido piloto. E só é... daquela coisa que você só se dá conta disso algum tempo depois... (Informação verbal)[89]

Conforme a fala anterior, se a implementação ocorresse em etapas, provavelmente até pelo menos no momento da entrevista, ainda não teria ocorrido a implementação de todo o PSA. O destaque da fala se localiza na relação entre o contexto e a implementação, pois, segundo o entrevistado, se não houvesse a ousadia do início da gestão, provavelmente o contexto local posterior a 2002 não favoreceria a expansão do programa. Assim, o PSA ficaria

---

[87] Trecho da música Fado Tropical. Chico Buarque e Rui Guerra
[88] Entrevistado 2
[89] Entrevistado 1

provavelmente restrito a área piloto. Portanto, para o mesmo, soube-se captar a oportunidade surgida em função de uma conjunção de fatores, e lançar o PSA em todo o território da cidade.

Ao preconizar entre seus princípios a universalidade das ações, os gestores do PSA assumem um compromisso com a capilaridade do programa, que deveria cobrir todo o território municipal (BEZERRA, 2008). Portanto, a implementação do PSA em todo o território do Recife, em um só momento, era desafiadora, porém necessária para o cumprimento do preceito da universalidade das ações.

Porém, se implementar o PSA em um só momento significou desafios substanciais à gestão, a chegada dos Agentes no território não se deu sem dificuldades e conflitos. Portanto, um segundo achado foi relativo ao perfil dos agentes selecionados, todos com no mínimo nível médio de escolaridade.

Como destacou Martins (2005), grande parte dos ASA selecionados em 2001 tinham nível superior de formação, para cujo fato levanta-se a hipótese do desemprego elevado. Porém, Nelson (2005) e Lima (2005) alertam para a grande rotatividade dos ASA, provavelmente em função da própria escolaridade dos mesmos, pois novas oportunidades de vínculos são mais fáceis para profissionais melhor qualificados.

O entrevistado 9 reconhece tal aspecto:

> [...] mas, ressalto, que uma fragilidade é a rotatividade do ASA, não é? Porque ele cria uma confiança, e mais na frente ele vai sair [...]. Isso pode comprometer, não é? Porque você perde aquele vínculo, aquele elo de confiança entre o beneficiário e o programa. (Informação verbal)[90]

A elevada rotatividade é uma fragilidade do Programa, e tem representado dificuldades para o alcance da cobertura universal do PSA, fazendo com que de modo mais ou menos constante, existam áreas não cobertas pelo programa. Porém, uma das principais fragilidades geradas com a rotatividade dos ASA é a quebra de vínculo com a população.

A alocação de cada ASA em um território definido deveria cumprir dois grandes objetivos. A vinculação do ASA à população da localidade, e a responsabilidade sanitária do mesmo em relação ao seu território de ação. Assim, a rotatividade constante dos mesmos acarreta uma quebra de vínculos, tanto por parte da população, que deixa de reconhecer ‘o seu ASA’, como por parte do PSA, já que o agente não tem tempo hábil para criar vínculos com o território (LYRA, 2003).

[90] Entrevistado 9

Porém, Bezerra (2008) problematiza outro aspecto diretamente relacionado ao anteriormente discutido. O autor identifica a existência de ASA que se apropriam do território sobre o qual são responsáveis, agindo como agentes públicos. Porém, há aqueles que não se inserem em seus territórios, ou não sendo bem aceitos pelas comunidades ou não sendo identificados como agentes públicos com múltiplas atribuições, ou ainda mais grave, não identificando a si próprio enquanto tal.

Logo, a complexidade envolvida no processo de responsabilização sanitária dos ASA para com seus espaços de atuação, não se limita à permanecia dos mesmos no âmbito do PSA. Vincula-se também a características peculiares dos próprios ASA, dos gestores envolvidos, e mesmo da capacitação dos Agentes para desempenharem adequadamente suas funções.

Bezerra (2008) relata ter encontrado uma instigante capacidade de análise sobre os seus territórios, em alguns ASA, porém também identificou um fosso entre os agentes, localizados na base estruturadora do PSA, e os gestores do mesmo. Por outro lado, Silva, Marinho e Santos (2003) identificaram em 2003 um grau de adesão insatisfatório dos ASA em relação às suas ações, e consideram que seriam dois basicamente os aspectos que dificultariam a maior integração dos ASA ao programa. De um lado, os mesmos não se identificariam como protagonistas das ações, agindo em grande parte a partir de demandas superiores, ou de rotinas bem estabelecidas. De outro, há uma aparente inserção no programa, não por identidade vocacional, mas por necessidade de emprego, o que fragiliza o PSA.

Há ainda outro aspecto crucial, problematizado por Bitoun (2005) e Bezerra (2008), e diz respeito à própria concepção de território adotada pelo PSA, tendo sido o terceiro achado referente ao processo de implementação do programa.

Partindo do que é território para a geografia, Bezerra (2008) argumenta que a adoção de instrumentos diversos, tais como o Mapa de Condições de Vida (Guimarães, 1998) e dados epidemiológicos distribuídos espacialmente, representou um avanço importante, permitindo a concepção do mapa de risco que norteou o PSA. Porém, a limitação apresentou-se no momento da operacionalização do instrumento. O autor pode identificar, em espaços contíguos, realidades díspares. Entre as áreas dos agentes A e do agente B, exemplifica, há uma área de prevalente violência, que limita e constrange as ações de B, mesmo que na definição de risco os dois territórios estejam localizados no mesmo padrão definido pelo PSA.

A entrevista 15 refere-se aos aspectos apontados pelos geógrafos. O entrevistado identifica a distância entre a concepção de território definido pelo arcabouço conceitual do PSA e o que acontece na operacionalização do programa.

> Primeiro, o lado bastante acertado por parte dos responsáveis de elaborar um programa territorializado. Havia mesmo a concepção e o manejo a partir dessa concepção do programa, a concepção do território e o manejo do programa inserindo no território, que era a visão que tinha presidido a sua organização. Bom, eu acho que isso foi muito acertado e era uma coisa muito interessante, não é? Segundo, é... se pode observar que havia um certo, uma certa distância entre o lado operacional na ponta quase inevitável. O lado operacional na ponta, o cotidiano do agente enfrentando desafios, significou antes desgaste físico e a estrutura gerencial que recebia informações que de certa forma tinham que tomar decisões mais estratégicas. E aí havia uma certa, eu diria que havia uma distância entre essa dimensão estratégica e a dimensão operacional. (Informação verbal)[91]

Tendo identificado tal contradição, e considerando necessária a participação de atores dotados de saber especifico, a DVS entrou em contato com o Observatório de Políticas Públicas e Práticas Sócio-Ambientais, do Departamento de Geografia da UFPE, com o intuito de adequar o território dos ASA às realidades concretas encontradas pelos mesmos em seu cotidiano de ação (ALBUQUERQUE, 2005).

Bitoun (2005), ao relatar as necessidades identificadas, tanto pelos gestores como pelos consultores, reconhece que as principais contradições localizavam-se na percepção diferenciada do território entre a esfera gerencial e os agentes encarregados da operacionalização, os ASA. Para os gestores, o território é desmaterializado, mediado por um conjunto de informações agregadas, que contribuem para definição de ações e medidas de controle. Para os ASA, porém, a territorialidade é material, e a relação com o território e suas características (imóveis, cursos d'água, acúmulo de lixo) se dá em uma escala de 1 para 1, ou nas palavras de Bitoun, é percebida através de uma materialidade direta e cotidiana.

Diante de tal constatação, reconheceu-se a necessidade de redefinição dos territórios dos agentes, agora não só tendo em consideração os dados epidemiológicos de condições de vida, mas ainda as configurações físico-territoriais, ou seja, não só o número de imóveis, mas os declives ou aclives, canais e canaletas, ou outras barreiras naturais de acesso (BITOUN, 2005; OBSERVATÓRIO PERNAMBUCANO DE POLÍTICAS PÚBLICAS E PRÁTICAS SÓCIO-AMBIENTAIS, 2003).

No seu estudo, Bezerra (2008) aprofunda tais questões, finalizando com a proposta da concepção de mapas operacionais para o PSA, que permita a apropriação pelos gestores da materialidade dos territórios dos ASA, no sentido de contribuir para a equidade das ações. Além do uso de bases cartográfica do território, o autor recomenda a incorporação de variáveis antes não consideradas, como áreas violentas ou áreas alagadas e alagáveis, porém

[91] Entrevistado 15

lançando o alerta para a necessária adequação permanente dos territórios dos Agentes de Saúde Ambiental, e dos indicadores propostos para definição dos mesmos, em face da dinâmica própria de uma metrópole urbana, contraditória como o Recife.

Consideramos que tal adequação pode em grande parte ser realizada a partir dos próprios ASA, que ao estabelecerem uma relação de materialidade 1 para 1, acompanham as mudanças do território.

O extrato da entrevista 6, a seguir, corrobora as recomendações de Bezerra, e alerta para a necessidade de observar o território da cidade em sua dinâmica particular, e as repercussões que a não observância de tal aspecto vem acarretando no PSA ao longo do tempo.

Uma cidade, como o Recife, não é estática, e sua dinâmica de crescimento influencia diretamente o desenvolvimento de programas que tem o território como base operacional. Para Bitoun (2005, p. 284), o PSA tem tudo a ganhar ao construir uma relação permanente com o território, 'estabelecendo uma pratica sócio-ambiental inserida na promoção da saúde e, em termos mais gerais, na qualificação do espaço urbano'.

> Então, por exemplo, hoje nós temos a dificuldade que é a gestão do número de imóveis, não é? Crescendo o tempo todo. Então quais são as estratégias que o programa pode tá tendo pra dá conta disso. A gente precisa tá amadurecendo com o programa, não parar, não é? Criou, planejou, criou as estratégias do programa e parou ali. E acho que assim, precisa-se ter essa visão mais ampla desse programa também vai ter que se tá modernizando, vai ter que tá sendo discutido o tempo todo pra dar, pra tá dando conta das dificuldades, das necessidades que vão aparecendo e que não, nem sempre conseguem ser pontuadas, nem sempre conseguem ser planejadas. Então eu acho que esse programa, ele, ele precisa dar conta disso, ele ainda não tem dado conta disso. (Informação verbal)[92]

A fala do entrevistado 6 expressa a necessidade de ajustes e aprimoramento constante das políticas públicas, no caso o PSA. O aspecto mais importante da fala acima é o reconhecimento de que uma política não se encerra ao ser implementada. Pelo contrário, é um processo de recursão organizativa (MORIN, 2003). Uma política ao se desenvolver cria novas demandas e necessidades. O processo recursivo é constante, exigindo acomodações de ações, estratégias, ou mesmo redefinição de princípios organizativos, fato reconhecido por pensadores da implementação de políticas públicas, e no nosso estudo, comprovado seja pela ocorrência da epidemia de dengue, seja pela identificação dos constrangimentos territoriais percebidos apenas durante a implementação (HILL; HUPE, 2007; WALT, 2006).

[92] Entrevistado 6

Devemos destacar o fato dos gestores do PSA buscarem perseguir tal objetivo, e através da parceria com a UFPE estarem em processo de implementação de um Sistema de Informações georeferenciadas, utilizando tecnologias de ponta, tanto cartográficas (GPS), como o uso de Palmtops para gerarem as informações[93].

Porém, além da dificuldades marcadas pela materialidade do território, com seus constrangimentos (BITOUN, 2005; BEZERRA, 2008), identificou-se a partir das falas dos entrevistados, e corroborada por alguns estudiosos do tema (ALBUQUERQUE, 2005; ALBUQUERQUE; AUGUSTO, 2005), que houve uma cronologia de implementação inicialmente focada nos riscos biológicos, em detrimento do monitoramento dos riscos não biológicos, aí incluídas as ações intersetoriais.

A cronologia de implementação de ações, centrada inicialmente nas ações voltadas para os riscos biológicos, foi outro achado importante em relação ao ano de 2002.

Em relação ao tema assim se colocou o entrevistado 1:

> E um outro aspecto é, o que já tinha uma prática, e aí já puxando pra organização, da gente pensar um grande departamento que você tinha dentro, dentro do programa, os departamentos de riscos biológicos e riscos não biológicos, um conceito que a gente incorporou do documento da OPAS [...] mas o biológico, o que era que tradicionalmente, o CVA já fazia. Essas mudanças, essas fundamentações eu acho que foram mais fácies de serem implantadas porque você já tinha um histórico. Você rompia com a praxe, você tinha algo de novo, mas você já tinha um histórico, uma tradição, não é? [...] No departamento de não biológico, eu acho que esse foi uma grande dificuldade, não é? [...] Então isso foi muito difícil no primeiro ano pra mim, pra equipe, não é? Que tava colocado naquela órbita, que eu não sentia dentro da diretoria é... espaço pra começar a realizar o que a gente tinha, tinha pensado. Então foram 6 meses, 1 ano de angústia que agente viveu não é? [...] Tinha teoria, mas a prática demorou, não é? Pra você ter idéia, a gente começou a operacionalizar o não biológico um ano depois de implantado o programa. Foi quando você começa a ter ações práticas do risco não biológico, e que muitas vezes não chegavam nesse primeiro, nesse ano, essas ações aqui não chegavam no ASA, elas ainda tavam no nível gerencial que não era o ASA**.** Só em 2003, veja, 2001, 2003, quase 3 anos depois de elaborado o programa ... (Informação verbal)[94]

A fala do entrevistado sintetiza todas as demais que abordaram o tema. De um lado, reforça o avanço conceitual do PSA em incorporar ações voltadas para enfrentamento dos riscos não biológicos, porém é enfático quanto ao retardo no processo de implementação dessas ações.

[93] Informações obtidas junto aos gestores do Programa, em 2009.
[94] Entrevistado 1

Walt (2006) discute por que políticas definidas por organismos internacionais muitas vezes falham durante o processo de implementação. Para a autora, os referidos organismos não levam suficientemente em conta as particularidades locais, assumindo, erroneamente, que o processo de implementação ocorre em conseqüência direta da formulação de uma política.

No caso do PSA, embora o termo de referência do Programa, ou o próprio Decreto de criação do mesmo, sejam enfáticos ao definir entre o escopo das ações preconizadas pelo PSA ações voltadas para enfrentamento dos riscos não biológicos, na realidade, houve pouca definição estratégica no momento da implementação do programa, traduzida em uma priorização das ações voltadas para fazer face aos riscos biológicos (RECIE, 2001, 2002a, 2003a).

Entretanto, outros aspectos merecem ser considerados, no caso do PSA, como a eclosão da epidemia de dengue. Por outro lado, a epidemia de dengue, e as demandas criadas devido à mesma, não explicam completamente o retardo na implementação das ações voltadas para os riscos não biológicos. Certamente aspectos relativos à cultura organizacional tiveram peso significativo no retardo da implementação das ações voltadas para os riscos não biológicos, que representavam naquele momento o contato com o novo, o inexplorado.

Como argumentam Viana e Baptista (2008), se durante o momento da formulação de uma política há oportunidades para grandes consensos, no momento da implementação é que a política se expressa em toda sua completude e potencialidades. É o momento no qual emergem novos atores que apóiam ou se opõem, estabelecendo novos pactos. Entre os novos atores presentes, destacam-se os técnicos diretamente relacionados à operacionalização das ações previstas.

Durante o período de formulação do programa não identificamos oposição, ao menos não explicitada. No entanto, durante a implementação do PSA, a entrada em cena de forma mais efetiva dos ASA, AOA, Supervisores, dos técnicos dos setores de vigilância ambiental, tanto no nível central da Secretaria de Saúde como nos Distritos Sanitários, pode ter contribuído para que as ações voltadas para monitoramento sobre os riscos não biológicos tenha sido retardada.

O entrevistado 3 sintetiza abaixo a dificuldade que os próprios formuladores do PSA sentiram diante da política conformada. Por um lado, reconhece o PSA como proposta inovadora e importante, de outro, manifesta a sua perplexidade diante do mesmo, traduzida no medo da mudança e da capilarização da gerência do PSA para os DS. Ao mesmo tempo em que tinha consciência de que estava diante de algo inovador, temia, de modo mais ou menos explícito, a perda de poder de mando e decisão, e sobretudo em adotar novos processos de

trabalho, horizontalizado, descentralizado e articulado, exigência clara das diretrizes programáticas. Portanto, as contradições dos próprios atores envolvidos diante da magnitude do programa é outro achado importante a ser considerado, relativo ao ano de 2002.

> Então a nova proposta, a necessidade de uma coisa nova, eu acho que existia. Pode parecer contraditório tá dizendo isso, mas existia uma certa resistência a trabalhar de outra forma, vamos dizer assim. De romper com certos paradigmas. Apesar de saber que deveríamos mudar alguma coisa, mas eu acho que foi um dificultador. Você mudar a cabeça de quem já estava lá a muito tempo, de que, mudar a forma de trabalhar, sair daquelas estruturas de caixinhas de nível central, tirar gente de Nível Central e mandar para os Distrito é uma... eu acho que, foi um choque de certa forma. [...] é, é, pronto! Eu posso falar de mim mesmo, é até melhor que eu fale de meus sentimentos, que é mais fácil. Assim, de uma certa forma, apesar de eu está na elaboração da proposta, assim, até sem querer você também tem uma certa resistência às vezes, não é? O programa já nasceu descentralizado, às vezes você via, você dava autonomia, era proposta nossa de dar autonomia aos Distritos pra tomar decisões e tal, não é? Em alguns momentos até eu mesmo desistia, que eu dizia, ah, meu Deus do céu, você vai acabar perdendo o controle porque os Distritos são autônomos demais, era resistência de minha parte, porque era o que a gente queria. (Informação verbal)[95]

O exemplo do processo de implementação das ações voltadas para os riscos não biológicos, ou da gestão descentralizada, conforme a fala acima, pode ser considerado um interessante exemplo *bottom-up* de implementação. Identificou-se, a partir das entrevistas, a influência exercida pelos agentes implementadores, que retardou a implementação das ações talvez mais inovadoras do PSA, o monitoramento dos riscos não biológicos, e que representava o grande avanço no sentido de uma compreensão ampliada do que seja Vigilância Ambiental em Saúde (BUSE; MAYS; WALT, 2007; HILL; HUPE, 2007; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2002a).

Além disso, ao assumir suas próprias dificuldades em mudar processos de trabalho já existentes, o entrevistado lança luz sobre uma questão crucial.

Teixeira e Paim (2000) ressaltam as dificuldades de se enfrentar mudanças nos processos de trabalho, e particularmente, na redistribuição de poder implícita nas práticas que, ao se preconizarem promotoras de saúde, incorporam em seu arcabouço teórico metodológico o preceito da descentralização, da intersetorialidade e de ações abrangentes, visando impactos nas condições de vida da população.

