



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva
Brasil

Maciel Lyra, Tereza; do Amaral Correa de Araújo Júnior, José Luiz
Análise de política: estudo da política pública de saúde ambiental em uma metrópole do nordeste
brasileiro

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 19, núm. 9, septiembre-, 2014, pp. 3819-3828

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63031699018>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Análise de política: estudo da política pública de saúde ambiental em uma metrópole do nordeste brasileiro

Policy analysis: study of public policy of environmental health in a metropolis of northeastern Brazil

Tereza Maciel Lyra¹

José Luiz do Amaral Correa de Araújo Júnior¹

Abstract *The analysis of health policies has improved in Brazil despite a plethora of different methodological approaches. Based on the model developed by Walt and Gilson in 1994, the Environmental Health Program (EHP) of Recife as a policy based on the Health Promotion principles of the Unified Health System (SUS) and Agenda 21 was analyzed. An attempt was made to understand the context during the development and implementation of the EHP, the drafting process and which actors influenced the EHP agenda content and proposal. A qualitative case study was conducted, with semi-structured interviews with key actors. In terms of context, the findings include the influence of the municipal election, the socio-sanitary characteristics of Recife, the choice of the Secretary of Health and the management teams, acceptance by the technicians and the funding increase. In terms of the process, the acceptance of the managers must be stressed. Regarding the actors, the managers, sector technicians, non-sectorial actors with viability studies stood out. The content of the EHP coincided with the SUS and Health Promotion principles. Implementation was influenced by the dengue fever epidemic (2002), and cultural institutional factors that put pressure on the order of implementation of the planned actions.*

Key words Health policy, Environmental health, Health promotion

Resumo *A análise de políticas de saúde vem se consolidando no Brasil, embora com um conjunto de diferentes abordagens metodológicas. A partir do modelo elaborado por Walt e Gilson em 1994, analisou-se o Programa de Saúde Ambiental (PSA) do Recife, como política que se fundamenta nos princípios do SUS da Promoção da Saúde e Agenda 21. Buscou-se compreender: o contexto durante a elaboração e implementação do PSA; o processo de elaboração; quais atores influenciaram a agenda e o conteúdo propositivo do PSA. Realizou-se estudo qualitativo de caso, com entrevistas semiestruturadas de atores chaves. Os achados destacam: na esfera do contexto, a influência da eleição municipal, as características sociossanitárias do Recife, a escolha do Secretário de Saúde e da equipe de gestores, a adesão dos técnicos e o incremento financeiro. Quanto ao processo, destacou-se a captação da oportunidade pelos gestores. Em relação aos atores destacaram-se: gestores; técnicos setoriais; atores extrasetoriais com construção de viabilidade. O conteúdo do PSA guarda coerência com os princípios do SUS e da Promoção da Saúde. A implementação foi influenciada pela epidemia de dengue (2002), e por fatores culturais institucionais que exerceram pressão na ordem de implementação das ações previstas.*

Palavras-chave Política de saúde, Saúde ambiental, Promoção da saúde

¹ Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Av. Moraes Rego S/N, Cidade Universitária. 50.100-070 Recife PE Brasil. tmlyra@gmail.com

Introdução

A descentralização no SUS tem favorecido o surgimento de inovações de práticas de saúde, particularmente nos municípios. Tais inovações estão, com frequência, relacionadas a fatores conjunturais, criando um aparente paradoxo. Por um lado, novos gestores assumindo novos desafios criam inovações, por outro é criada uma instabilidade dos sistemas públicos que findam por ficar a mercê dos humores dos governantes e permeáveis a pressões políticas¹.

O Programa de Saúde Ambiental (PSA) surge na Secretaria de Saúde do Recife em 2001. Assume os princípios do SUS, e fundamenta-se em três grandes eixos: Promoção da Saúde; Programa Marco de Atenção ao Meio Ambiente (OPAS); Agenda 21^{2,3}. Ao visar à ruptura com práticas centralizadoras, verticalizadas, desarticuladas e vinculadas estritamente ao controle de endemias, buscou reconhecer a saúde ambiental de forma mais ampla, incorporando tanto o monitoramento dos riscos biológicos (controle de vetores, de animais errantes e sinantrópicos) como dos não biológicos (controle da qualidade da água para consumo humano, destino de resíduos sólidos; monitoramento dos riscos ambientais), a serem desenvolvidos articuladamente com atores não exclusivos do setor saúde². Embora considerando-se que as ações voltadas para os riscos biológicos e não biológicos são insuficientes para dar conta da compreensão das relações entre saúde e ambiente, buscava-se ampliar o escopo de ações, até então restritas aos riscos biológicos.