[95] Entrevistado 3

No caso do PSA, a lógica horizontalizada da gestão, a definição de articulações intersetoriais como estratégias prioritárias, e a necessária mudança de processos de trabalho, foram aspectos que dificultaram, e têm retardado o PSA passar plenamente do campo das idéias para o campo da ação, conforme a fala anterior enfatiza.

Bitoun (2005) considera uma grande contradição do PSA, identificada a partir da sua participação como consultor do mesmo, a construção da intersetorialidade. Embora tenha identificado articulações entre atores na ponta, o pesquisador destaca a ausência de um planejamento mais sistemático e efetivo das ações intersetoriais.

As contradições relacionadas à implementação das ações intersetorias se configuram em mais um achado que particulariza o processo de implementação do PSA.

Para Bitoun (2005) os agentes da ponta constroem relações horizontais mais facilmente. Porém, no âmbito da cultura organizacional e das praticas administrativas, as relações que se estabelecem são prevalentemente verticalizadas, com predomínio de interesses corporativos, dificultando as ações solidárias dos agentes localizados na ponta.

Implementar práticas intersetoriais implica decisão política de fazê-lo, pois requer mudanças de atitudes diante dos problemas. Como alertam Westphal e Mendes (2000), em torno de problemas é possível a agregação, em torno de setores, nem sempre.

As dificuldades que cercaram a implementação de práticas intersetoriais foram reconhecidas por entrevistados situados em diversos pontos de observação, se de gestor ou ator na ponta. As diferentes falas foram carregadas de nuances, sutis ou nem tanto.

Vejamos a fala abaixo:

> Eu me lembro que dentro da prefeitura a gente trabalhou, é, políticas, foram formados grupos de trabalho, tal, mas, saía ali da reunião, tá certo? O que acontece é que todos são divididos. Setores particulares, cada um vai ter sua forma de como, como atuar aí, tá certo? O outro tipo de integração é uma integração lá na ponta onde estão acontecendo as coisas, é, o ambiente, vamos dizer assim. E aí, é outro tipo de esforço que às vezes é bem sucedido. A intersetorialidade não é algo muito, muito fácil de alcançar. Aí estão em jogo os interesses. Você tem cultura, você tem, é, enfim, é, têm formas de gestão diferente, tá certo? Aliás, acontece [...] Em momentos de risco, [...] morros em tempo de inverno, precipitação pluviométrica, houve mobilização. Aí são esquecidas as diferenças e que na prática se deu a articulação [...]. Então, é um processo constante, não é? Eu acho a gente, as instituições, ainda não estão preparadas ainda pra uma ação intersetorial de, de mais concretude. (Informação verbal)[96]

[96] Entrevistado 10

A fala do entrevistado 10 pontua questões relevantes. Primeiramente, aponta a distância entre discurso institucional e a efetivação das ações intersetoriais. Segundo, ressalta os diferentes ritmos e práticas institucionais, que dificultam articulações intersetoriais. Porém, em momentos de crise, casos das intensas chuvas com risco de mortes decorrentes de desabamentos ou desmoronamentos, as instituições conseguem se agregar em torno de um objetivo comum. Por fim, e talvez o ponto mais interessante da fala acima, é que, na ponta a articulação entre atores na concretude do dia-a-dia é mais efetiva, corroborando as observações de Bitoun (2005).

A intersetorialidade necessita de algumas condições prévias, como vontade dos envolvidos, competência para implementar as ações preconizadas, porém, sobretudo, vontade e habilidade política (GALINDO, 2004).

No caso especifico da Prefeitura do Recife, ou mais precisamente, do PSA, havia vontade expressa de realizar ações articuladas entre diferentes órgãos e Secretarias Municipais. A vontade política era expressa tanto em nível municipal como no âmbito do setor saúde (RECIFE, 2002; 2002b). Entretanto, a partir da fala do entrevistado, a intersetorialidade se materializou em momentos de crise ou agudização de problemas crônicos, caso das fortes chuvas que periodicamente acometem a cidade.

O desafio da intersetorialidade está relacionado a mudanças de culturas institucionais, particularmente nas esferas gestoras. A diretriz da intersetorialidade tem sido insuficiente para transitar da teoria à prática. Bitoun (2005), ao identificar que na ponta, na esfera operacional das ações, a intersetorialidade se materializa, o que é reforçado pelo Observatório de Políticas no Relatório Final da sua consultoria, identifica os níveis gestores como ponto de estrangulamento (OBSERVATÓRIO PERNAMBUCANO DE POLÍTICAS PÚBLICAS E PRÁTICAS SÓCIO-AMBIENTAIS, 2003).

No mesmo sentido caminhou a fala do entrevistado 10, para quem, na materialidade do cotidiano, as ações intersetoriais parecem se desenvolver, o entrave estando localizado nas esferas decisórias.

A intersetorialidade está fortemente relacionada à distribuição de poder. Só através da horizontalização das ações, e definição de co-reponsabilidaes, a intersetorialidade passará do plano teórico, assumido nos documentos municipais, para realidade concreta (RECIFE, 2001; 2002a, 2002b, 2003, 2003b, 2004a).

Agir intersetorialmente implica uma complexa rede de relacionamento, e não deve anular as singularidades do fazer setorial (JUNQUEIRA, 2000). O que caracteriza a ação intersetorial é a possibilidade de síntese, de ação horizontalizada, estando, porém,

intensamente interdependente de decisão política, mudanças de processos de trabalho, e, redistribuição de poder (WESTPHAL; MENDES, 2000).

Como os processos de trabalho executados na ponta do programa, ou por parte de outros atores institucionais é menos revestido de disputas de poder, e provavelmente pela premência sentida pelos agentes no território, o desenvolvimento de ações articuladas entre si foram mais efetivas.

Talvez a descrição mais completa da articulação na ponta tenha sido dada pelo entrevistado 8. O entrevistado descreve como a Defesa civil e o PSA interagem, potencializando suas respectivas ações:

> Então, o ASA, ele é uma pessoa que conhece o território, é... isso na minha opinião é algo muito importante, tem algumas pessoas que não acham. Não adianta você trazer pra o território uma pessoa que não conhece, não sabe a política nem a dinâmica do território, isso é uma coisa muito importante. É... a outra questão é que dentro das ações de vistoria, então, quem vai fazer vistoria num ponto de risco? É o técnico da defesa civil capaz de ver o risco, então, um agente de defesa civil treinado pra isso [...] então na composição dessa equipe ele necessariamente pode, assim, necessariamente ele pode encontrar fazer a vistoria, mas se o ASA for capacitado, treinado pra fazer, ele pode [...] e o ASA pode aproveitar a presença na equipe que tá fazendo essa varredura, pra que ele tomasse a atitude de Agente de Saúde mesmo, verificasse do imóvel que estava vistoriado se existia alguma correlação, por exemplo, com relação a dengue e que essa família precisasse, é... ser orientada, tá? (Informação verbal)[97]

A fala do entrevistado 8 retoma alguns aspectos interessantes. Por um lado, a cooperação que se estabeleceu a partir de situações de crise, a partir de operações bem definidas. Por outro, a possibilidade de potencializar as ações, pois, ao contribuir com a defesa civil, o ASA não prescinde de suas atribuições específicas.

Por fim, o entrevistado retoma a discussão pontuada por Btioun (2005) e Bezerra (2008) sobre a apropriação e materialidade do território pelo Agente, no seu cotidiano. A Codecir soube utilizar a apropriação do território por parte dos ASA, contribuindo para o controle de riscos, evitando danos severos e mortes nos morros do Recife. Tal potencialidade do PSA ainda tem sido pouco explorada pela gestão municipal.

O exemplo acima torna pertinente o alerta expresso pelo entrevistado 14. Para o mesmo, o setor saúde tem que compreender-se como mais um ator dentro do processo

[97] Entrevistado 8

político, e não como o condutor de todas as ações, talvez entre todos, o maior dos riscos que incorrem as instituições ao preconizarem ações intersetoriais.

> Porque o pecado da intersetorialidade é que muitas vezes a gente quer fazer uma super secretaria, no nosso inconsciente é fazer uma super secretaria com a gente gerenciando e dando as ordens pra os outros. [...] Você dá ordem, utilizar o outro como objeto? Você não pode utilizar o outro meramente como um objeto, de dar tarefa disso. Então isso é difícil. Então o outro se sentir um mero objeto. E a saúde muitas vezes faz [...] eu acho que têm que ser mantidas as identidades e as pontes construídas de maneira estratégica, altamente estratégica nesse ponto. (Informação verbal)[98]

Teixeira e Paim (2000) encontram no PES de Carlos Matus (1996) o potencial eixo condutor das ações intersetoriais. A articulação de ações a partir de problemas ou operações pode contribuir para a construção de pactos, diante dos quais, cada ator se coloca a partir de seu próprio olhar, identificando sua contribuição diante do problema a ser enfrentado. O exemplo da operação denominada de 'Guarda-Chuva', descrita pelo entrevistado 8 anteriormente, é um exemplo bem sucedido de articulação de diferentes saberes e práticas, rumo a uma ação conjunta.

A discussão sobre a intersetorialidade, e a busca por construção de alternativas, se intensifica a partir de 2003, com a criação dos fóruns de ações integradas, tentativa de estruturar as ações por prioridades e atribuições. A experiência dos fóruns merece atenção especial, sobretudo, é necessário se compreender porque uma idéia que se estruturou a partir dos princípios preconizados pela gestão municipal não conseguiu apoio político suficiente para ter continuidade.

Como nossa análise foi centrada nos dois primeiros anos do PSA, aqui não foram aprofundados o desenvolvimento das ações intersetoriais. Porém, alguns extratos de entrevistas deixam claros os conflitos de interesses que surgiram para que tal prática fosse de fato efetiva.

[98] Entrevistado 14

6.6.4 **Entram em cena os ASA, mas, não só!**

A ponte é o abraço do braço do mar com a mão da maré[99]

Durante o processo de implementação do PSA diversos atores tiveram papel de destaque. No presente tópico ressaltaremos exclusivamente aqueles que só entraram em cena em 2002.

Com a implementação do PSA, entram em cena um total de 768 Agentes de Saúde Ambiental, além dos Agentes Operacionais de Apoio e dos Supervisores. Outros atores relevantes durante o ano 2002 foram os relacionados ao processo de capacitação dos ASA, consultores e parceiros de outras instituições para realização de ações intersetoriais.

Aos ASA cabem as ações cotidianas de visitas, monitoramento e intervenção sobre situações de risco identificadas. Os Agentes de Saúde Ambiental devem realizar ações de vigilância, controle, informação e educação em saúde, relacionados aos agravos sob monitoramento do programa. Cada ASA tem uma micro área sobre sua responsabilidade, e um número médio de visitas a serem realizadas durante cada ciclo de 40 dias úteis (RECIFE, 2001; 2003b).

Aos AOA cabem ações específicas, que requerem procedimentos operacionais não convencionais, a serem executados a partir da identificação de problemas de maior magnitude por parte dos ASA, em seus respectivos territórios. São as seguintes, as atribuições dos AOA: executar ações de desratização nas áreas indicadas a partir de critérios técnicos; executar ações de desinsetização e combate a animais sinantrópicos e peçonhentos; tratar e eliminar focos estratégicos de vetores de endemias; realizar bloqueio vacinal de casos de raiva, quando indicado; apoiar os ASA e as equipes distritais em campanhas informativas e de divulgação.

Por fim, integram a equipe de campo do PSA, os Supervisores. Cabe aos mesmos a realização de ações de planejamento e gestão do trabalho dos agentes sob suas responsabilidades, bem como a articulação das ações dos AOA, quando necessárias, e a informação sobre necessidades de ações a serem executadas por outros órgãos ou instituições (ALBUQUERQUE; AUGUSTO, 2005).

Um primeiro achado a salientar, foi a identificação durante as entrevistas, da importância dos ASA como atores fundamentais, com vetor de força positivo, para a execução do PSA. Os AOA não foram ressaltados na mesma intensidade, porém foi reconhecido o papel dos mesmos, e em geral, os mesmos foram considerados como inseridos no PSA.

[99] Trecho da música “Aponte’. Lenine.

Entre os 20 entrevistados, 18 deram destaque aos ASA diretamente. Os outros 2 se referiram aos mesmos de modo indireto, porém sempre chamando atenção para o papel dos agentes de ponta. Porém, o mesmo não se observou em relação aos Supervisores, que foram em grande parte, considerados ponto crítico do programa.

Em relação ao papel despenhado pelos ASA, vejamos o extrato da entrevista 13:

> Eu acho que os próprios ASA foram muito interessantes, eu acho que eles foram elementos fundamentais, o perfil deles, entendeu? Eles contribuíram muito para o programa acontecer. Se eles não fossem como eles eram, a gente não tinha conseguido. Foram fundamentais, os ASA! (Informação verbal)[100]

A exigência para seleção dos ASA foi de nível médio de formação, porém, observou-se que um número expressivo de agentes selecionados tinham formação superior, o que criou um paradoxo. De um lado, agentes altamente qualificados, e comprometidos. De outro, rotatividade elevada, que gerou problemas não desprezíveis, com já observado.

Outra característica dos ASA ressaltada como primordial, foi a alocação dos mesmos por áreas definidas. A cada ASA cabe sua micro-área, com suas características de risco. Martins (2005) considera que a criação de elos estratégicos entre o setor saúde e população é uma das principais características do PSA, facilitada pela construção de laços entre os agentes e os habitantes de sua área.

No entanto, se os ASA foram referidos por praticamente todos os entrevistados, o mesmo não se deu em relação ao papel dos ex-Agentes da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) lotados no município, e que foram definidos como Supervisores dos ASA.

Duas colocações se destacaram entre as entrevistas. A fala do entrevistado 2 considera ter sido um erro estratégico a escolha dos antigos agentes da Funasa para ocupar preponderantemente funções de supervisão do PSA.

A intervenção do entrevistado 12 vai mais além. Para o mesmo, os antigos Agentes da Funasa, além de não internalizarem as propostas programáticas, se opunham diretamente às novas diretrizes. Em outras palavras, atuaram como vetor de oposição à implementação do PSA no Recife, ao menos até o momento das entrevistas.

> [...] Se escolheu supervisores, é... aqueles que a gente tinha considerado que tinha a maior experiência. Mas experiência de que? De trabalhar com o pessoal da Funasa fazendo dengue. Inclusive, alguns supervisores vieram da Funasa**.** Então talvez a definição do supervisor tivesse sido na etapa anterior,

[100] Entrevistado 13

> treinamento antes, não é? Escolher realmente aqueles que tinham maior, capacidade, mas foi o contrário. (Informação verbal)[101]

Ou:

> Tem uma questão do PSA é que era uma nova proposta e nós tínhamos pessoas que não tinham internalizado isso, não é? Que eram os supervisores antigos. As pessoas da Funasa e tal... eles não tinham internalizado. Então o PSA tinha novas pessoas, pessoas que acreditaram naquela proposta, mas eles naquele momento eles eram, é, o limite entre a realização do sonho e a frustração, não é? E eles eram os supervisores. Eles eram as pessoas que diziam o tempo todo pra gente que a coisa não ia dar certo, que os gestores não sabiam de nada, que os gestores não queriam nada [...] Pra mim, sempre foi um problema pro PSA, não é? (Informação verbal)[102]

As intervenções acima pontuam a importância de análise do vetor de força exercido pelos diferentes atores. No caso dos Agentes da Funasa, pode-se inferir que os mesmos, exercendo um poder delegado, na medida em que foram definidos para ocupar funções de supervisão do programa, dificultaram a implementação de ações previstas no arcabouço teórico do PSA, e que iam de encontro a rotinas bem estabelecidas.

Tantivess e Walt (2008) ao discutirem o papel dos atores públicos e não públicos, na definição da implementação da terapia antiretroviral na Tailândia, consideram que deficiências no processo de implementação de políticas podem dever-se a oposição de atores que não tiveram participação durante o processo de formulação da política, porém que passam a ser considerados durante a implementação.

A descontinuidade entre formulação e implementação é influenciada pelo perfil dos atores envolvidos. Freqüentemente a formulação de políticas envolve profissionais tecnicamente competentes, e que dominam conceitualmente os preceitos da política a ser formulada. Porém, novos atores entram em cena durante a implementação. Tal dicotomia pode acarretar fraturas importantes no processo político.

Assim, alertam Sampaio e Araújo Jr. (2006) é desejável que sejam estabelecidos pactos entre os atores, e em diversos momentos.

A partir dos extratos das entrevistas acima, percebe-se que houve fragilidade por parte da Secretaria de Saúde em construir pactos com os ex-Agentes da Funasa. Partiu-se, aparentemente, de uma premissa falsa. Considerou-se que por terem formação e, sobretudo, salário diferenciado, os ex-Agentes da Funasa pudessem desempenhar funções díspares

[101] Entrevistado 2
[102] Entrevistado 12

daquelas exercidas durante anos de exercício profissional, sem que esforços prévios de capacitação, e em particular, que um processo prévio de pactuação, fossem realizados.

O extrato da entrevista 2, acima, é enfático ao colocar que a definição dos supervisores equivocadamente se deu em etapa prévia à entrada em campo dos ASA, e considera que tal definição, por ser estratégica para o bom andamento do programa, deveria ter sido posterior, a partir de critérios técnicos e identificação de compromissos durante a capacitação.

Houve uma escolha prévia de que a função de supervisão seria exercida pelos ex-agentes da Funasa lotados no município, sem se avaliar detalhadamente os riscos que tal atitude acarretaria, e, sobretudo, não se pensou na necessidade de um processo de capacitação prévia de tais agentes. Apenas no final de 2003, início de 2004 foi iniciada uma experiência de capacitação dos supervisores, a partir de um convênio entre a UFPE e a Secretaria de Saúde do Recife, que previa:

> Um Curso de Formação Continuada, dirigido aos Supervisores do Programa de Saúde Ambiental –PSA- desenvolvendo cinco módulos a seguir: 1. A saúde no Brasil e no Recife, 2. Desenvolvimento local: suas abordagens, desafios e limitações, 3. A legislação ambiental e o PSA, 4. Os territórios de planejamento no Recife na perspectiva da vigilância em saúde e 5. Instrumentos e técnicas de trabalho na perspectiva da intersetorialidade em vigilância ambiental. O Curso terá outras atividades correlatas associadas à construção de Planos de Gestão [...]
>
> Cláusula primeira (RECIFE, 2004c)

Para os ex-Agentes da Funasa a ruptura com o processo de trabalho caracterizado pela verticalidade das ações e do isolamento das mesmas rumo a um processo de trabalho que se propunha diferente, horizontalizado, com foco nos riscos e executados em um território definido, não resultava de um processo de amadurecimento da superação das antigas práticas. Derivavam de imposições dos formuladores e gestores do Programa, sem que mecanismos de interlocução prévios tenham sido adotados na intensidade necessária.