Em 2003 foi reconhecido como práticas inovadoras⁴, e já teve aspectos específicos estudados^{5,6}, porém não foi alvo de uma análise como política pública. Tendo surgido como uma proposta de enfrentamento dos graves e crônicos problemas que afetam uma metrópole, com todas as contradições de um centro urbano, como o Recife, o PSA contém elementos relevantes para uma análise como política pública de saúde.

O termo 'Política' seria mais adequado para referir-se ao PSA, pois busca dar resposta a certos problemas de saúde ou às necessidades de grupos específicos, com enfoques tanto na promoção, na prevenção e na atenção⁷. Muitas políticas no país embora denominadas programas (Programa de Saúde da Família; Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, ou outros), na realidade se constituem políticas. Portanto, o PSA é uma política, é será como tal aqui tratado⁷.

O presente trabalho teve por objetivo analisar o PSA desde sua colocação na agenda pública,

até o início da sua implementação na cidade do Recife.

Elementos teóricos

Análise de política é um termo genérico, englobando grande número de ferramentas e técnicas para estudar políticas, identificar como se definem e suas consequências⁸. Apenas recentemente, análises de políticas públicas de saúde vêm se consolidando como prática nos países em desenvolvimento⁹, podendo ser parcial, focando em um aspecto específico ou abrangente, com amplo foco de análise¹⁰.

Na década de noventa (1990) um conjunto de ferramentas foram elaboradas nos países desenvolvidos, tendo em comum terem sido pensadas para análise das reformas estruturais neoliberais que caracterizaram a década¹¹⁻¹⁵.

O modelo de Reich¹² tem sido aplicado, com resultados importantes, assim como o de Frenk¹³, ou o de coalizão de defesa^{14,16}. O modelo de Walt e Gilson¹⁵, elaborado para análise de reformas no setor saúde de países em desenvolvimento, parte da crítica ao foco apenas no conteúdo da política. As autoras 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).

É importante compreender que política pública de saúde é uma política social, de responsabilidade do Estado, logo, permeada de conflitos, relações de poder e necessidade de negociação^{8,10,11,15}.

O modelo de Walt e Gilson¹⁵ permite a análise de relações complexas, ressaltando a inter-relação entre os quatro elementos constitutivos do tri-

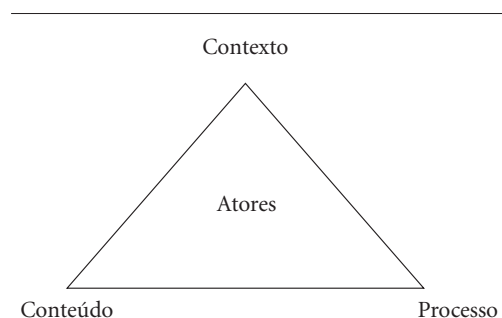


Figura 1. O triângulo de análise de políticas de saúde.

Fonte: Walt e Gilson¹⁵.

ângulo de análise de política. 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 anteriormente¹⁵. 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, influenciado por valores, princípios e posições políticas dos governantes, assim como pela sua governabilidade, destacando a importância do 'onde' a política se desenvolve.

Os fatores que influenciam o contexto são particulares em relação a espaço e tempo, e são potencialmente mutáveis, assim como são influenciados pelos atores e suas relações de poder^{8,10,15,17}. A análise do contexto atribui historicidade à política. O contexto deve ser categorizado em macro e micro, ambos compreendendo aspectos políticos, econômicos e sociais¹⁰. O macrocontexto focado na sociedade como um todo, e o microcontexto relacionado ao setor sob análise^{10,18}.

Por ser multifacetada, uma análise de contexto pode levar à falsa impressão de que toda a política foi analisada. 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 política¹⁵ (Figura 1).

Analisar o processo político é 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. Significa ter em mente que políticas são resultantes dinâmicas, nem sempre com distinção clara de etapas e permeadas de conflitos, o que torna importante estabelecer as relações de poder, identificar os conceitos e os tipos de política e estabelecer a sua racionalidade^{10,15}.

O processo político é afetado por aspectos culturais, religiosos, pela hierarquização social, por tensão de organismos internacionais, a exemplo da pressão por reformas dos sistemas de saúde dos países em desenvolvimento, na década de 90. Oliveira et al.¹⁹ ao analisarem o setor saúde em Portugal mostram que, embora diante de um contexto político favorável e de um aparente consenso da necessidade de reformas na saúde entre os anos de 1987 e 2001, assistiu-se, na realidade, à inércia e não decisão. Com foco na análise pro-

cessual, identificaram o descompasso entre o discurso de priorização do setor saúde de um lado, e a efetiva redução do financiamento setorial de outro.

Analisar os atores, individualmente ou a partir de grupos de interesses, internos ou externos aos governos, é determinante para que dado problema seja identificado como tal e assim incluído na agenda política e que decisões e ações sejam definidas visando enfrentá-lo. Os atores figuram no centro do triângulo de análise de política (Figura 1) dada a sua importância em todos os momentos ou etapas do processo político^{10,15}.

A análise dos atores contribui para mapear a posição de cada um em relação ao objeto estudado e a posição entre atores e identificar quem tem ou não influência na política. As posições dos atores podem mudar em função do objeto e da amplitude do estudo. Um ministério pode ser um ator, ou pode ser subdividido em diferentes atores, ou grupos de interesses, quando a análise for dirigida para problemas mais específicos²⁰.

A análise dos atores é permeada pelas relações de poder. O exercício do 'poder' pode ser influenciado por características pessoais, como ocupar determinada função, personalidade, acesso a informações, uso da autoridade e 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 estruturais⁹. Para Matus²¹ todo ator social tem algum poder para determinar a ação governamental.

Podem-se identificar três aspectos comuns aos diferentes modelos de análise de atores: os atores envolvidos; quais recursos dispõem ou dispuseram; as posições e os interesses com respeito à política^{10,20,21}. 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.

O conteúdo de uma política reflete os demais componentes da análise¹⁵. O contexto no qual se deu o processo político, a conformação processual da política e os atores envolvidos determinam, em última instância, aspectos preponderantes do conteúdo da política. O conteúdo é o corpo propositivo da política, expresso pelos princípios, objetivos, metas, projetos, atividades, e sua análise pode ajudar a compreender as possibilidades concretas de mudanças propostas^{10,15}.

Em revisão sistemática sobre análise de políticas, Gilson e Raphaely²² observaram que a maior parte dos artigos publicados apresentava escassez teórica conceitual, fragmentação meto-

dológica, ausência de foco claramente definido e pouca exploração dos discursos de entrevistados. Porém constata-se avanços como a apropriação de ferramentas analíticas como as de Walt e Gilson¹⁵, que têm sido aplicadas com importantes contribuições^{10,18,23,24}.

Portanto, toda análise de política deve ser precedida de definições tanto em relação às ferramentas utilizadas, quanto em relação a teorias que deem suporte à investigação, além de definições em relação às opções metodológicas^{22,25}. Diferentes ferramentas, teorias ou métodos podem ser utilizados em uma mesma pesquisa, e quando adequadamente definidos e explicitados, enriquecerão o trabalho.

Metodologia

Realizou-se um estudo qualitativo, de caso único. Foram realizadas 20 entrevistas semiestruturadas com atores-chave. Utilizou-se uma triangulação de fontes de dados: entrevistas e análise documental²⁶. A definição dos entrevistados levou em conta o perfil deles em função dos objetivos propostos. Foram entrevistados 4 secretários ou ex-secretários (de Saúde ou outra pasta); 4 diretores ou assessores especiais da Secretaria de Saúde; 3 gestores do PSA nos Distritos sanitários; 3 gestores de outras Secretarias com as quais o PSA interagiu; 3 Agentes de Saúde Ambiental (ASA) e 3 pesquisadores que assessoraram ou pesquisaram o programa.

Para as entrevistas um roteiro norteador foi construído, e buscou-se explorar os aspectos analisados no estudo: macro e micro contexto no momento da formulação e implementação do PSA, do processo político que norteou o PSA, o conteúdo propositivo do programa e os atores envolvidos em cada etapa. Durante as entrevistas, outros aspectos emergiram e foram explorados. Os diferentes perfis dos entrevistados trouxeram à tona particularidades relacionadas ao nível de envolvimento com o programa e com a capacidade de tomar decisões relativas a ele.