Devemos destacar que a definição pela utilização dos agentes da Funasa no PSA deveu-se a dois pontos: disponibilidade de recursos insuficientes para financiar todos os ASA, AOA e Supervisores e a municipalização dos mesmos, fazendo com que o Recife dispusesse de um contingente de recursos humanos com remuneração diferenciada, e em teoria, com maior capacitação do que os que entravam em campo naquele momento. Porém, parece ter sido um equívoco, e que pode ter retardado a implementação de muitas ações previstas pelo programa.

Mudanças institucionais, aqui incluída a cultura das mesmas, são resultantes de enormes esforços, como já reconhecido por entrevistados e discutido anteriormente (HOWLETT; RAMESH, 2003). Porém, um dos pontos mais delicados em relação à oposição dos ex-Agentes da Funasa, refere-se ao saber específico que os mesmos detinham.

Podemos considerar que os ex-Agentes souberam exercer poder e pressão no corpo gestor do PSA, em função do domínio do conhecimento dos processos de trabalho, com os quais, paradoxalmente se queria romper. Consideramos que em função do momento de crise causado pela eclosão da epidemia de dengue no Recife tal expressão de poder se acentuou face ao temor de perda total de controle sobre a mesma.

Para o entrevistado 15 houve na realidade um paradoxo criado pela gestão do PSA, expressa pela incorporação dos ex-agentes da Funasa, e, sobretudo, pela incorporação de parte do processo de trabalho dos mesmos, com os quais se queria romper, seja através do uso de quadras para definição de micro-territórios, seja pela adoção de ciclos de visitas fundamentados no Programa Nacional de Controle da Dengue[103], seja pela utilização de instrumentos também utilizados pelos mesmos (a exemplo dos croquis). Assim, o novo cria-se a partir de incorporação de práticas antigas, e não pela ruptura radical com as mesmas.

> Era muito claro, por exemplo, Distrito Sanitário 1, o peso dos agentes mais, é... a herança Funasa, é... tinha uma outra prática, uma prática muito mais fiscalizadora, não é? É... na linha das campanhas de saúde, etc, etc... Eu diria que a dificuldade, as dificuldades para que esses princípios fossem realmente incorporados na prática do cotidiano, eu diria duas coisas. Primeiro essa herança, eu acho que se deve analisar o PSA não como se fosse um programa que não tivesse relação anterior [...] (Informação verbal)[104]

A fala do entrevistado e as considerações anteriores não desmerecem o caráter inovador do PSA, amplamente reconhecido (ALBUQUERQUE; AUGUSTO, 2005; BEZERRA, 2008; BITOUN, 2005; MARTINS, 2005; NELSON; BRIGAGAO; OLIVEIRA, 2004; NELSON, 2005; ROTTA; BELCHIOR, 2005). Apenas alertam para a complexidade que envolve o processo político em todos os seus momentos ou etapas, e a necessidade de se pensar o processo de implementação como momento estratégico para o sucesso ou não de uma política.

A implementação do PSA traz à cena outros atores importantes. Os principais achados identificam a participação do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM) e do

[103] A meta que serviu de base para o cálculo da universalidade da cobertura do PSA partiu do número de visitas previstos pelo Programa Nacional de Controle da Dengue (25 visitas/dia).
[104] Entrevistado 15

Observatório de Políticas Públicas e Práticas Sócio-Ambientais do Departamento de Geografia da UFPE. A primeira instituição tendo elaborado e executado o treinamento do primeiro conjunto de ASA, selecionados em 2001, a segunda, tendo prestado consultoria ao programa visando adequação do conceito de território adotado, a partir do final de 2002.

> Um ator que eu gostaria de destacar nesse processo foi a integração do PSA com a academia, tá certo? No sentido de capacitar os ASA no conjunto. [...] com uma carga horária pesada, com o conteúdo pesado. A gente queria formar muita gente, queria não, quer formar um agente de qualidade. Então, pra diferenciar, a exigência de ser de nível médio, de ter uma formação técnica, e aí, assim, a academia, no caso, em particular, o Aggeu Magalhães na capacitação desses agentes de saúde ambiental foi, eu diria assim, fundamental. Eu diria em última instancia que não existiria esse agente nos moldes que a gente desenhou sem essa parceria com o Aggeu Magalhães. (Informação verbal)[105]

O processo de capacitação dos mais de 700 agentes selecionados foi, na expressão de um dos entrevistados, 'uma operação de guerra'[106]. O curso elaborado por profissionais do CPqAM e executado em parceria com o Centro Federal de Educação e Tecnologia de Pernambuco (CEFET-PE) teve uma carga horária de 125 horas/aula. Durante o curso foram mobilizados cerca de 100 professores para um total de 20 turmas de alunos que funcionavam simultaneamente. A proposta de capacitação previa a cobertura de todos os eixos definidos no PSA, e adotava modelo de criação de competências. Porém, problemas logísticos impediram que o curso se desenvolvesse na sua plenitude, pois estava previsto um número mais expressivo de aulas práticas e acompanhamento dos alunos (ALBUQUERQUE, 2005).

Quanto à consultoria demandada ao Observatório de Políticas, assim observa o entrevistado 13: "[...] a participação da Universidade, não é? Eu acho que teve a ajuda de Jan Bitoun. Foi interessante do ponto de vista da concepção de espaço, eu acho que ele deu uma grande ajuda" (Informação verbal)[107].

Assim, o entrevistado reconhece a importância de agregar saber específico ao programa como algo relevante. O geógrafo Jan Bitoun (2005, p. 280) assim se refere à experiência:

---

[105] Entrevistado 10

[106] O entrevistado 11 refere-se ao processo de capacitação dos ASA como uma operação de guerra, em função tanto do número de agentes envolvidos, como em função da complexidade da formação exigida.

[107] Entrevistado 13

> Durante o desenvolvimento do Programa, a DVS, responsável pela sua implementação, recorreu a um grupo de geógrafos da UFPE, reunidos no Observatório Pernambucano de Políticas Públicas, vinculado ao Mestrado de Geografia, para tratar dos aspectos territoriais que se constituíam em desafios na própria operação dessa nova modalidade de ação [...]. Os trabalhos que tornaram concreta essa interação operacional foram realizados em 2002, com o Programa de Saúde Ambiental em pelo funcionamento, o que permitiu ter uma visão mais clara dos desafios postos.

A fala do geógrafo aponta a presteza dos gestores do PSA em identificar as fragilidades do conceito de território adotado pelo programa, definido a partir de critérios de risco epidemiológico e social, porém sem levar em conta os constrangimentos concretos colocados para os ASA. Podemos afirmar, sem medo de errar, que as trocas entre saberes, de um lado a saúde, de outro a geografia, foram momentos instigantes, e por vezes inquietantes para ambos.

Porém, o aspecto mais relevante diz respeito à interlocução do programa com as instituições formadoras, traçando um paralelo com a discussão traçada por Gurgel (2005) sobre a necessidade de diálogos entre as instituições prestadoras de serviços de saúde e a academia. A autora faz uma reflexão da necessidade dos envolvidos buscarem canais de diálogos, nem sempre fáceis de serem estabelecidos, tanto em função dos objetos de atuação de cada parte, como em função dos tempos relativos para cada um. Assim, ao demandar às instituições de ensino e pesquisa, apoio tanto para a capacitação do programa como para o aprimoramento do mesmo, a Secretaria de Saúde do Recife mostrou sensibilidade, encontrando em contrapartida, intenso envolvimento e comprometimento por parte dos profissionais das duas instituições citadas.

Por preconizar ações intersetoriais, o PSA manteve interlocução com diferentes atores extra Secretaria de Saúde, entre os quais, os mais referidos foram: a Codecir; a Emlurb e a Sesan. Os referidos parceiros já foram apresentados em tópico anterior, porém com foco na sua participação no momento da formulação e criação da viabilidade do programa. Aqui, será destacado o papel dos mesmos durante a implementação propriamente dita. Cada um dos órgãos ou Secretarias citados foi reconhecido como parceiro importante no desenvolvimento do trabalho de campo do PSA, porém a relevância dada a um ou outro, foi influenciada pelo olhar do entrevistado e o local do qual fala.

Entrevistados mais próximos da operacionalização do programa tenderam a perceber as ações operacionais realizadas por um ou outro setor referido, enquanto aqueles mais próximos das esferas de gestão tenderam a perceber aqueles órgãos ou Secretaria com o qual, em algum momento interlocutou como gestor.

Assim, para um grupo de entrevistados, a Emlurb foi o órgão municipal que mais percebeu o PSA como programa de governo, e não restrito ao setor saúde. Vale ressaltar que após a instituição do PSA, a Emlurb passou a só executar ações de limpeza em grande escala após comunicar à Saúde para que ações de desratização fossem efetuadas[108]. Como a articulação de ações entre parceiros se dava a partir de esferas gestoras, é natural que aqueles envolvidos com o processo de negociação se identifiquem mutuamente.

Já os atores envolvidos com ações operativas, tenderam a identificar a Sesan, sobretudo na experiência de Mangueira e Mustardinha, quando o trabalho desenvolvido na ponta do sistema se destacou (GALINDO, 2004).

Porém, a Codecir foi quase unanimidade. É provável que pelo sentimento de urgência que cerca as ações de defesa civil. Para o entrevistado 16 foi fácil construir afinidades entre saúde e defesa civil*:* "A Codecir tem um trabalho de prevenção de acidentes, de riscos ambientais. Por ali se construiu afinidade, não é? Que no fundo você tava tratando de riscos ambientais que afetavam as pessoas".

Por fim, um ator decisivo durante a implementação do PSA foram os DS. Por ter surgido como proposta de ser gerido descentralizadamente, o processo de implementação do programa exigia elevado grau de envolvimento dos gestores e técnicos distritais. Entretanto, embora peças chave e estratégicas para o sucesso do programa, problemas graves foram identificados, conforme expressa o entrevistado abaixo: "Então foi difícil no início. Primeiro tem uma equipe no Distrito. Você encontrou uma mesma equipe. [...] tinha dificuldade. Faltava estrutura, faltava pessoal..." (Informação verbal)[109].

Embora considerado estratégico para o sucesso do programa, e parte essencial do processo gerencial do mesmo, não houve previamente um redimensionamento de pessoal ou estrutura física dos DS, dotando-os de condições adequadas para cumprirem o papel definido, criando, aparentemente, estrangulamentos operacionais.

Portanto, podemos dizer que o processo de implementação do PSA colocou em cena novos atores, tanto individuais como corporativos ou institucionais, que exerceram diferentes níveis de pressão, seja positiva, como os ASA, ou negativa, como os ex-Agentes da Funasa.

O quadro 9 sintetiza os principais atores identificados durante o momento da implementação do programa, seu grau de envolvimento, a forma de participação, a influência de cada um e a posição em relação ao PSA.

---

[108] Atitude necessária para evitar a domicialização dos ratos, que após a limpeza, não encontrando no ambiente, alimentos para sobrevivência, vão buscá-los nas residências próximas (Informação verbal doa técnicos da DVS).
[109] Entrevistado 2

Atores	Características				
	Envolvimento	**Forma de participação**	**Interesse**	**Influencia/ Poder**	**Posição**
ASA	Elevado	Direta	Elevado	Poder técnico elevado	Apoio em sua maioria
AOA	Elevando	Direta	Variável, tendendo a elevado	Poder técnico significativo	Apoio em sua maioria
Supervisores ex-Agentes da Funasa	Elevado	Direta	Baixo	Poder significativo	Oposição ou ausência de apoio em sua maioria
Outros Supervisores	Elevado	Direta	Elevado	Poder	Apoio elevado
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães	Elevado	Direta em momento específico	Elevado	Pontual na capacitação	Apoio técnico
Observatório de Políticas – UFPE	Elevado	Direta em momento específico	Elevado	Pontual no processo de consultoria	Apoio técnico
Codecir	Moderado a elevado em função da situação apresentada	Direta em ações específicas	Moderado a elevado	Significativo	Parceria no monitoramento das habitações sob risco
Emlurb	Moderado a elevado em função da situação apresentada	Direta em ações específicas	Moderado a elevado	Significativo	Parcerias em processos específicos
Sesan	Moderado a elevado em função da situação apresentada	Direta em ações e territórios específicos	Moderado a elevado		Parcerias em processos específicos
Distritos Sanitários	Elevado	Direta	Elevado	Decisivo para o implementar as ações de camplo	Apoio

Quadro 9: Características dos Atores envolvidos na implementação do PSA em 2002
Adaptado de: Varvasovszky,; Brugha, (2000, p. 342).

6.6.5 **O conteúdo do PSA**

> É que apesar de termos feito tudo, tudo que fizemos, nós ainda somos os mesmos...[110]

Durante as entrevistas e nos documentos consultados não se verificou mudanças de conteúdo do PSA, ao menos no que tange os aspectos formais. O documento técnico do PSA divulgado em 2003, após uma série de oficinas de Planejamento Estratégico da DVS[111], reitera seus princípios programáticos (RECIFE, 2003b). No entanto, o momento no qual se deu a implementação do PSA, certamente influenciou o conteúdo operacional do Programa.

A implementação do PSA em um contexto adverso, a entrada em cena de novos atores, alguns aliados e comprometidos com a consolidação do Programa, como os ASA ou os gestores dos DS, outros, opositores, mais ou menos velados, como os antigos Agentes da Funasa, corroboram a dificuldade de passar do campo das idéias, conceitos, metas e objetivos, para efetiva implementação das mesmas (GAGNON; TURGEON; DALLAIRE, 2007).

Muitos dos aspectos relacionados aos princípios do PSA foram abordados na discussão sobre o processo de implementação. Em realidade, há uma estreita dependência entre um e outro, assim, torna-se desnecessário retornar aos mesmos pontos. Entretanto, destacaremos os pontos que foram enfatizados pelos entrevistados durante o estudo.

Diferentes aspectos influenciaram para um descompasso entre a intenção expressa nos documentos oficiais do PSA (RECIFE, 2001, 2003a, 2003b) e a realidade concreta, materializada no dia-a-dia. Podemos citar como exemplo a cumprimento do princípio da universalidade, não concretizado na prática, em parte devido à dinâmica da própria cidade, em parte em função do próprio dimensionamento do PSA, e a explicitação do número de ASA a ser contratado, constante do Decreto que criou o programa. Vejamos a fala seguinte:

> É porque, assim... no Recife tem uma dinâmica populacional muito grande. A gente tem invasão o tempo inteiro. Assim, uma dificuldade foi o dimensionamento. Dimensionar... foi dimensionado inicialmente, mais pouco tempo depois se percebeu que não era suficiente. Eu acho que até hoje se tenta, não é? [...] e aí no momento em que você dimensiona numa área, a outra tá descoberta. Você não tinha aquela área, e de repente chegam ali duzentas famílias. Então uma área que tinha 800 pessoas, passa a ter mais de 1.000. (Informação verbal)[112]

---

[110] Trecho da música 'Como nossos pais'. Belhior.
[111] Entre o final de 2002 e durante o ano de 2003, a DVS fez uma série de oficinas de Planejamento, com objetivo de reestruturas suas ações, rumo à construção de um modelo de Vigilância em Saúde.
[112] Entrevistado 2

A fala do entrevistado 2 remete tanto ao cumprimento do princípio da universalidade, como de certa forma às discussões sobre equidade das ações.

Em diferentes momentos da presente tese foi salientado o crescimento desordenado do Recife (BACELAR; ARAÚJO, 2005; GOMES, 2006; MEDEIROS; OLIVEIRA, 2008). Tal desordem urbana fez-se sentir a partir do momento no qual o PSA é implementado. Naquele momento, ficou evidente que tais aspectos não foram suficientemente identificados ou adequadamente mensurados pelos formuladores do PSA, que parecem ter subestimado que o Recife é na realidade um conjunto de cidades sobrepostas.

A universalidade continua a ser princípio a ser perseguido, porém na prática a mesma é constrangida seja pela mobilidade dos ASA, seja pelas questões alertadas pelo entrevistado 2 ou como já abordado quando da discussão do processo de implementação, acerca dos constrangimentos territoriais.

Outros princípios preconizados pelo programa, a exemplo da intersetorialidade, já tiveram suas dificuldades ressaltadas. Porém, um aspecto merece ainda ser referido, na medida em que foi abordado por mais de um entrevistado, e refere-se à integralidade expressa a partir da articulação entre os PSF e o PSA.

> [...] há dificuldades de articulação. Até porque [...] há conflito de competências. Têm as pessoas que tão atuando na mesma área [...]. Estão na mesma área, mas eu tô na área pra visitar algumas residências do Programa de Saúde da Família, e eu estou na praça pra visitar a área mesmo. Então há, há, assim, dificuldade de você encontrar, pontes, que podem ser construídas, assim, no dialogo [...] (Informação verbal)[113]

Para Martins (2005) há ainda escasso diálogo entre os dois programas, embora identifique articulações pontuais, e os entrevistados gestores tenham ressaltado a necessária articulação entre os dois programas como estratégia de atenção primária à saúde, na realidade percebeu-se uma lacuna a ser superada.

Martins (2005) considera que o PSA e o PSF, através dos seus agentes conformam-se em elos de ligação entre o poder público e os habitantes, porém identificou uma ainda difícil articulação entre os dois programas, o que foi reconhecido pelos próprios entrevistados.

Em seus documentos, os gestores justificam a existência dos dois programas (LYRA, 2003; RECIFE, 2003a), porém parecem não conseguir articulá-los de fato como desejado.

[113] Entrevistado 19

Viana e Poz (2005) ao analisarem o PSF consideram que o mesmo surge no Brasil em um momento de vazio programático e de propostas para assistência básica. Fazendo um paralelo, podemos considerar que o PSA surge no Recife em um momento de vazio programático para enfrentar os graves problemas sócio-ambientais, portanto, não havendo sobreposição de atribuições e ações entre os dois programas. Falta, no entanto, consolidar mecanismos de articulação entre os mesmos, embora esforços estejam sendo feitos, conforme a fala seguinte:

> E hoje a gente tem feito um movimento muito grande de junção, de integração do programa com o PSF, temos feito um movimento, um esforço muito grande pra movimentar de fato esse trabalho que é muito grande, essa união, essa integração do PSA com o PSF. Então temos de fato estimulado muito o desenvolvimento de ações conjuntas. (Informação verbal)[114]

Assim fazendo, o Recife passa a ser um município privilegiado, pois conjuga em seu território um programa cujo foco é a família e outro cujo foco é o ambiente, conformando assim a reconstrução da unidade do espaço onde as pessoas vivem, rumo à construção da integralidade.

Porém para construção da integralidade de fato, não só há necessidade de articulação entre os PSA e PSF. O próprio PSA necessita de consolidar a integralidade programática, não só executando a totalidade das ações voltadas para os riscos biológicos e não biológicos como previsto, e que consideramos o foco assistencial do programa. Necessita, sobretudo, ampliar o escopo das ações, e construir estratégias voltadas para o empoderamento individual e coletivo.