As entrevistas foram realizadas pela primeira autora do texto, registradas em meio magnético e transcritas por pessoa treinada, e em seguida escutadas acompanhadas do texto transcrito para correção, ajustes ou preenchimento de lacunas.

O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fiocruz Pernambuco e pelo CONEP.

As entrevistas foram analisadas através da técnica de condensação de significados²⁷. Cada

entrevista foi lida integralmente. Em seguida, foram novamente lidas, guiadas pelos objetivos do estudo, quando se buscava identificar as suas unidades naturais. Cada unidade natural era então escrita em uma coluna da matriz analítica. Os temas dominantes foram selecionados e anotados na segunda coluna da matriz. Por fim, uma descrição sintética da entrevista como um todo foi feita no final de cada matriz de análise, buscando-se *insights* interpretativos.

Foram analisados documentos publicados em jornais de grande circulação, o Plano municipal de saúde, o termo de referência do PSA, as teses e artigos referentes ao PSA, dentre outros.

O local de estudo foi a cidade do Recife, capital de Pernambuco, Nordeste brasileiro. O PSA foi analisado em dois momentos, que compõem quatro das cinco etapas do ciclo da política. O primeiro momento, que vai da identificação do problema à formulação do PSA (2001), e o segundo o da implementação do programa (2002-2003).

Utilizaram-se ferramentas de análise de políticas públicas, tendo sido feita uma associação do ciclo da política²⁸ e o método de análise de Walt e Gilson¹⁵ categorizado por Araújo Júnior e Maciel Filho¹⁰. Aspectos do Planejamento Estratégico Situacional de Matus²¹ foram utilizados, tanto para análise de contexto como para análise dos atores. A opção por associar diferentes ferramentas analíticas é corroborada por Buse¹⁶ e Walt et al.²⁵, para quem tais associações podem contribuir para torná-las mais sólidas e abrangentes.

Analisaram-se os macro e os microcontextos nos quais surgiu a ideia do programa^{10,15,18}. Em seguida, focou-se nos processos de elaboração e no processo decisório de implementar o PSA. Os atores foram identificados em função do momento em que foi mais evidente sua participação, ou ausência dela. O conteúdo do PSA foi analisado com base nos princípios do SUS, da Promoção da Saúde e da Agenda 21. Para o período da implementação do PSA, buscou-se identificar os diferenciais entre os dois momentos estudados, tanto em relação aos aspectos contextuais, processuais, de conteúdo e atores envolvidos.

Resultados e discussão

A eleição para prefeito (2001/2004) foi junto com as características socioambientais da cidade, um grande centro urbano, os achados referentes ao macrocontexto mais citados pelos entrevistados¹⁸. Dentre os 20 entrevistados, 12 referiram

diretamente o contexto político, e 4 de forma indireta, ao considerar que havia um ambiente político favorável.

É esperado que em países democráticos os governos eleitos determinem a natureza das políticas públicas²⁹. Assim, eleita uma coligação democrática, coube a ela as definições de foco das políticas públicas. No caso do Recife, o PSA, dentre outras políticas públicas de saúde e sociais, é um exemplo.

Por conquistar adesão social ao assumir, o governo compõe uma equipe que contava com significativo apoio político e do movimento social. A pasta da saúde foi ocupada por profissional que acumulava respaldo técnico e político, com forte governabilidade. Ao compor uma equipe hegemonicamente de profissionais com formação em saúde pública, o Secretário e sua equipe conseguiram a adesão dos técnicos da Secretaria de Saúde¹⁸.

Sugiyama³⁰ destaca que pertencer ao Movimento Sanitário contribuiu para a disseminação de ideias, sobretudo em um país de dimensões continentais como o Brasil. Nesse sentido, o setor saúde no Recife, conquista capacidade de governo. A equipe definiu 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, como por aumento de recursos para as ações de Vigilância em Saúde, por parte do MS, conforma-se em forte governabilidade^{18,21}. Naquele momento, a gestão da secretaria de saúde tinha capacidade de governo, expressa através do domínio de técnicas e habilidades e pela capacidade gestora da equipe da saúde; projeto de governo, evidenciado pelo Plano municipal de saúde e suas diretrizes; e forte governabilidade, em função da força política do secretário²¹.