Esse será de fato o grande salto no modelo de atenção da cidade do Recife, e certamente, muito dos problemas que hoje demandam esforços e recursos consideráveis, serão superados. O tempo, e as disputas de poder, dirão se foi possível!

6.6.6 **Considerações sobre o momento da implementação do PSA em 2002**

Os textos consultados sobre processo de implementação enfatizam as dificuldades inerentes a tal momento. Entre a formulação e os resultados de uma política, se encontra o processo de implementação, e não raro, os eventos advindos em tal momento, determinam a

[114] Entrevistado 6

própria política, em um processo recursivo constante (HOWLETT; RAMESH, 2003; BUSE; MAYS; WALT, 2007).

Mais importante do que definir o processo de implementação como *top-down* ou *bottom-up* (caso no qual o PSA pode ser incluído), é compreender o papel dos diferentes atores durante o processo de implementação, e o exercício dos poderes discricionários dos mesmos.

Para Hill e Hupe (2007) haverá sempre um '*top'* no sentido analítico de que em algum momento a política foi formulada e decisões foram tomadas por atores específicos, porém o local em que o '*top'* se situa é variável, podendo, e não raro, estando localizado no 'bottom'. Ou seja, para os autores, mesmo nos processos mais democráticos de implementação de uma política, haverá sempre um comando envolvido, mesmo que diluído. No caso do PSA, podemos considerar que o *'top'* esteve localizado no grupo que formulou o PSA.

Saetren (2005) considera que o debate entre as teorias '*top down'* e '*botton-up'* é estéril, pois ao girar em torno da normatividade ou não do processo de implementação dificultou avanços mais concretos na análise da implementação de políticas. Crítico do debate, o autor baseia-se no fato da indissociabilidade das etapas do ciclo político, o que dificultava focar exclusivamente em uma das mesmas. Haveria apenas o predomínio de uma sobre outra, assim como Matus identifica os momentos do PES (MATUS, 1996).

Porém, em realidade, com freqüência atores não considerados no processo de formulação vêm a desempenhar um papel preponderante durante a implementação de uma política (BUSE; MAYS; WALT, 2007). No caso do PSA, os ex-Agentes da Funasa não foram considerados como potenciais opositores à implementação das ações previstas no PSA, até terem entrado em campo, exercendo uma função chave, a de supervisores. Não é à toa que para alguns entrevistados o PSA permanecia refém dos supervisores, ao menos até o momento da realização das entrevistas, em 2007.

Para Menicucci (2006, p. 73) o sucesso da implementação de uma política é diretamente proporcional à capacidade de obtenção de "convergências entre os agentes implementadores em torno dos objetivos da política". Porém ainda mais importante é o apoio político daqueles afetados por ela. Assim, no caso do PSA, é a população do Recife quem em última instância irá definir a sustentabilidade do programa, aspecto que não foi analisado na presente tese.

A auditoria operacional realizada pelo TCE, em 2005, identificava problemas pontuais em relação ao PSA. Entre esses, o fato da grande parte da população não perceber os ASA como agentes públicos com múltiplas responsabilidades, havendo uma tendência a

identificação como agente focal da dengue (TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMABUCO, 2005). O dado do TCE é sugestivo do reflexo da epidemia de dengue no momento de implementação do PSA que dificultou a realização de campanhas esclarecedoras sobre o programa, já que todos os esforços de comunicação da Secretaria de Saúde foram direcionados para o problema emergencial, além de todos os problemas acarretados pela premência causada pela epidemia, como já amplamente discutido.

No entanto, não se pode atribuir exclusivamente à epidemia de dengue os problemas operacionais do PSA. A necessidade de mudança de perspectiva por parte dos agentes públicos foi também identificada.

Menicucci (2006), ao discutir o processo de implementação da Reforma Sanitária no Brasil, ressalta que o SUS é produto de um longo período de amadurecimento de idéias, mas é também produto do legado institucional anterior. Tal fato pesa tanto na forma de estruturar a atenção à saúde como nos atores envolvidos, que nas palavras da autora, se encontram "mergulhados nas contradições entre a postura ideológica igualitária e a defesa de seus interesses corporativos" (MENICUCCI, 2006, p. 76).

A autora ressalta que o processo de implementação do SUS deu-se em um contexto complexo de ajustes macro-econômicos, que certamente refletiu no mesmo, fazendo com que o SUS tenha sofrido constrangimentos, tanto de ordem econômica como em alguns momentos, escasso suporte político. Assim, o SUS vem se re-configurando, e buscando criar mecanismos de legitimação e consolidação. A própria contradição dos atores envolvidos no seu processo de implementação, de um lado defensores e pensadores do SUS, de outro, em grande parte, usuários dos seguros privados de saúde, é emblemática da complexidade que envolve um processo de implementação de políticas.

O PSA, portanto, seguindo uma linha semelhante e guardadas as devidas proporções, também foi conformado com base na herança anterior, de programas verticalizados e centralizados, sem interlocução e diálogos entre si. As dificuldades de romper com estruturas enraizadas da máquina pública, os recursos humanos remanescentes da Fundação Nacional de Saúde, com sua prática histórica fiscalizadora e sem interlocução com a sociedade, influenciou, dificultou e constrangeu o curso das ações, travando o avanço mais acelerado da implementação das novas ações previstas.

Porém, assim como no SUS, que embora sofrendo contrangimentos e dificuldades permanece embasado em princípios e diretrizes caras a todos que estão envolvidos em sua consolidação, e em qualquer nível, o PSA permanece como proposta inovadora e interessante de enfrentamento de males históricos, reconhecida como tal por diferentes autores e em

diferentes momentos (ALBUQUERQUE; AUGUSTO, 2005; BEZERRA, 2008 ; BITOUN 2005; LIMA, 2005; MARTINS, 2005; NELSON, 2005; TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMABUCO, 2005).

Para Santos (2007) os gestores do SUS encontram-se diante do desafio de superar iniciativas, que em nome dos princípios do SUS representem apenas esforços incrementais. Santos (2007) considera que é atualmente nos níveis micro de gestão e de processos de trabalho, onde se acumulam maiores possibilidades de êxitos visíveis, corroborado por Viana, Lima e Oliveira, 2002. Os referidos autores consideram que o sucesso de políticas setoriais, em dado espaço geográfico, deve mais a aspectos contextuais locais do que a modelos institucionais prévios.

O PSA pode ser considerado um bom exemplo de política surgida no âmbito municipal, diante de um processo de consolidação da responsabilidade sanitária dos gestores setoriais para com a saúde da população. Entretanto, não podemos deixar de compreender e inserir o PSA em um âmbito maior, da luta pela consolidação do SUS, e dos avanços e conquistas já alcançadas ao longo do tempo.

7

CONSIDERAÇÕES FINAIS

7 **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

7.1 INTRODUÇÃO

No presente capítulo será feita uma síntese dos resultados encontrados. Ressaltando a originalidade do tema, partiremos do objetivo do trabalho e das perguntas que o conduziram, destacando em que momento da tese foram respondidas, descaremos os principais achados relativos a cada uma. Discutiremos brevemente a adequação e capacidade analítica do método de ferramentas e teorias utilizadas, alguns pontos relevantes para aprofundamentos futuros serão lançados, bem como algumas sugestões serão feitas.

7.2 A ORIGINALIDADE DO ESTUDO

Em 2001 a Secretaria de Saúde do Recife lançou o PSA. O PSA, em seu termo de referência assume o compromisso com os princípios do SUS, e preconiza a promoção da saúde. Desde o seu lançamento, o PSA tem despertado interesse, e sido reconhecida enquanto política inovadora. Em 2003 foi um dos programas finalistas do Premio Gestão Pública e Cidadania (NELSON, 2005), e dois trabalhos a ele relacionado foram agraciados com premiações na 4ª EXPOEPI[115] (LYRA, et al., 2005; GUIMARÃES, et al., 2005). É um programa que tem sido objeto de diferentes dissertações (ALBUQUERQUE, 2005; BEZERRA, 2008; LIMA, 2005; SANTOS, 2004), monografias (FERREIRA; LIMA; 2003; SILVA; MARINHO; SANTOS; 2003), estudos (ALBUQUERQUE; AUGUSTO, 2005; BITOUN, 2005; MARTINS, 2005; NELSON, 2005; NELSON; BRIGAGAO; OLIVEIRA, 2004; ROTTA; BELCHIOR, 2005), ou avaliação (TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMABUCO, 2005).

Entretanto, o PSA até então não havia sido alvo de uma análise de política, que buscasse compreender aspectos do contexto que favoreceram o surgimento e implementação do programa, ou como se desenvolveu o processo político que culminou com a formulação e

[115] EXPOEPI – Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia e Controle de Doenças, realizado pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

implementação do mesmo, identificar os atores chave envolvidos tanto no processo de formulação do PSA como de implementação do programa, bem como compreender o diálogo entre o conteúdo propositivo do PSA e a operacionalização dos mesmos.

Nesse sentido, o presente trabalho reveste-se de originalidade. A partir de método e técnicas bem definidas, realizou uma análise de política do PSA, alcançando resultados que apresentam interesse tanto para os gestores do programa, de modo mais direto, como permite aos gestores públicos uma reflexão em torno dos achados principais, sobretudo, acerca da dinâmica do processo político e a influência do contexto no desenvolvimento de políticas públicas. Do ponto de vista teórico, o estudo permitiu validar as ferramentas utilizadas, na medida em que obteve resultados revestidos de interesse.

7.3 AS RESPOSTAS ÀS PERGUNTAS CONDUTORAS E OBJETIVOS PROPOSTOS

A presente tese teve por objetivo analisar o PSA desde sua colocação na agenda pública em 2001, até a implementação do mesmo na cidade do Recife, em 2002. Para tanto, cinco perguntas conduziram o mesmo. A seguir apresentaremos cada pergunta e os principais pontos que as responderam.

7.3.1 **Que aspectos contextuais favoreceram o surgimento de um programa nos moldes do Programa de Saúde Ambiental no Recife em 2001?**

Os achados referentes à primeira pergunta foram respondidos no tópico 6.2 do capítulo de resultados. Para análise do contexto em 2001, a principal referência foi Carlos Matus (1996), particularmente, seu triângulo de governo. Os achados referem-se tanto a aspectos macro contextuais como micro contextuais, sintetizados a seguir.

A eleição de João Paulo para prefeito do Recife, mandato 2001/04, foi junto com as características sócio-ambientais do Recife os achados referentes ao macro-contexto.

O candidato do PT foi eleito tendo por base uma plataforma de mudanças e inversão de prioridades, em um segundo turno inesperado e radicalizado. Ao ser eleito, o candidato

conquistou forte adesão social. A eleição de João Paulo foi o aspecto macro-contextual mais ressaltado durante as entrevistas.

Ao ser eleito, o Prefeito encontra uma cidade marcada por fortes problemas sócio-ambientais, como prevalência elevada de doenças como dengue, filariose, leptospriose, que juntamente com as desigualdades sociais da cidade, representavam um desafio a ser enfrentado.

Ao assumir o governo, o Prefeito compõe uma equipe que contava em sua maioria com apoio dos aliados e população.

Assim foi no caso da saúde, que teve a pasta ocupada por um profissional que acumulava respaldo técnico e político, tanto no âmbito setorial, como externamente ao mesmo, portanto, com forte governabilidade. As compor uma equipe hegemonicamente de profissionais com formação em saúde pública, somados ao apoio conquistado pelo PT e aliados, o Secretário e sua equipe conseguiram forte adesão dos técnicos da Secretaria de Saúde.

Nesse sentido, o setor saúde conquista capacidade de governo. Também a equipe define projeto de governo, o que somado às características do Secretário e sua equipe, e o incremento de recursos setoriais, tanto por parte do governo municipal, que cumpre o preconizado pela EC-29, como por aumento de recursos para as ações de Vigilância em Saúde, por parte do MS, conforma-se em forte governabilidade.

Portanto, pode-se considerar que em relação ao contexto que favoreceu o surgimento do PSA, o principal ponto a destacar foi o equilíbrio no triângulo de governo de Carlos Matus (1996), na medida em que, somado à governabilidade, o setor saúde detinha capacidade de governo e tinha projeto para o setor saúde do Recife.

O triângulo de governo proposto por Carlos Matus (1996) mostrou-se um instrumento analítico interessante, evidenciando a importância de considerar aspectos como projeto de governo, a construção da capacidade de governo, através do domínio de técnicas e habilidades, e em particular, a importância de ter governabilidade sobre um sistema, aspecto esse substancialmente relacionado a ter poder. Os achados chamam, porém atenção para a fragilidade da excessiva relação da governabilidade com a detenção de poder, pois, como o mesmo Matus (1996), e os estudos de Lukes (1980; 2005) reforçam, o poder é uma categoria relativa a um dado ator, tanto no tempo como no espaço. Intervenções posteriores identificaram que após a saída de Humberto Costa da pasta da saúde, o setor perdeu parte da capacidade privilegiada de interlocução que tinha.

7.3.2 **Como se deu o processo político que cercou a definição, elaboração e decisão pela implementação do PSA?**

A segunda pergunta foi respondida ao longo do tópico 6.3 da presente tese. Os principais marcos referenciais foram o modelo dos múltiplos fluxos de John Kingdon (1995) e o PES de Carlos Matus (1996), e teve por principais achados os aspectos a seguir discutidos.

Com o início da nova gestão, problemas que, embora já existentes, e que não encontravam condições de serem pautados na agenda pública, o foram. Os principais pontos que influenciaram diretamente a idéia do PSA foram: a existência de indicadores de saúde que evidenciavam problemas; a avaliação crítica sobre a forma através da qual até então se enfrentavam os problemas identificados epidemiologicamente; situação de crise crônica no setor saúde (embora não diretamente apontado pelos entrevistados).

Assim, embora anteriormente ao início da gestão já se identificasse a necessidade de superação da forma de abordagem de problemas de saúde que afligiam (e afligem) o Recife, o que era respaldado pelos dados epidemiológicos, foi apenas no momento em que a Secretaria de Saúde contava com um Secretário forte e hábil politicamente, e com uma equipe tecnicamente capaz, e que souberam captar oportunidades, que as condições tornaram-se propícias para formulação de novas propostas.

Após a colocação da agenda das questões de saúde relacionadas ao meio ambiente, deu-se início ao processo de formulação do PSA.

O processo de formulação do PSA foi participativo e multissetorial, contanto com a participação de profissionais com diversos saberes específicos. Ficou patente o sentido adquirido pela possibilidade de articulação de saberes, em particular com a inclusão de critérios de risco para definição de alocação dos ASA e de priorização de suas atividades.

A formulação do PSA envolveu diretamente técnicos da Diretoria de Vigilância à Saúde, porém foi amadurecido junto à equipe dirigente da Secretaria de Saúde, através das reuniões do Núcleo Gestor, bem como foi apresentado no âmbito da Prefeitura como um todo, no intuído de adquirir aliados às propostas programáticas.

O processo de legitimação das propostas do PSA foi conduzido pelo Secretario de Saúde, que como já ressaltado, detinha poder e legitimidade, intra e extra setorialmente. Para tanto tiveram papel de destaque a sensibilidade de outros gestores, em particular da Secretária de Planejamento da Prefeitura do Recife, e o contexto municipal de implementação de novas formas de gestão, a exemplo do Orçamento Participativo. Tal processo levou a decisão de

implementar o PSA, assumida não só pelo setor saúde, como pela Prefeitura como um todo, inclusive através de Decreto municipal.

Provavelmente o aspecto mais importante do processo que engloba a definição da agenda, a formulação e a decisão pela implementação do PSA está vinculado ao conceito de oportunidade, trabalhado por Matus (1996) e Kingdon (1995) de modo semelhante. Para ambos, a oportunidade é fortuita, e pode ser perdida se não houver habilidade e sensibilidade, de ser captada. A categoria poder aqui é preponderante, pois se pode considerar que dificilmente o mais sensível governante utilizará a oportunidade adequadamente se não tiver o recurso de poder.

Durante o processo político que permeou o programa, foram determinantes que problemas de saúde e reconhecimento de superação de velhas abordagens fossem identificados, porém foi a janela de oportunidade surgida com a eleição de 2001 e seus desdobramentos, captada tanto pelos técnicos como fundamentalmente pelos gestores, que permitiu o surgimento do PSA.

O PSA pode ser identificado como política distributiva, e com baixo grau de conflito, ao menos durante o processo de formulação e definição pela implementação, em função dos seus princípios de universalidade, equidade e integralidade.

O processo de formulação do PSA pode em um primeiro momento sugerir um processo incremental, na medida em que se fundamentou em aspectos já desenvolvidos pelos programas de cuja critica partia sua concepção. Porém, consideramos que o pensamento complexo explica com maior propriedade o processo de formulação do PSA, na medida em que reconhece a recursividade de um processo sobre outro, e a não linearidade dos processos.

7.3.3 **Que atores estiveram envolvidos com o processo de definição e elaboração do PSA em 2001?**

A terceira pergunta foi respondida no tópico 6.4 dos resultados, que revelou como principais achados:

a) O Secretário de Saúde, ator de elevado envolvimento, apoio e poder político;
b) O Prefeito da cidade, ator de envolvimento direto limitado, porém de elevada capacidade de influir nas decisões;

c) O Secretário Adjunto, com elevada capacidade técnica e envolvimento direto no processo de aprimoramento e negociação do programa;
d) Diretoria de Vigilância à Saúde (aqui incluídos o Centro de Vigilância Ambiental, a Diretoria Executiva de Epidemiologia e diretora), com elevado grau de envolvimento técnico e discussão com os parceiros do setor saúde. No âmbito da DVS identificou-se que houve um envolvimento mais amplo da Diretoria Executiva de Epidemiologia durante o processo de elaboração, que não se reproduziu na mesma intensidade em momento posterior;
e) Demais Diretores da Secretaria de Saúde, com participação significativa durante o processo de formulação do PSA, em particular no processo de negociação;
f) Outras Secretarias, em particular as Secretarias de Planejamento (Codecir), Saneamento, Emlurb, com um papel de destaque para a Secretária de Planejamento durante o processo de construção da viabilidade política;
g) Outros atores com vetor de força menos significativo, como o próprio PT e nulo como o Ministério da Saúde.

Durante o ano de 2001 não se identificou grandes conflitos entre os atores envolvidos. No âmbito da Secretaria de Saúde parece ter havido um grau importante de consenso quanto a necessidade de novas abordagens para fazer face aos problemas de saúde relacionados ao meio ambiente.

Atores como o Ministério da Saúde, se não apoiaram diretamente, não criaram dificuldades para o lançamento do PSA

7.3.4 **Qual o conteúdo propositivo do PSA, e como o mesmo dialoga com os princípios identificados como os de uma política promotora de saúde e com os princípios do SUS?**

Em relação ao conteúdo propositivo do PSA, o mesmo foi analisado tendo por referência os princípios do SUS e os da Promoção da Saúde, tendo sido identificada a inter-relação entre os mesmos. A resposta a quarta pergunta foi respondida ao longo do tópico 6.5 do capítulo de resultados. Foram os seguintes os princípios discutidos:

a) Universalidade: Identificada pelos entrevistados como princípio adotado pelo PSA, que preconiza estar presente em todo o território da cidade.

b) Equidade: Para os entrevistados esse princípio foi evidenciado através do uso de Mapas de Risco tanto para definição do número de Agentes, como para definição de algumas ações prioritárias.

c) Integralidade: Reconhecida tanto pela definição de ações de cunho coletivo, como pela definição de intervenções, quando necessário. A articulação com o PSF foi citada como existente, necessária, porém insuficiente.

d) Descentralização: O PSA foi elaborado para ser coordenado pelo nível central e ser gerido e executado a partir dos DS, em harmonia com a diretriz do SUS.

e) Concepção ampliada de saúde: Foi reconhecido pelos entrevistados que o PSA dialoga com a concepção de saúde contida na Constituição do Brasil, e a adotada pela Carta de Ottawa, e pelos principais documentos sobre Promoção da Saúde, e que se expressa a partir da identificação da relação entre saúde e ambiente assumida pelo programa.

f) Empoderamento: Em relação a esse princípio, tanto em seu aspecto voltado para o indivíduo como para o coletivo, foram identificadas fragilidades, sendo o princípio cujo cumprimento parece mais distante. Mesmo em relação ao reconhecimento por parte dos documentos do PSA, apontaram-se fragilidades, na medida em que em nenhum momento se expressa o empoderamento, limitando-se a preconização de ações educativas, sem definição de estratégias mais claras.

g) Intersetorialidade: Princípio identificado tanto pela pesquisa documental, como durante as entrevistas. Porém houve significativa reticência em relação às práticas intersetoriais.

O PSA foi identificado como programa pioneiro e que dialoga com os princípios do SUS e da Promoção da Saúde, embora não haja uniformidade em relação a cada um dos mesmos. Assim, princípios como o da universalidade e equidade das ações foram mais

facilmente reconhecidos no âmbito do programa do que o empoderamento, ou a realização de fato da intersetorialidade.

7.3.5 **Que aspectos referentes ao contexto, processo, atores e conteúdos, marcaram o momento da implementação do PSA, em 2002?**

A resposta a última pergunta foi discutida no tópico 6.6 da presente tese, durante o qual foram destacados os aspectos que diferenciaram o ano de 2002, tanto em relação ao contexto, como ao processo, atores e conteúdo do PSA.

O ano de 2001 finda com o lançamento oficial do PSA, no dia 13 de dezembro no Sitio da Trindade. Porém foi a partir de janeiro de 2002 que o processo de implementação do PSA de fato teve início.

O processo de implementação do PSA, ocorrido em 2002, foi abalado pela maior epidemia de dengue já vivenciada até então, pela cidade do Recife. A necessidade premente de focar ações para redução do número de adoecimentos e complicações decorrentes da epidemia, marcaram o PSA, em particular a imagem do ASA, que passa a ser identificado, e o mais grave, se identificar, como agente prioritariamente da dengue.

A implementação do PSA se deu em um único momento, em toda a cidade, precedido de capacitação coordenado pelo CPqAM.

Entretanto, embora lançado em todo o território, o mesmo não aconteceu com as ações previstas. Assim, as ações com foco nos riscos biológicos, ou por serem já parte da tradição, ou por força da premência da epidemia, foram incorporadas mais rapidamente ao processo de trabalho do ASA. O mesmo não ocorrendo em relação ao enfrentamento dos fatores de risco não biológico, esse provavelmente o aspecto mais inovador do PSA, por ampliar a concepção de ambiente e a relação do mesmo com a saúde.

Podemos considerar que o PSA convive com o desafio do “assitenciocentrismo” (SANTOS, 2007, p. 31), sendo seduzido pelas ações de intervenção concretas, como a colocação de larvicidas, raticidas, ou outra, do que pelas ações cotidianas que resultem no empoderamento de fato dos indivíduos e de suas comunidades. Tal fato somado às dificuldades em superação dos históricos institucionais, bem como das dificuldades dos próprios técnicos, que de um lado eram entusiastas do PSA de outro temiam as mudanças no processo de trabalho, e, sobretudo, da redistribuição de poder entre os atores envolvidos,

contribuiu para que as intervenções sobre os riscos não biológicos fossem implementadas em momento posterior às intervenções focadas nos riscos biológicos.

O processo de implementação do PSA foi ainda marcado pelo confronto com a realidade da cidade. Para os geógrafos do Observatório de Políticas, da UFPE, houve um choque entre a materialidade do território para os ASA, e o previsto pelo programa, que se apresentava aos gestores, aspecto percebido pelos gestores, que buscaram na geografia o apoio para superação dos problemas identificados.

Indiscutivelmente o fato de se apoiar em indicadores de risco sócio-epidemiológicos, representou um avanço, e tem sido destacado como um ponto forte do PSA, porém, a realidade do dia-a-dia mostrou as especificidades dos locais, não previstas pelos indicadores epidemiológicos ou de Condições de Vida adotados como guias. Aclives, declives, alagados, ou violência, se apresentaram aos ASA, fazendo com que, áreas que no termo de referência do PSA eram identificadas como pertencentes ao mesmo grau de risco, na realidade, apresentassem dificuldades distintas para os Agentes envolvidos, com implicações graves no processo de trabalho dos mesmos.

Entre os avanços reconhecidos como relevantes, a previsão de ações intersetoriais se destacou. Porém, também nesse conteúdo, o PSA enfrentou e enfrenta dificuldades.

Através das falas percebe-se que, na ponta, no dia-a-dia, os agentes e as demais instituições conseguem manter um nível de articulação. A dificuldade pareceu se sentir nos níveis hierárquicos superiores, nos quais as disputas de poder se manifestaram. Porém, a premência ou operações bem definidas favoreceram a execução de ações intersetoriais. Em momentos de fortes chuvas, por exemplo, os ASA e os agentes da Codecir realizaram ações em harmonia, evitando riscos e mortes, mostrando que a articulação a partir de problemas concretos são mais fáceis de ser executadas.

Ficou claro a partir das entrevistas que a intersetorialidade é crucial de ser debatida no âmbito da Secretaria de Saúde, e, sobretudo no âmbito da Prefeitura como um todo, pois a contradição se expressa entre a afirmação nos documentos oficiais da necessidade de agir intersetorialmente rumo à construção de uma cidade saudável, e as dificuldades que se apresentam para efetivação das mesmas, quando estão envolvidas as disputas de visibilidade e de poder entre os potenciais parceiros.

Em 2002 novos atores entram em cena. Primordialmente os ASA, que por sua formação e qualificação, em grande parte agiram como aliados do processo de implementação do programa. Outros, como os ex-agentes da Funasa, e que assumiram preponderantemente o papel de Supervisores do programa, não acompanharam o ideário do PSA, tornado-se

reconhecidamente, a partir de diversas falas, elementos dificultadores do processo de implementação das ações programáticas.

O peso do processo de trabalho da Funasa foi identificado por entrevistados, que pontuam a contradição entre o novo e as influências daquilo que o próprio PSA criticava para que fosse pautado como política pública, mostrando mais uma vez, como os processos políticos são complexos, e como recursivamente, um evento retorna e influencia outros momentos, sucessivamente.

A partir das falas dos entrevistados, o PSA parece manter uma coerência com os princípios do SUS e da promoção da saúde, embora o avanço pareça se situar com mais força no campo das idéias do que na operacionalidade dos mesmos. Alguns dos princípios claramente expressos e adotados com maior consistência, como a universalidade das ações, outros com importantes fragilidades, caso do empoderamento.

Embora não assumindo nenhuma mudança no conteúdo propositivo do PSA durante o processo de implementação, a efetivação de tal conteúdo não acompanhou a concretude do dia-a-dia. Tal fato, longe de desmerecer o PSA, colocou na agenda as contradições entre o campo teórico conceitual e o plano concreto do mundo real, no qual as políticas são implementadas.

Porém, os problemas enfrentados durante a implementação do PSA, e mesmo depois de 2002, não tem impedido que o programa persista como política pública. O PSA, mesmo não tendo implementado todas as ações como previstas, ainda em 2002, parece continuar perseguindo as mesmas, e buscando alternativas, em um contínuo de avanços e recuos.

7.4 O MÉTODO, E AS FERRAMENTAS UTILIZADAS

Podemos considerar que o método qualitativo, utilizando entrevistas semi-estruturadas se mostrou adequado para responder as questões colocadas e assim, alcançar os objetivos propostos, como bem demonstrados anteriormente.

Procuramos ao longo do presente trabalho estar atenta às observações de Gison e Raphaely (2008) e Wal, et al. (2008), que identificam de um lado ainda escassa literatura em análise de políticas nos países em desenvolvimento, de outro alertam para a limitada clareza de definições em relação às ferramentas utilizadas. Para as mesmas, diferentes ferramentas

podem ser utilizadas, desde que adequadamente explicitadas e coerentemente utilizadas, enriquecendo o trabalho. Essa foi a opção assumida durante o presente trabalho.

Optamos por utilizar como guia o ciclo da política, conforme Howellet e Ramesh (2003), mesmo tendo claro que uma política não se desenvolve em etapas bem definidas e sim em momentos que predominam em dado instante. O principal objetivo de assumirmos o ciclo da política como guia foi no sentido de explicitar as diferenças entre os momentos vivenciados pelo PSA em 2001 e 2002. Nesse sentido, a adoção das fases do ciclo político definição da agenda, formulação e decisão foram discutidas no ano de 2001, enquanto a fase de início da implementação, foi apresentada no tópico referente ao ano de 2002.

Entre os modelos de análise de políticas com os quais tivemos contato, optamos pelo modelo desenvolvido por Walt e Gilson em 1994. A partir de um triângulo que representa em cada um dos seus vértices o contexto, o processo e conteúdo de uma política, e tendo no centro os atores como elementos que interligam os demais, as autoras propõem uma ferramenta aparentemente simples, porém com elevada capacidade explicativa. Para as autoras, o fundamental é compreender que embora analisado em separado, cada elemento do triângulo de análise deve ser percebido em relação entre si.

Foram vários os trabalhos que utilizaram a ferramenta analítica de Walt e Gilson (1994), a exemplo do trabalho de Araújo Jr. (2000), ou Araújo Jr. e Maciel Filho (2001), ou os de Trostle, Bronfman e Languer (1999, Munira e Fritzen (2007), Sampaio e Araújo Jr. (2006) e Agyerpong e Adjei (2008). Com especificidades e objetos próprios, os referidos autores encontraram resultados que corroboraram o potencial da ferramenta por nós escolhidas.

Para análise do processo de formulação do PSA, utilizamos o modelo de múltiplos fluxos, desenvolvido por John Kingdon (1995). Identificamos diálogo entre o modelo de Kingdon e o PES de Carlos Matus (1996), particularmente entre o fluxo do problema e o momento explicativo, entre o fluxo das soluções e o momento normativo e entre o fluxo da política e as discussões sobre construção de viabilidade de Matus.

Em relação ao modelo do PES de Matus (1996), temos a destacar que embora seja um modelo primordialmente de análise *para a* política, em um sentido prospectivo, mostrou-se de grande capacidade explicativa para o trabalho de análise *de* política aqui realizado, retrospectivamente. Entre os principais aspectos a destacar, sobressaem-se o conceito de momento, o triângulo de governo e as discussões em torno de poder e oportunidade.

Em diferentes momentos, recorremos ao pensamento complexo, conforme Edgar Morin (2000; 2003; 2003a), por considerar que contém elementos explicativos para a dinâmica dos processos políticos.

O pensamento complexo parece caminhar em paralelo com a crítica a técnicas de análise de políticas que tendam a reduzi a realidade, sem buscar apreendê-la na sua magnitude, o que consolida a opção por utilizarmos como modelo de Análise de Política a ferramenta proposta por Walt e Gilson (1994) acrescido de elementos da categorização de Araújo Jr. (2000) e Araújo Jr. e Maciel Filho (2001).

Podemos ainda considerar que o PES de Carlos Matus (1996), o modelo de múltiplos fluxos (KINGDON, 1995) e a ferramenta de análise de política desenvolvida por Walt e Gilson (1994) dialogam com o pensamento complexo, como definido por Edgar Morin (2000; 2003; 2003a). Para Morin, assim como para ou demais autores utilizados no presente trabalho, é necessário fazer intervir a historicidade dos fatos.

Para os pensadores apresentados, não se pode isolar as partes do todo, bem como o todo de suas partes. Para Morin, o todo é maior do que a soma das partes, e as partes contém o todo. Assim também consideram Walt e Gilson (1994), ao alertar que a subdivisão entre contexto, processo, atores e conteúdo, é meramente explicativa, não sendo possível separá-los integralmente, nem tão pouco reduzir o todo à soma das partes.

Walt e Gilson (1994) estabelecem uma relação permanente entre os três vértices do triangulo de análise de políticas. Para as mesmas, o contexto o processo, o conteúdo e os atores estão em constante interação, numa espiral de influencias recíprocas e constante. Para Matus (1996), o mesmo se dá em relação aos momentos, que não se sucedem. Um predomina momentaneamente sobre outro, exercendo influencias recíprocas e constantes.

Para Klijn (2008), o modelo dos múltiplos fluxos de Kingdon inclui elementos do pensamento complexo aplicado à administração pública, ao admitir a co-evolução de cada fluxo bem como ao considerar a imprevisibilidade dos processos, já que janelas de oportunidades podem se abrir ou fechar em momentos específicos, nem sempre previsíveis.

Um dos princípios do pensamento complexo é a recursão organizacional. Para Morin, os indivíduos produzem a sociedade, que os produz. Há uma recursividade dos fatos, no sentido de um processo continuo, no qual os produtos e efeitos se tornam necessários a sua própria produção. Ao considerar o triângulo de governo, Matus (1996) aponta a necessidade do equilíbrio entre os três vértices. No entanto, o mesmo reconhece e aponta que, cada variável sendo distinta, também se entrelaçam e se condicionam mutuamente, ou nas palavras de Morin, em uma recursividade organizacional.

Análise de política neutra é um mito, na medida em que os valores do analista se fazem presente. Matus, ao afirmar que ‘eu planejo, tu planejas’, reconhece o valor das idéias, e a disputa entre as mesmas. Tal se dá também no campo da análise para política, não sendo demais afirmar que também significa reconhecer as idéias e concepções daqueles que analisam a política. As nossas foram expressas ao longo de toda a tese.

7.5 LANÇANDO NOVAS QUESTÕES

Durante o processo de elaboração da presente tese, novas questões surgiram, e podem se tornar objeto de estudos posteriores. A seguir enunciaremos as que consideramos de maior interesse, justificando o motivo do mesmo.

Um aspecto que merece atenção é a implementação de ações intersetorias, em particular a partir do ano de 2003, quando se cria o já esvaziado fórum de ações integradas. A principal questão reside em compreender por que uma iniciativa que aparentemente está em perfeita harmonia com os documentos oficiais da Prefeitura do Recife, gestão 2001/04 (RECIFE, 2002b; 2004) não se consolidou como política municipal. A questão traz à tona a discussão sobre as três faces do poder, segundo Lukes (1980, 2005), e permitirá analisar o uso de cada uma das mesmas por diferentes atores, diante do desafio de práticas intersetoriais.

Outro aspecto que merece ser mais bem analisado refere-se ao empoderamento como princípio programático. O porquê da indefinição de ações voltadas para o empoderamento, também aspecto em harmonia conceitual com os princípios governamentais, é questão a ser melhor investigada.

A sustentabilidade do PSA enquanto política pública também merece atenção. É importante analisar se o programa é um programa sustentável em longo prazo, ou se está excessivamente vinculado ao ideário de um grupo político. Porém, é também essencial identificar se dentro do mesmo campo político o programa mantém integro seu ideário, ou está na realidade dependente da interação entre contexto favorável e atores chave.

Entrevistas com tal foco, tanto realizada no universo operacional, como entre os principais gestores da Prefeitura no período, seria a estratégia de investigação adequada para responder as perguntas anteriores.

Por fim, consideramos que, ao identificarmos diálogos entre o pensamento complexo e as ferramentas de análise de políticas, tal ponto é merecedor de aprofundamento.

7.6 ALGUMAS SUGESTÕES

O PSA é um programa que apresenta a seu favor inúmeros aspectos, a maior parte já citada em algum momento da presente tese. Destacamos, entre esses, ser uma política que se preconiza promotora de saúde, recuperar como seus os princípios do SUS e ter no nome o termo ‘Ambiental’, seja pela atualidade do tema, seja pelas conseqüências daí decorrentes, como assumir a estreita relação entre ambiente e saúde.

O PSA é um programa que vem apresentando resultados concretos em relação a diferentes problemas, como por exemplo, o controle da raiva animal no Recife, fruto da densidade de atores, da descentralização das ações e da definição de estratégias claras de enfrentamento do problema (TRANSMISSÃO..., 2009). No entanto, o PSA necessita de aprimoramentos, o que não o desmerece.

Consideramos que a presente tese, ao analisar o programa durante as 4 primeiras fases do ciclo político, levantou questões que merecem atenção dos gestores.

Dentre elas, consideramos a necessidade de maior divulgação do PSA, fazendo com que o mesmo seja reconhecido pela população como um programa com múltiplas atribuições, não focado exclusivamente nas ações de controle da dengue.

Por outro lado, é fundamental desenvolver nos atores operacionais de campo do programa o sentimento de pertencimento ao PSA. É necessário que os mesmos se percebam enquanto agentes públicos, com múltiplas atribuições, competências e habilidades. Para tanto o mais importante é implementar um programa de capacitação permanente dos ASA, AOA e Supervisores, bem como desenvolver mecanismos sensíveis de acompanhamento dos trabalhos desenvolvidos.

Embora avanços consideráveis em relação à apropriação do território venham sendo feitas[116], com aprimoramentos resultantes da consultoria dos geógrafos, consideramos que é necessário que os ASA incorporem o seu papel de agente territorializado e com responsabilidade sanitária, aspecto que deve ser a linha mestra do processo de capacitação permanente dos mesmos.

Outro aspecto que merece atenção dos gestores refere-se à realização de ações intersetoriais. Os achados da presente tese evidenciaram problemas para uma efetivação mais

[116] Em março de 2009 fui convidada pelos gestores do PSA para participar da apresentação da proposta de implementação do novo Sistema de Informações do PSA, georeferenciado e utilizando de Palmtops para geração dos dados.

constante da intersetorialidade, porém também identificou que a partir de problemas bem definidos, há maior facilidade de interação entre as diferentes instituições municipais, como no caso das ações conjuntas com a Defesa Civil, diante de fortes chuvas. Nesse sentido, consideramos que as ações intersetoriais podem ser potencializadas a partir de problemas, e em torno dos mesmos, serem definidas atribuições, responsabilidades e prioridades.

Também consideramos necessário um aprimoramento do modelo de gestão do programa, o que na verdade deve transcender o mesmo, dotando-se os DS de maior autonomia gerencial, no intuito de aprimorar as ações para enfrentar as especificidades locais.

Outro aspecto que merece ser mais bem explorado pelos gestores do PSA é o potencial que tem o programa, em função da sua capilaridade, em se apropriar das mudanças ocorridas no espaço urbano, sejam essas o surgimento de novos espaços habitados, sejam mudanças ocorridas nos estratos de risco das diferentes áreas. Assim, a capilaridade do PSA permitiria que a materialidade do território dos ASA seja traduzida em aprimoramento eficiente das ações públicas, de forma ágil e permanente.

Outro aspecto prioritário a ser considerado é a consolidação da articulação entre o PSA e PSF, para que juntos conformem de fato a base de um modelo de atenção diferenciado para a cidade do Recife.

Por fim, consideramos que, assim com a maior parte das políticas públicas, o PSA tem vivido momentos de avanços e de recuos, evidenciando o desafio que é dotar o SUS de políticas criativas, que, entretanto, não sejam vulneráveis a mudanças de contexto ou a ‘humores’ de governantes.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

A PERFORMANCE de João Paulo. **JC OnLine,** Recife, 28 out. 2000. Disponível em: <http://www2.uol.com.br/JC/_2000/2810/po2810_4.htm>. Acesso em: 8 out. 2008.

ABERS, R. From ideal to practice. The Partido dos Trabalhadores and participatory governace in Brazil. **Latin American Perspectives,** Newbury Park, v. 23 n. 4. p. 35-53, 1996.

AGYEPONG, I. A.; ADJEI, S. Public social policy development and implementation: a case study of the Ghana National Health Insurance scheme. **Health Policy and Planning**, Oxford, v. 23, p. 150-160, 2008.

AKERMAN, M. et al. Avaliação em promoção da saúde: foco no "município saudável". **Revista de Saúde Pública,** São Paulo, v. 36, n. 5, p. 638-646, 2002.

AKERMAN, M.; MENDES, R.; BÓGUS, C. M. É possível avaliar um imperativo ético? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 605-615, 2004.

ALBUQUERQUE, K. M. **Saúde e Ambiente no nível local**: avaliação das ações do Agente de Saúde Ambiental – ASA, na Cidade do Recife. 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2005.

ALBUQUERQUE, K. M.; AUGUSTO, L. G. O Programa de Saúde Ambiental do Recife – uma experiência bem sucedida e seus desafios. In: AUGUST, L. G. da S.; CARNEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Org.). **Abordagem ecossitêmica em saúde:** ensaios para o controle da dengue. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2005. p. 263-277.

ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1/2, n. 2, p. 5-20, 1997.

ALMEIDA, C. Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.18, supl. p. 23-36, 2002.

ALMEIDA, C. Saúde e eqüidade nas reformas contemporâneas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 54, p. 6-21, 2000.

ALVES, M. A onda vermelha perdeu a cor. **Folha de Pernambuco**, Recife, 2008. Disponível em: <http://www.fundaj.gov.br/noticias/servelt/newstorm.ns.presentatios.

NavigationServlet? publicationCode=16&pageCode=10379&date=currentDate>. Acesso em: 20 jan. 2008.

ARAÚJO Jr., J. L. C. A**. Health Sector Reform in Brazil, 1995-1998. An Health Policy Analysis of a Developing Health System**. 2000. Tese (PhD – Public Health) - Nuffield Institute for Health, Leeds, Reino Unido, 2000.

ARAÚJO Jr., J. L. C.; MACIEL FILHO, R. Developing an operational framework for health policy analysis. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil,** Recife, v. 1, n. 3, p. 203-221, 2001.

ARRETCHE, M. Dossiê Agenda de Pesquisa em Políticas Públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 18, n 51, p. 7-9, 2003.

ARRETCHE, M. Tendências no estudo sobre avaliação. In: RICO, E. M. (Org). **Avaliação de Políticas Sociais**: uma questão em debate. São Paulo: Cortez, 2006.

ATKINSON, P.; COFFEY, A. Analysing documentary realities. In: SILVERMAN, D. **Qualitative Research**. Theory, method and practice. Londres: Sage, 1997. p. 45-62.

ATKINSON, S. From vision to reality: implementing health reforms in Lusaka, Zambia. **Journal of International Development**, Chichester, v. 9, n. 4, p. 631-639, 1997.

ATKINSON, S. Political cultures, health systems and health policy. **Social Science and Medicine**, Nova York, v.55, p. 113-124, 2002.

AUGUSTO, L.G. da S. Saúde e Vigilância Ambiental: um tema em construção. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.12, n.4, p. 177-187, 2003.

BACELAR, T.; ARAÚJO, T. P. Recife: desenvolvimento e desigualdade. In: RECIFE. Secretaria de Planejamento, Urbanismo e Meio Ambiente. **Atlas do Desenvolvimento Humano do Recife, 2005.** Recife, 2005. Disponível em: <http://www.recife.pe.gov.br/pr /secplanejamento /pnud2006/doc/analiticos/Recife%20-%20Desenvolvimento%20e%20 Desigualdade.pdf>. Acesso em: 22 out. 2008.

BACHRACH, P.; BARATZ, M. S. Two faces of power. **The American Political Science Review,** Washington**,** v. 56, n. 4, p. 947-952, 1962.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 2004.

BARKER, C. **The Health Care Policy Process**. Londres: SAGE, 1996.

BARRET, S. M. Implementation studies: time for a revival? Personal reflections on 20 years of implementation studies. **Public Administration**, Oxford, v. 82, n. 2, p. 249-262, 2004.

BARRETO, T. V. **Eleições 2002**: continuidade e mudança. Disponível em: <http://www.fundaj.gov.br/observanordeste/obed003m.html>. Acesso em: 29 set. 2008.

BARRETO, T. V. **Recife, 2004**: a reeleição de João Paulo (PT). Recife, 2004. Disponível em: <http://www.fundaj.gov.br/geral/observanordeste/recife1.pdf>. Acesso em: 1 abr. 2008.

BATISTA FILHO, M.; BATISTA, L. V. A geografia da fome 50 anos depois: o que mudou? . In: CORREIA DE ANDRADE et al. **Josué de Castro e o Brasil**: São Paulo: Ed. da Fundação Perseu Abramo, 2003, p.39-48.

BENNIS, W. **Why Leaders can't Lead. The unconscious conspiracy continues**. San Francisco: Jossey-Bass, 1989.

BETTO, F. **A mosca azul**. Reflexão sobre o poder. Rio de Janeiro: Rocco, 2006.

BEZERRA, A. C. V**. Subsídios à Gestão Territorial do Programa de Saúde Ambiental**: contribuição da geografia à construção de mapas operacionais para territorialização dos Agentes de Saúde Ambiental no Recife-PE, 2008. Dissertação (Mestrado de Geografia – Universidade Federal de Pernambuco), Recife, 2008.

BITOUN, J. O espaço geográfico na vigilância ambiental em saúde: interações operacionais no Programa de Saúde Ambiental do Recife. In: AUGUSTO, L.G. da S.; CARNEIRO, R.; MARTINS, P.H.(Org.): **Abordagem ecossitêmica em saúde**. Ensaios para o controle da dengue. Recife, Ed. UFPE, 2005, p.279-284.

BITOUN, J. O que revelam os Índices de Desenvolvimento Humano. In: **Atlas do Desenvolvimento Humano do Recife, 2005**. Recife, 2005a Secretaria de Planejamento, Urbanismo e Meio Ambiente. Disponível em: <http://www.recife.pe.gov.br/pr/secplanejamento/pnud2006/doc/analiticos/O%20que%20revelam%20os%20%C3%8Dndices%20de%20Desenvolvimento%20Humano%20(IDH).pdf>. Acesso em: 22 out. 2008.

BITOUN, J. **Territórios do diálogo:** palavras da cidade e desafios da gestão participativa no Recife, Recife, 2000**.** Mimeografado.

BLOCH, D. **Sans conflit ni cooperation**. L'organization de la surveillance et du contrôle epidemiologiques dans une ville brésilienne. (Diplome d'Etudes Approfundie, Sociologie de l'aciton organisée), Insititut d'Etudes Politiques, Paris, 2002.

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, n.7, v. 3, p. 401-412, 2002.

BOUDON, R.; BOURRICAUD,F. Povoir. **Dictionnaire critique de la sociologie**. 4 ed. Paris: Presses Universitaires de France, 1994. p. 459-466.

BRASIL. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. **Agenda 21**. Brasília: Centro de Documentação e Informação, Coordenação de Publicação, 1995.

BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Declaração de Alma-Ata: Alma Ata, URSS, 12 setembro de 1978. In: _____. **Direito Sanitário e Saúde Pública**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003a. p. 267-269. (Série E. Legislação, v. 1).

BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Carta de Ottawa para Promoção da Saúde. In: _____. **Direito Sanitário e Saúde Pública**. Brasília: Ministério da Saúde: UNB, 2003b. p. 282-287. (Série E. Legislação, v. 1).

BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Declaração de Jacarta sobre promoção da saúde pelo século XXI adentro. In: _____. **Direito Sanitário e Saúde Pública**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003c. p. 275-279. (Série E. Legislação, v. 1).

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 33 ed. São Paulo: Saraiva, 2004.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 29, de 13 de Setembro de 2000**. Brasília, DF, 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao /emendas/emc/emc 29.htm>. Acesso em: 28 out. 2008.

BRASIL. **Portaria nº 687, de 30 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, 2006b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/ saudelegis/ leg_norma_espelho_consulta.cfm?id=4020023&highlight= &bkp=pesqnorma&fonte=0&origem=0&sit=0&assunto=&qtd=10&tipo_norma=27&numero =687&data=&dataFim=&ano=2006&pag=1>. Acesso em: 2 dez. 2008.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigilância em Saúde no SUS**: fortalecendo a capacidade de respostas aos velhos e novos desafios. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2006.

BRUGHA, R.; VARVASOVSZKY, Z. Stakeholder analysis: a review. **Health Policy and Planning**, Oxford, v. 15, n. 3, p. 239-246, 2000.

BUSE, K. Addressing the theoretical, practical and ethical challenges inherent in prospective health policy analysis. **Health Policy and Planning**, Oxford, v. 23, n.5, p. 351-360, 2008.

BUSE, K.; MAYS, N; WALT, G. **Making health policy.** Maidenhead: Open University,2007.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 5, v. 1, p. 163-177, 2000.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. 3. ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 15-38.

BUTLER, M. J. R.; ALLEN, P. M. Understanding policy implementation processes as self-organizing systems. **Public Management Review**, Londres, v. 10, n.3, p.421-440, 2008.

CAMARGO Jr., K.R. de. As muitas vozes da integralidade. In. PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. (Org.). **Os sentidos da Integralidade**. Rio de Janeiro, Abrasco, 2006, p.13-17.

CAMPELLI, M.G. R; CALVO, M.C.M. O cumprimento da Emenda Constitucional n^{o} 29 no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1613-1623, 2007.

CAMPOS, G. W.; BARROS, R. B. de; CASTRO, A. M. de: Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 9, v. 3, p. 745-749, 2004.

CAMPOS, G.W. de S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciência e Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 301-306, 2007.

CAPELLA, A.C. Perspectivas Teóricas sobre o Processo de Formulação de Políticas Públicas. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M; MARQUES, E. (Org.). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007, p. 87-122.

CARTA de Bangkok para Promoção da Saúde no Mundo Globalizado, 2005. Disponível em: <http://cepis.ops-oms/bvsdeps/fulltext/cartabangkokpor.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2006.

CARVALHO, C. Boqueiros fazem festa nas ruas. **JC OnLine**, Recife, 30 out. 2000. Disponível em: <http://www2.uol.com.br/JC/_2000/3010/po3010_13.htm>. Acesso em: 8 out. 2008.

CARVALHO, C. E agora João Paulo? **JC OnLine**, Recife, 30 out. 2000a. Disponível em: <http://www2.uol.com.br/JC/_2000/3010/po3010_4.htm>. Acesso em: 7 out. 2008.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde**. Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis n. 8.080/90 e n. 8.142/90). 3 ed. São Paulo: Ed. Unicamp, 2001.

CARVALHO, S.R. Os múltiplos sentidos da categoria "*empowerment*" no projeto de Promoção da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1088-1095, 2004.

CARVALHO, S.R. **Saúde Coletiva e Promoção da Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2005.

CARVALHO, S.R.. As contradições da promoção da saúde em relação à produção de sujeitos e mudança social. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n.3, p. 669-678, 2004a.

CASTRO, C. G. J. de; LEFEVRE, A. M. C. A promoção de saúde e o planejamento estratégico. In: LEFREVE, F; LEFEVRE, A.M.C. **Promoção de Saude**. A negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira & Lent. 2004. p. 75-84.

CASTRO, J. de. **Homens e caranguejos**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

CECÍLIO, L. C. de O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In. PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. (Org.)**. Os sentidos da Integralidade**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006. p.114-128.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2., 1988, Adelaide. **Declaração de Adelaide.** Washington, DC: OPAS, 1988. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Adelaide.pdf>. Acesso em: 28 dez. 2006.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE, 3., 1991, Sundsvall. **Declaração de Sundsvall.** Washington, DC: OPAS, 1991. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Sundsvall.pdf>. Acesso em 28 dez 2006.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE, 5., 2000, Cidade do México. **Declaração do México**. Washington, DC: OPAS, 2000. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Mexico.pdf>. Acesso em: 29 dez 2006.

COLLINS, C.; ARAÚJO, J; BARBOSA, J. Decentralizing the health sector: issues in Brazil. **Health Policy**, Amsterdam, n. 52, p. 113-127, 2000.

COLLINS, C.; GREEN, A; HUNTER, D. Health sector reform and the interpretation of policy context. **Health Policy**, Amsterdam, n. 47, p. 69-83, 1998.

COLLINS, T. Health policy analysis: a simple tool for policy makers. **Public Health**, Londres, v. 119, p. 192-196, 2005.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Subsídios para construção da Política Nacional de Saúde Ambiental.** Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2007.

CORDEIRO, H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saude. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 319-328, 2001.

CORNWALL, A; SHANKLAND, A. Engaging citizens: Lessons from building Brazil's national health system. **Social Science and Medicine**, Nova York, n. 66, p. 2173-2184, 2008.

CORREIA DE ANDRADE, M: Uma releitura crítica da obra de Josué de Castro. In: CORREIA DE ANDRADE et al. **Josué de Castro e o Brasil**: São Paulo: Ed. da Fundação Perseu Abramo, 2003. p.73-82.

COSTA, H. A geopolítica da fome: dos tempos de Josué de Castro aos tempos atuais. In: CORREIA de ANDRADE et al. **Josué de Castro e o Brasil**: São Paulo: Ed. da Fundação Perseu Abramo, 2003, p. 89-94.

CUNHA, J.P. O PT e as eleições 2000. **Revista Teoria e Debate**. Disponível em: <http://www2.fpa.org.br/portal/modules/news/article.php?storyid=1479>. Acesso em: 8 out. 2008.

CZERESNIA, D. Uma introdução ao conceito de: Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D. (Org): **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 39-53.

DEBATE com João Paulo. **JC OnLine,** Recife, 2000. Disponível em: <http://www2.uol.com.br/JC/eleicao2000/debate1310.htm> Acesso em: 8 out. 2008.

DECLARAÇÃO do Rio – 1992. Declaração do Rio sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento. Disponível em: <http://www.bio2000.hpg.ig.com.br/declaracao_do _rio.htm>. Acesso em: 17 jan. 2007.

DEMO, P. **Metodologia científica em ciências sociais**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **O Planejamento da Pesquisa Qualitativa. Teorias a Abordagens.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S.. **The Sage Handbool of Qualitative Research**. 3. ed. London: Sage, 2005.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. Abordagens quantitativas e qualitativas em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F (Org.): **Caminhos do Pensamento. Epistemologia e Método**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 195-223.

DiCICCO, B.; CRABTREE, B.F. The qualitative research interview. **Medical Education**, Oxford, v 40, p. 314-321, 2006.

DIRCEU, J: PT é Grande Vitorioso. **Revista Teoria e Debate**. São Paulo, 2001. Disponível em: <http://www.fpabramo.org.br/portal/modules/news/ index.php?storytopic=568>. Acesso em: 7 out. 2008.

DOBROW, M.; et al. The impact of context on evidence utilization: A framework for expert groups developing health policy recommendations. **Social Science and Medicine**, Nova York, n. 63, p. 1811-1824, 2006.

DONALÍSIO, M. R. O **Dengue no espaço habitado**. São Paulo: Hucitec, 1999.

DRAPER, A.K. The principles and applications of qualitative research. **Proceedings of the Nutrition Society,** Londres, v 63, p. 641-646, 2004.

ELIAS. P.E. A utilização da noção de equidade na alocação de recursos em tempos dopensamento (eno)liberal: anotações para o debate. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n.2, p. 289-292, 2005.

ELIAS. P.E. Estado e Saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 41-46, 2004.

EPIDEMIA. **Diário de Pernambuco**, Recife, 24 mar. 2002.

ERASMUS,E.; GILSON, L. Start thinking about investigating Power in the organizational settings of policy implementation, **Health Policy and Planning**, Oxford, v. 23, v. 5, p. 361-368, 2008.

ESCOREL, S. **Reviravolta na Saúde**: origens e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998.

EXWORTHY, M. Policy to tackle the social determinants of health: using conceptual models to understand the policy process. **Health Policy and Planning,** Oxford, v. 23, v. 5, p. 318-327, 2008.

FARIA, C. A. P. de. Idéias, conhecimento e políticas públicas. Um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 18, n 51, p. 21-29, 2003

FASSIN, D. **L'espace politique de la santé**. Essai de généalogie. Paris: PUF, 1996.

FAVERET FILHO, P.; OLIVEIRA, P.J. A universalidade excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saude. **Planejamento e Políticas Públicas**. Brasília, n.3, p. 139-162, 1990.

FERREIRA, V. L; LIMA, O. S. **Reconstruído o processo de trabalho no território do Distrito Sanitário I, Recife, 2003**. Recife, 2003. Monografia (Especialização em Gestão de Recursos Humanos), Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/ Fundação Oswaldo Cruz.

FEUERWERKER, L . Modelos tecnossistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface,** Comunicação, Saúde, Educação**,** Botucatu, n. 16, v. 9, p. 489-506, 2005.

FLEISCHER D. As eleições municipais no Brasil: uma análise comparativa (1982-2000). **Opinião Pública**, Campinas, v. 8, n. 1, p. 80-105, 2002.

FLEURY, S.; MANDELLI, M.J. Equidad y reforma sanitária: Brasil. **Cuadernos Medico Sociales**, Santiago, n. 69, p. 21-31, 1994.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FRANCO NETTO, G.; CARNEIRO, F.F. Vigilância ambiental em saúde no Brasil. **Ciência e Ambiente**, Santa Maria, n.25, p. 24-58, 2002.

FRANZESE, C.; PEDROTI, P. M. Limites e possibilidades do orçamento participativo: para além da retórica. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 39,n. 2, p. 207-231, 2005.

FRENK, J. Comprehensive policy analysis for health system reform. **Health Policy,** Amsterdam, v 32, n.1, p. 257-277, 1995.

FRENK, J. Dimension of health system reform. **Health Policy,** Amsterdam, v. 27, p. 19-34, 1994.

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. 211259, 2000.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Vigilância Ambiental em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

GAGNON, F.; TURGEON, J.; DALLAIRE, C. Health public policy. A conceptual cognitive framework. **Health Policy,** Amsterdam**,** v. 81, p. 42-55, 2007.

GALINDO, E. F. A **intersetorialidade como requisito para construção de uma cidade saudável (gestão 2001/2004)** – Estudo de Caso. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Urbano, Universidade Federal de Peranambuco), Recife, 2004.

GERSCHMAN, S. **A democracia Inconclusa**: um estudo da Reforma Sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2004.

GILSON, L.; RAPHAELY, N. The terrain of health policy analysis in low and middle income countries: a review of published literature 1994-2007. **Health Policy and Planning**, Oxford, v. 23, n.5, p. 294-307, 2008.

GILSON, L; et al. Future directions for health policy analysis: a tribute to the work of Professor Gill Walt. **Health Policy and Planning**, p. 1-3,Advanced Access published July 29, 2008.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade de atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.). **Política de saúde**: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996, p. 177-198.

GIRALDES, M. do R. Distribuição de recursos no Sistema Público de Saúde. In: PIOLA, Sérgio F.; VIANA, Solon M. (Org.). **Economia da saúde**: conceito e contribuição para a gestão da saúde. Brasília, DF: IPEA, 1995. cap. 7. (IPEA, 149).

GLASSMAN, A.; et al. Political analysis of health reform in the Dominican Republic. **Health Policy and Planning**, Oxford, v. 14, n.2, p. 115-126, 1999.

GOMES, E. T. A. **Recortes de paisagem na cidade do Recife**. Uma abordagem geográfica. Recife: Massangana, 2006.

GREEN, A. Reforming the health sector in Thailand: the role of policy actors on the policy stage. **International Journal of Health Planning and Management**, Chichester, v. 15, p. 39-59, 2000.

GREEN, J.; THOROGOOD, N**. Analysing Health Policy. A sociological Approaches**. Londres: Longman, 1998.

GRUPO DE ANÁLISE DE POLÍTICAS DE INOVAÇÃO (Campinas, SP). **Metodologia de análise de políticas públicas**. Campinas: GAPI, Unicamp, 2002. Disponível em: <http://www.oei.es/salactsi/rdagnino1.htm>. Acesso em: 15 fev. 2008.

GUERRIERO, I. C. Z.; DALLARI, S. G. The need for ethical guidelines for qualitative health research. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 303-311, 2008.

GUIMARÃES, M. J. B. **Mortalidade Infantil e Condição de Vida**. Uma análise da desigualdade espacial no Recife. 1998. Dissertação de Mestrado em Saúde Materno Infantil. IMIP, Recife, 1998.

GUIMARÃES, M. J. B.; et al. Mapeamento de riscos e agravos à saúde relacionados com a água no Recife: uma estratégia para a reestruturação das ações de vigilância da qualidade da água de consumo humano, do monitoramaento ambiental do *Vibio cholerae* e das doenças diarréicas agudas. In: MOSTRA NACIONAL DE ESPERIÊNCIAS BAM-SUCEDIDAS EM EPIDEMIOLOGIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS - EXPOEPI 4, Brasília, DF. **Anais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005, p. 18-20.

GURGEL, I. G. D. Conhecimento científico e política de controle de doenças transmitidas por vetores: o desafio da aproximação entre os dois campos. In: AUGUST, L.G. da S.;

CARNEIRO, R.; MARTINS, P.H.(Org.): **Abordagem ecossitêmica em saúde.** Ensaios para o controle da dengue. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2005, p.89-100.

HAGUETTE, T.M F. **Metodologias Qualitativas na Sociologia**. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

HARALAMBOS, M.; HOLBORN, M. **Sociology**. Themes and perspectives. 2 ed. Londres: Unwin Hyman, 1990.

HARTLEY, J. Case study research. In: CASSEL, C.; SYMON, G. (Org.) **Essential guide to qualitative methods in organizational research**. Londrres, SAGE, 2006. p.323-333.

HAYNES, P. Complexity theory and evaluation in public management. **Public Management Review**, Londres, v.10, n.3, p. 401-419, 2008.

HILL, M.; HUPE, P. **Implementing Public Policy**. Londres: SAGE, 2007.

HOFLING, E. de M. Estado e políticas (públicas) sociais. **Cadernos do Cedes**, Campinas, n.55, p.30-41, 2001.

HOGWOOD, B.; GUNN, L. A. **Policy Analysis for the Real World**. Oxford: Oxford University, 1984.
HOWLETT, M; RAMESH, M. **Studying Public Policy.** Policy cycles and policy subsystems. 2. ed. Ontário: Oxford University, 2003.

HUMBERTO Costa. **JC OnLine**, Recife, 19 nov. 2000. Disponível em: <http://www2.uol.com.br/JC/_2000/1911/humberto.htm>. Acesso em: 9 out. 2008.

HUNTER, D. Exploring managing for health. In: HUNTER, D (Org): **Managing for Health.** Florence: Routledge, 2007.

JANESICK, V. The coreography of qualitative research desing. In: DENZIN, N.; LINCOLN, Y. (Org) **Handbook of Qualitative Research**. Sage: Thousand Oaks, 2000. p. 379-399.

JOÃO PAULO anuncia os primeiros cinco nomes do futuro secretariado. **JC OnLine,** Recife, 19 nov. 2000 (a): Disponível em: <http://www2.uol.com.br/JC/_2000/1911/po1911_9.htm>. Acesso em: 29 out. 2008.

JOÃO PAULO anuncia parte da equipe. **JC OnLine**, Recife, 18 nov. 2000: Disponível em : <http://www2.uol.com.br/JC/_2000/1811/po1811_1.htm>. Acesso em: 1 abr. 2008.

JOÃO PAULO e Humberto Costa se comprometem a tolerar simpatizantes do PFL e PMDB na prefeitura. Recife, 3 jan. 2001. Disponível em: <http://pernambuco.com/diario/2001/01/03/politicas5_0.html>. Acesso em: 22 jan. 2009.

JUNQUEIRA, L. P. Intersetorialidade, trasnsetorialidade e redes sociais na saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 34, p. 35-45, 2000.

KERSTENETZKY, C.L. Políticas sociais: focalização ou universalização? **Revista de Economia Política**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 564-574, 2006.

KHAN, M. M.; VAN DEN HEUVEL, W. The impact of political context upon the health policy process in Pakistan. **Public Health,** Londres, v. 121, p. 278-286, 2006.

KINGDON, J. W. **Agendas, alternatives and public policies**. 2. ed. Nova York: Addison Wesley, Longman, 1995.

KLIJN, E-H. Complexity theory and public administration: What's new? **Public Management Review**, Londres, v.10, n.3, p. 299-317, 2008.

KVALE, S. **InterViews**. An introduction to qualitative research interviewing. Thousand Oaks: SAGE, 1996.

LAVERACK, G.: **Health Promotion practice:** building empowered communities. Londres: McGrow Hill, 2007.

LEAVELL, H. R.; CLARK, E. G.: **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGrow-Hill do Brasil, 1976.

LEE, K.; et al. Family planning policies and programmes in eight low-income countries: a comparative policy analysis. **Social Science and Medicine**, Nova York, v. 47, n. 7, p. 949-959, 1998.

LEEUW, E. de.; TANG, K. C.; BEAGLEHOLE, D. Ottawa to Bangkok – Health promotion's journey from principles do '*glocal*' implementation. **Health Promotion International**, Oxford, v. 22, suppl., p. 1-3, 2007.

LEFREVE, F.; LEFEVRE, A.M.C. **Promoção de Saude**. A negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira e Lent, 2004.

LEFREVE, F; LEFEVRE, A.M.C. Saúde como negação da negação: uma perspectiva dialética. **Phisis**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, n. 17, v. 1, p. 15-28, 2007.

LEGER, L.S. Declarations, Charters and Statements. Their role in health promotion. **Health Promotion International**, Oxford, v. 22, n. 3, p. 179-181, 2007.

LEÓN, A.R. Governabilidad, innovación y participatión ciudadana em salud, columna vertebral de La política em salud. **Salud en Tabasco,** Villahermosa, v. 9, n. 1, p: 196-199, 2003.

LIMA, O. C. da C. **Programa de Saúde Ambiental do Recife**: os desfios da implementação. Dissertação (Mestrado em Vigilância sobre Saúde) – Universidade de Pernambuco, Recife, 2005.

LUKES, S. **O Poder**: uma visão radical. Brasília: Ed. UnB, 1980.

LUKES, S. **Power**: A radical view. The original text with two major new chapters. 2. ed. Basingstoke: Palgrave MacMillan, 2005.

LUZ, M. T. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas em saúde no Brasil atual. In: PINHEIRO, R; MATTOS,R.A. (Org). **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro, Abrasco, 2006. p.19-39.

LYNE, M. M. Parties as programmatic agents: a test of institutional theory in Brazil. **Party Politics**, Londres, v. 11, n.2, p. 193-216, 2005.

LYRA, T. M. Enfrentamento da dengue na cidade do Recife. (Transcrição de palestra proferida). In: AUGUSTO, L.G. da S.; CARNEIRO, R.; MARTINS, P.H.(Org.): **Abordagem ecossitêmica em saúde**. Ensaios para o controle da dengue. Recife, Ed. Universitária da UFPE, 2005, p.285-292.

LYRA, T. M. et al. Utilização de Mapas de risco para vigilância em saúde: a experiência do Recife. . In: MOSTRA NACIONAL DE EXPERIÊNCIAS BEM-SUCEDIDAS EM

EPIDEMIOLOGIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS – EXPOEPI, 4., 2004, Brasília, DF. **Anais.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. p.26-28.

LYRA, T. M. et al. Programa de Saúde Ambiental do Recife (PE). **Divulgação em Saúde para Debate,** Rio de Janeiro, n. 30, p. 66-76, 2004.

LYRA, T. M. **O Programa de Saúde Ambiental do Recife**. Palestra proferida no Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Desenvolvimento Social da Universidade Federal de Pernambuco, NUSP/UFPE, 30 de maio de 2003. Recife, 2003. Mimeografado.

MACHADO M . de F.; et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MANNHEIMER, L. N.; et al. Introducing Health Impact Assessment: an analysis of political and administrative intersectoral working methods. **European Journal of Public Health**, Estocolmo, v. 12, n. 5, p. 526-531, 2007.

MARCONDES, W. B. A convergência de referências na Promoção da Saúde. **Saúde e Sociedade**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 5-13, 2004.

MARITAIN, Jacques. **A carta democrática**. Rio de Janeiro: Agir, 1952.

MARQUES, R.M.; MENDES, A. Democracia, saúde pública e universalidade: o difícil caminhar. **Saúde e Sociedade,** São Paulo, v.16, n. 3, p. 35-51, 2007.

MARSIGLIA, R.M.G.; SILVEIRA, C.; CARNEIRO Jr., N. Políticas sociais: desigualdade, universalidade e focalização na saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 69-76, 2005.

MARTINS, P.H. Redes sociais, cidadania e problemas endêmicos. O caso do Programa de Saúde Ambiental do Recife (PSA). In: AUGUSTO, L.G. da S.; CARNEIRO, R.; MARTINS, P.H.(Org.): **Abordagem ecossitêmica em saúde**. Ensaios para o controle da dengue. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2005, p.263-277.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, n. 20, v. 5, p. 1411-1416, 2004.

MATTOS, R. A. de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. (Org.). **Os sentidos da Integralidade**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006, p.41-66

MATUS, C. Fundamentos da planificação situacional. In: URIBE, J. (Org.). **Planejamento e programação em saúde**. Um enfoque estratégico. São Paulo, Cortez, 1989, p. 107-149.

MATUS, C. **Política Planejamento e Governo.** 1. ed. Brasília: IPEA, 1996. 2 tomos.

MAY, T. **Social Research. Issues, methods and process**.2. ed. Buckingham: Open University, 1998.

MCKEE, M. et al. Health policy-making in central and eastern Europe: lessons from the inaction on injuries? **Health Policy and Planning**, Oxford, v. 15, n.3., p. 263-269, 2000.

MEDEIROS, C.; OLIVEIRA, S.M de. Dinâmica Demográfica do Recife. In: **Anais do Seminário Quanto somos e quem somos no Nordeste.** Disponível em: <http://www.fgf.org.br/centrodedocumentacao/publicacoes/qsqsne/17_CacildaMedeiros.pdf>. Acesso em: 22 out. 2008.

MELO FILHO, D. A.; LYRA, T. M. **Documento técnico com as funções dos Agentes de Saúde Pública de acordo com as especificidades de cada região do país**. Recife, 2004. Mimeografado

MELO FILHO, D.A. Mangue, homens e caranguejos em Josué de Castro: significados e ressonâncias. **História, Ciências, Saúde,** Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 505-524, 2003.

MELO, J. Militantes de João Paulo e Luciana fazem a festa na Praça do Marco Zero. **JC ONLINE**, Recife, 30 out. de 2000. Disponível em: <http://www2.uol.com.br/JC/_2000 /3010/po3010_12.htm>. Acesso em: 8 out. 2008.

MENICUCCI, T.M.G. Implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 72-87, 2006.

MERHY, E. E. O conhecer militante do sujeito implicado: o desfio de reconhecê-lo como saber válido. In: FRANCO, T. B. et al. (Org.). **Acolher Chapecó**: uma experiência de mudança do modelo assistencial com base no processo de trabalho. São Paulo: HUCITEC, 2004. Prefácio.

MINAYO, M. C. Relatório Final: VIII Conferência Nacional de Saúde, 1986. In: _____. **A saúde em estado de choque.** Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1986.

MINAYO, M.C de S. **O Desafio do Conhecimento:** Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1992.

MINAYO, M.C de S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. **Avaliação por triangulação de métodos. Abordagem de Programas Sociais.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz**,** 2005.

MINAYO, M.C. de S.; HARTZ, Z. M. de A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 5, v. 1, p. 7-18, 2000.

MINAYO, M.C. de S.: Hermenêutica-Dialética como caminho do pensamento social. In: MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F (Org.). **Caminhos do Pensamento:** Epistemologia e Método. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003, p. 83-107.

MONTENEGRO, D. et al. Aspectos clínicos e epidemiológicos da epidemia de dengue no Recife, PE, em 2002. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Brasília, v. 39, n.1, p. 9-13, 2006.

MORIN, E. **Ciência com Consciência**. 7. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

MORIN, E. O pensamento complexo, um pensamento que pensa. In: MORIN, E.; Le MOIGNE, J-L. **A inteligência da complexidade**. 3. ed. São Paulo: Peirópolis, 2000. p. 199-213.

MORIN. E. **Introdução ao pensamento complexo**. 4. ed. Lisboa: Instituto Piaget, 2003a.
MUCCHIELLI, A. (Org.). **Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines**. 2. ed. Paris: Armand Colin, 2004.

MUNIRA, S. L.; FRITZEN, S. A. What influences government adoption of vaccines in developing countries? A policy process analysis. **Social Science and Medicine**, Nova York, v. 65, p. 1751-1764, 2007.

NAVARRO, M. B M.; et al.. (Org). **Saúde e ambiente sustentável:** estreitando nós**.** Rio de Janeiro: Abrasco, 2002, p. 37-49.

NAVARRO, V.; et al. El impacto de la política em la salud. **Salud Coletiva,** Buenos Aires, v.3, n.1, p. 9-32, 2007.

NELSON D; BRIGAGAO J; OLIVEIRA, F**. Health Environment Program**. Harvard, 2004. Disponível em: < www.innovations.harvard.edu/showdoc.html?id=2466>. Acessado em: 24 nov. 2008.

NELSON, D. Programa de Saúde Ambiental do Recife. In: OLIVEIRA, F.M.; BARBOZA, H.B; TEIXEIRA, M.A. (Org.). **20 Experiências de Gestão Pública e Cidadania**: Ciclo de Premiação 2003. São Paulo, 2005. p.171-183.

NORONHA, J.C.; LEUCOVITZ, E. AIS-SUS: Os caminhos do direito à saúde. In: GUIMARAES, R.; TAVARES, R. (Org.): **Saúde e sociedade no Brasil**: anos 80. Rio de Janeiro: Abrasco, 1994. p. 73-111.

NOVOS Agentes começam a trabalhar. **JC OnLine**, Recife, 14 dez. 2001. Disponível em: <http://www2.uol.com.br/JC/_2001/1412/cd1412_17.htm> Acesso em: 19 nov. 2008.

OBSERVATÓRIO PERNAMBUCANO DE POLÍTICAS PÚBLICAS E PRÁTICAS SÓCIO-AMBIENTAIS. **Relatório final**: Projeto de apoio técnico aos Distritos Sanitários de Saúde para Territorialização dos Agentes de Saúde Ambiental. Recife, 2003.

OLIVEIRA, M. D.; MAGONE, J. M.; PEREIRA, J. A. Nondecison making and inertia in Portuguese health policy. **Journal of Health Politics, Policy and Law**, Duke, v. 30, n. 1-2, p. 211-230, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Health promotion evaluation: recommendations to policy-makers**: Report of the WHO European Working Group. Regional Office for Europe, Genebra, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Health promotion glossary**. World Health Organization, Genebra, 1998a.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Atenção Primária Ambiental** (APA). Brasília, 2000.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Disparidades de salud en América Latina y el Caribe**: el rol de los factores determinantes sociales. Washington, 1999. p. 1-48.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Principles and basic concepts of equity and health**. 1999. Disponível em: <http://www.paho,org/english/hdp/hdd/ pahowho.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Programa Marco de Atenção ao Meio Ambiente**. Brasília, 2000a.

PAILLÉ, P.; MUCCHIELLI, A. **L'Analyse qualitative em sciences humaines et sociales.** Paris: Armand Colin, 2003.

PAIM, J. S. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 34-46, 2006.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 12. supl., p. 1819-1829, 2007.

PARSONS, W. **Public policy**. An introduction to the theory and practice of policy analysis. Cheltenham: Edward Elgar, 1999.

PEDROSA, J. I. dos S. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 617-626, 2004.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. (Org.). **Os sentidos da Integralidade**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006, p.67-114.

POTER, C. Ottawa to Bangkok: changing health promotion discourse. **Health Promotion International**, Oxford, v. 22, n. 1, p. 72-79, 2007.

PREFEITO pede à equipe diagnóstico das Pastas. **JC OnLine,** Recife, 30 out. 2000b: Disponível em: <http://www2.uol.com.br/JC/_2000/3010/po3010_13.htm> Acesso em: 8 out. 2008.

RECIFE elege o seu primeiro prefeito operário e a "onda vermelha" do Partido dos Trabalhadores invade a cidade. **Pernambuco de A / Z.** Disponível em: <http://www.pe-az.com.br/politica/historia_campanha_joao_paulo.htm>. Acesso em: 10 mar. 2008.

RECIFE. Decreto nº 19.187, de 16 de fevereiro de 2002. **Diário Oficial do Recife,** Poder Executivo, Recife, n. 175, fev. 2002a.

RECIFE. Prefeitura. **Convênio de Cooperação Técnica entre a Universidade Federal de Pernambuco – UFPE e a Prefeitura do Recife**. Recife, 2004c.

RECIFE. Prefeitura. **Plano Plurianual 2002-2005**: Recife, Cidade Saudável. Recife, 2002b.

RECIFE. Prefeitura. **Programa de Governo**. Construir no Recife a cidadania para todos,2005/2008. Recife, 2004.

RECIFE. Secretaria de Saúde **Programa de Controle da Filariose Linfática**. Recife, 2002e.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Cuidando da Saúde no Recife 2001-2004**. Recife, 2005.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Cuidando da Saúde no Recife, 2001-2004**. Recife, 2004a.

RECIFE. Secretaria de Saúde. Diretoria de Vigilância à Saúde. **Perfil Epidemiológico 2002**. Recife, 2002d.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Mapas de risco como instrumento de Vigilância em Saúde**. A experiência do Recife. Recife, 2004b. Apresentação Power point.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **O enfrentamento da dengue no Recife**. Recife, 2002c. Apresentação Power point.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Plano Municipal de Saúde – 2002/2005**. Recife, 2002.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Programa de Saúde Ambiental**. Recife, 2003a. Apresentação Power point.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Programa de Saúde Ambiental**. Recife, 2001.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Programa de Saúde Ambiental**: Série consolidando a vigilância à saúde no Recife. Recife, 2003b.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Resposta a Fundação Getúlio Vargas** referente a Premiação ‘Gestão Pública e Cidadania’, Inscrição 501/2003. Recife, 2003.

REDE UNIDA. Intersetorialidade na Rede Unida. Londrina. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/producao/div_interset.asp>. Acesso em: 16 de jan. 2007.

REICH, M. R. The politics of health sector reform in developing countries: three cases of pharmaceutical policy. **Health Policy**, Amsterdam, v. 32, p. 47-77, 1995.

REQUENA, B. M. Focalizando la equidad. **Cuadernos Medicos Sociales**, Santiago, v. 38, n. 1, p. 3-5, 1997.

REZENDE, C. A. P; TRINDADE, J. M. Manual de atuação jurídica em Saúde Pública. In: BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. **Direito Sanitário e Saúde Pública**. Brasília, 2003. v. 2, p. 11-153. (Série E. Legislação).

ROTTA, A. O.; BELCHIOR, N. B. **Projeto Conexão Local**: Programa de Saúde Ambiental. São Paulo, 2005. Disponível em: <http://www.eaesp.fgv.br>. Acesso em: 15 abr. 2008.

SÁ, R. F.; YUASA, M.; VIANA, V. P. **Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2006.

SABATIER, P. A. **Theories of the Policy Process**. Colorado: Davis Westview Press, 1999.

SAETREN, H. Facts and myths about research on public policy implementation: out-of-fashion, alleged dead, but still very much alive and relevant. **The Policy Studies Journal**, Malden, v. 33, n.4, p. 559-582, 2005.

SAMPAIO, I. Os erros da campanha de Magalhães. **JC ONLINE**; Recife, 30 out. 2000. Disponível em: <http://www2.uol.com.br/JC/_2000/3010/po3010_11.htm>. Acesso em: 8 out. 2008.

SAMPAIO, J.; ARAÚJO Jr., J. L. Análise das políticas públicas: uma proposta metodológica para o estudo no campo da prevenção em AIDS. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, n. 3, p. 335-346, 2006.

SANCHES, L.; et al.. Intersectoral coordination in *Aedes aegypti* control. A pilot Project in Havana City, Cuba. **Tropical Medicine and International Health**, Oxford, v. 10, n. 1, p. 82-91, 2005.

SANTOS, E. R.R. **Ações de promoção da saúde: caminhos para a construção de uma cidade saudável? O caso do Recife**. Dissertação (Mestrado) Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2004.

SANTOS, M. A questão do meio ambiente: desafios para a construção de uma perspectiva transdisciplinar. **Interfaces,** São Paulo, v.1, n. 1, 2006, p. 13. Disponível em: <http://www.interfacehs.sp.senac.br/br/traducoes.asp?ed=1&cod_artigo=12>. Acesso em: 25 nov. 2008.

SANTOS, N. R. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 429-435, 2007.

SAÚDE do Recife cede modelo para todo o país. **Diário de Pernambuco**, Recife, 13 abr. 2003.

SAUERBORN, R.; NITAYARUMPHONG, S.; GERHARDUS, A. Strategies to enhance the use of health systems research for health sector reform. **Tropical Medicine and International Health**, Oxford, v. 4, n. 12, p. 827-835, 1999.

SCHENEIDER, M. C. et al. **Documento final da reunião sobre áreas de risco em raiva no Brasil**. s. l., 1987. Mimeografado.

SCHWANDT, T. **Qualitative Inquiry:** a dictionary of terms. Thousand Oaks: Sage Publications, 1997.

SECRETARIADO contempla alas petistas. **Diário de Pernambuco,** Recife, 19 nov. 2000. Disponível em: <http://www.pernambuco.com/anteriores/2000/11/19/index.html>. Acesso em: 9 out. 2008.
SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P.R.. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, n 12, v. 7, p 101 - 22, 2003.

SILVA, G. F.; MARINHO, M.das G. ; SANTOS, N.B. **A satisfação do Agente de Saúde Ambiental do Recife, 2003**. Monografia (Especialização em Gestão de Recursos Humanos). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2003.

SILVA, P. L B.; de MELO, M. A. B. **O processo de implementação de políticas públicas no Brasil:** características e determinantes da avaliação de programas e projetos. NEPP-UNICAMP. Caderno n. 48, Sao Paulo, 2000.

SMITH, B. J; TANG, K. C.; NUTBEAM, D. WHO Health Promotion Glossary: news terms. **Health Promotion International**, Oxford, v. 21, n. 4, 2006.

SOARES, R. B. R. A teoria da complexidade Segundo Edgar Morin, e suas possíveis aplicações nas organizações empresariais. **Revista Tema**, São Paulo, n. 34, p. 6-21, 1999.

SOFAER, S. Qualitative Methods: What are they and why use them? **Health Services Research,** Chicago, v. 34, n. 5, part. 2, p. 1101-1118, 1999.

SOLLA, J. J.S. P. Avanços e imites da descentralização no SUS e o "Pacto de Gestão". **Revista Baiana de Saúde Pública,** Salvador, v. 30, n. 2, p. 333-348, 2006.

SOUZA, C. "Estado do campo" da pesquisa em políticas públicas no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 18, n.51, p.15-20, 2003.

SOUZA, C. Estado da Arte da Pesquisa em Políticas Públicas. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M; MARQUES, E. (Org.). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro, 2007, p. 65-86.

SOUZA, C. Governos locais e gestão de políticas sociais universais. **São Paulo em Perspectivas**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 27-41, 2004.

SOUZA, C. Participatory budgeting in Brazilian cities: limits and possibilities in building democratic institutions. **Environment and Urbanization**, Londres, v.13, n.1, p. 159-184, 2001.

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

SOUZA, E. M.; GRUNDY, E.: Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5; p. 1354-1360, 2004.

SUGIYAMA, N. B. Theories of policy diffusion: social sector reform in Brazil. **Comparative Political Studies**, Washington, v. 4, p. 193-216, 2007.

TANTIVESS, S.; WALT, G. The role of state and non-sate actors in the policy process: the contribution of policy networks to the scale-up of antiretroviral therapy in Thailand. **Health Policy and Planning**, Oxford, v. 23, n. 3, p. 328-338, 2008.

TARRIDE, M. I. Salud pública y complejidad. In: AUGUST, L.G. da S.; CARNEIRO, R.; MARTINS, P.H.(Org.): **Abordagem ecossitêmica em saúde**. Ensaios para o controle da dengue. Recife, Ed. Universitária da UFPE, 2005. p.27-43.

TEISMAN, G.R; KLIJN, E-H. Complexity theory and public management. **Public Management Review**, Londres, v. 10, n.3, p. 287-297, 2008.

TEIXEIRA, C.F. Formulação e implementação de políticas públicas saudáveis: desafios para o planejamento e gestão das ações de promoção da saúde nas cidades. **Saúde e Sociedade,** São Paulo, v. 13, n. 1, p. 37-46, 2004.

TEIXEIRA, C.F; PAIM, J.S. Planejamento e programação de ações intersetorias para a promoção da saúde e qualidade de vida. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, n. 34, v. 6, p. 63-80, 2000.

TOJAL, S. B. de B. A Constituição dirigente e o direito regulatório do Estado Social: o Direito Sanitário. In: BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. **Direito Sanitário e Saúde Pública.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003. p 22-37. (Série E. Legislação. Volume I).

TRANSMISSÃO de raiva é bloqueada no Recife. Disponível em: HTTP://www.expressonoturno.com.br/?page=expressonews_materiais&id=316. Acesso em: 19/04/2009.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. **Interface:** Comunicação, Saúde, Educação**,** Botucatu, v. 11, n. 22, p. 223-238, 2007.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE PERNAMBUCO. Coordenadoria de Controle externo. Auditoria Operacional 04. **Avaliação do Programa de Saúde Ambiental – PSA**. Recife, 2005.

TROSTLE, J.; BRONFMAN, M.; LANGER, A. How do researches influence decision-makers? Case studies of Mexican policies. **Health Policy and Planning,** Oxford, v. 14, n. 2, p. 103-114, 1999.

UM OPERÁRIO chega ao poder na capital pernambucana. **JC OnLine**, Recife, 30 out. 2000. Disponível em: <http://www2.uol.com.br/JC/_2000/3010/po3010_3.htm>. Acesso em: 7 out. 2008.

UMA VITÓRIA suada para o PT. **JC OnLine**, Recife, 30 out. 2000. Disponível em: <http://www2.uol.com.br/JC/_2000/3010/cp3010_1.htm>. Acesso em: 7 out. 2008.

VAINSENCHER, S. A. **Sítio da Trinidade**, Recife. Disponível em: <http://www.fundaj.gov.br/notitia/servlet/newstorm.ns.presentation. NavigationServlet?publicationCode=16&pageCode=317&textCode=3399&date=currentDate > Acesso em: 19/11/2008.

VAN BUUREN, A.; GERRITS, L. Decision as dynamic equilibriums in erratic policy process. **Public Management Review,** Londres, v.10, n.3, p. 381-399, 2008.

VAN HERTEN, L. M.; REIJNEVELD, S.A.; GUNNING-SCHEPERS, L.J. Rationalising chances of success in intersectoral health policy making. **Journal of Epidemiology and Community Health**, Londres, v. 55, p. 342-347, 2001.

VARVASOVSZKY, Z.; BRUGHA,R. How to do (or not to do) … A stakeholder analysis. **Health Policy and Planning,** Oxford, v. 15, n.3, p. 338-345, 2000.

VIANA, A. L. Abordagens metodológicas em políticas públicas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 5-43, 1996.

VIANA, A. L.; LIMA, L .D. de; OLIVEIRA, R. G. de. Descentralização e federalismo: a política de saúde em um novo contexto – lições do caso brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 493-5-7, 2002.
VIANA, A.L.; BAPTISTA, T.W. de F. Análise de Políticas de Saúde. In: GIOVANELLA et al. (Org). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeio: Ed. Fiocruz, 2008, p.65-105.

VIANA, A.L.; FAUSTO, M.C.R; LIMA, L.D. Política de saúde e equidade. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 58-68, 2003.

VIANA, A.L; POZ, M. R. D. A reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis:** Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, supl., p. 225-264, 2005.

VIEIRA-da-SILVA, L. M. et al. Análise da implementação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 355-370, 2007.

WALT, G. **Health Policy**. An introduction to process and power. 8. ed. Londres: Zed Books, 2006.

WALT, G. et al. 'Doing' health policy analysis: methodological and conceptual reflections and challenges. **Health Policy and Planning**, Oxford, v. 23, n. 5, p. 308-317, 2008.

WALT, G.; GILSON, L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. **Health Policy and Planning**, Oxford, v. 9, n. 4, p. 353-370, 1994.

WESTPHAL, M.F; MENDES, R. Cidades saudáveis: uma experiência de interdiciplinaridade e intersetorialidade. **Revista de Administração Pública,** Rio de Janeiro, n. 34, v. 6, p. 47-61, 2000.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. **International Journal of Health Services**, Westport, v. 22, n. 3, p. 429-445, 1992.

WORTHEN, B. R.; SANDERS, J. R.; FITZPATRIK, J. L. **Avaliação de programas**. Concepções e práticas. São Paulo: Ed. Gente, 2004, p. 33-58.

YASSI, A. et al. **Salud ambiental básica**. Cidade do México, PNUMA, 2002.

YIN, R. K. **Estudo de Caso.** Planejamento e Método. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A

ROTEIRO DAS ENTREVISTAS

1. Em que momento e como você tomou conhecimento do PSA?

2. Para você o que motivou o surgimento do PSA em Recife no ano de 2001?

3. Você poderia aprofundar esta questão em função dos fatores que favoreceram o surgimento do PSA, tanto em relação à Secretaria de Saúde como em relação à Prefeitura do Recife?

    a. Do ponto de vista técnico, o que motivou o surgimento de um programa nos moldes do PSA?

4. Você poderia falar sobre os princípios que norteiam o PSA?

5. A Política Nacional de Promoção da Saúde aponta como princípios fundamentais da Promoção da Saúde:

    a. A concepção ampliada da saúde;
    b. A realização de ações intersetoriais;
    c. Integralidade das ações
    d. Empoderamento do individuo e coletivo;
    e. A equidade das ações;

6. Para você o PSA se relaciona com esses princípios? Quais?

7. Como se busca a operacionalização dos mesmos?

    a. Quais as facilidades ou dificuldades encontradas para operacionalização de cada um desses princípios?
    b. Há algum princípio em particular que você queira destacar, tanto quanto ao sucesso ou insucesso na implantação / operacionalização?

8. Você poderia analisar sua participação no PSA?

9. Você poderia me falar dos atores que participam ou participaram do PSA, e que você considere relevante?

10. Que aspectos, dificuldades ou facilidades, você gostaria de destacar a cerca do PSA?

11. Há algo que não foi perguntado que você gostaria de acrescentar?

12. Você gostaria de sugerir alguém que possa contribuir com o presente estudo?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARESCIDO

O (A) senhor (a) está sendo convidado (a) para participar como entrevistado na pesquisa: "Programa de Saúde Ambiental do Recife: Uma Análise de Política", desenvolvida por mim, Tereza Maciel Lyra[117], no Programa de Doutorado em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/ Fiocruz, com previsão para conclusão em março de 2009.

O objetivo principal do estudo é compreender o processo de formulação e de implementação do Programa de Saúde Ambiental (PSA) do Recife entre 2001 e 2006, com enfoque nos princípios da Promoção da Saúde.

A entrevista durará em torno de 60 minutos, não é remunerada, e será, sob sua permissão, gravada. Todas as informações obtidas serão confidenciais, não sendo divulgadas para ninguém, e utilizadas apenas para os objetivos da presente pesquisa. Os dados de identificação serão retirados e apenas um código será utilizado. Embora a entrevista não represente nenhum benefício para o senhor (a), poderá contribuir para o aprimoramento do PSA do Recife.

Você pode a qualquer momento, se recusar a responder alguma pergunta, ou retirar o seu consentimento para realização da entrevista, sem que haja constrangimento para nenhuma das partes.

Este termo deverá ser assinado em duas vias, com cópia para o (a) senhor (a), e outra para a pesquisadora.

Atenciosamente,

Tereza Maciel Lyra

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na referida pesquisa, e declaro a minha concordância em participar.

Recife, de

Nome do entrevistado (a)

Assinatura

[117] Pesquisadora do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães e Professora Assistente do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco.
e.mail para contato: terezalyra@cpqam.Fiocruz.br; fone: 2101 2672

Livros Grátis

(http://www.livrosgratis.com.br)

Milhares de Livros para Download:

Baixar livros de Administração
Baixar livros de Agronomia
Baixar livros de Arquitetura
Baixar livros de Artes
Baixar livros de Astronomia
Baixar livros de Biologia Geral
Baixar livros de Ciência da Computação
Baixar livros de Ciência da Informação
Baixar livros de Ciência Política
Baixar livros de Ciências da Saúde
Baixar livros de Comunicação
Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE
Baixar livros de Defesa civil
Baixar livros de Direito
Baixar livros de Direitos humanos
Baixar livros de Economia
Baixar livros de Economia Doméstica
Baixar livros de Educação
Baixar livros de Educação - Trânsito
Baixar livros de Educação Física
Baixar livros de Engenharia Aeroespacial
Baixar livros de Farmácia
Baixar livros de Filosofia
Baixar livros de Física
Baixar livros de Geociências
Baixar livros de Geografia
Baixar livros de História
Baixar livros de Línguas

Baixar livros de Literatura
Baixar livros de Literatura de Cordel
Baixar livros de Literatura Infantil
Baixar livros de Matemática
Baixar livros de Medicina
Baixar livros de Medicina Veterinária
Baixar livros de Meio Ambiente
Baixar livros de Meteorologia
Baixar Monografias e TCC
Baixar livros Multidisciplinar
Baixar livros de Música
Baixar livros de Psicologia
Baixar livros de Química
Baixar livros de Saúde Coletiva
Baixar livros de Serviço Social
Baixar livros de Sociologia
Baixar livros de Teologia
Baixar livros de Trabalho
Baixar livros de Turismo