Paim e Teixeira¹ destacam o surgimento de importantes experiências exitosas em municípios e estados, a exemplo de Sugiyama³⁰, em função do compromisso dos seus governantes como o SUS. Porém identificam prejuízos marcados pela descontinuidade administrativa, ficando as políticas públicas vulneráveis em função das mudanças de governo e de gestores, na medida em que prevalecem práticas distributivas de cargos em função de interesses político-partidários ou outras pressões corporativas, levando ao amadorismo e improviso gerencial, características conhecidas no Brasil. Ao longo da implementação do PSA houve mudanças em diferentes pastas da prefeitura, reconfigurando o apoio extrasetorial que marcava o programa, influído na capacidade

da secretaria de saúde em ampliar o escopo de atuação previsto inicialmente no programa.

É importante chamar atenção para a subjetividade na qual o contexto é apresentado. As mesmas características contextuais podem significar coisas diversas para diferentes atores. Portanto, ao ser formulada em um dado contexto, uma política irá interagir com ele exercendo influências entre si¹⁰. Tal aspecto foi lembrado por um dos entrevistados, para quem, mesmo diante de uma conjuntura favorável, se não houvesse a conjunção de outros fatores, como características dos gestores ou incremento financeiro (recursos fundo a fundo para ações de vigilância em saúde, e aumento progressivo de recursos municipais para a saúde), políticas como o PSA talvez nunca tivessem sido elaboradas.

Para Howlett e Ramesh²⁸ a definição de um problema como prioritário é etapa crítica da qual dependem as demais fases do ciclo político. Em relação ao PSA, embora anteriormente ao início da gestão já se identificasse a necessidade de superação da forma de abordagem de problemas de saúde que afligiam (e muitos ainda afligem) o Recife, o que era respaldado pelos dados epidemiológicos foi apenas, nas palavras dos entrevistados, 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 propostas²¹.

Após a colocação na agenda das questões de saúde relacionadas ao meio ambiente, deu-se início ao processo de formulação do PSA. Participativo e multisetorial, contou com profissionais com diversos saberes específicos, tais como sanitaristas, epidemiologistas, veterinários, entomologista e engenheiro sanitário, criando condições para a adoção de critérios de risco para definição de alocação dos Agentes de Saúde Ambiental (ASA) e de priorização de suas atividades^{5,6}.

Provavelmente o aspecto mais importante do processo político está vinculado ao conceito de oportunidade. Autores como Matus²¹ consideram que a oportunidade é fortuita e passageira, e pode ser perdida se não houver habilidade e sensibilidade de ser captada. A categoria poder aqui é preponderante, pois dificilmente o mais sensível governante utilizará a oportunidade adequadamente se não tiver o recurso de poder. As entrevistas ressaltaram tal aspecto.

Durante o processo político foram determinantes que problemas de saúde e a necessidade de superação de velhas abordagens fossem iden-

tificados, porém foi a oportunidade surgida com a eleição de 2001 e seus desdobramentos, captada por técnicos e gestores, e em todos os níveis, que permitiu o surgimento do PSA. Apesar de referido pelos entrevistados, a existência de indicadores socioambientais desfavoráveis do Recife, embora revestidos de significados, seriam insuficientes para determinar a agenda na medida em que problemas são construções sociais, que envolvem interpretações.

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 diarreicas. A leptospirose é endêmica, relacionada com a ocorrência de chuvas intensas. Doenças transmitidas por vetores, em particular a dengue e a filariose linfática, também se destacavam. Para os entrevistados tal questão se destacou. Assim, afirma um deles:

[...] uma cidade que tem 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 [...] a gente tinha alguns desafios, como enfrentar o problema da filariose [...] tinha também a dengue, não é? (Informação verbal)

O PSA pode ser identificado como política distributiva, com baixo grau de conflito, ao menos durante o processo de formulação e definição pela sua implementação, em função dos seus princípios de universalidade, equidade e integralidade. O que sem dúvida contribuiu para o baixo conflito que envolveu o processo político de elaboração e mesmo de implementação do programa^{10,18}.

O processo de formulação do PSA pode sugerir processo incremental na medida em que o surgimento do programa se deu a partir da avaliação da insuficiência das abordagens tradicionais, embora, contraditoriamente, mantendo algumas estruturas organizacionais do processo de trabalho sem mudanças qualitativas significativas, sobretudo no que diz respeito às ações de controle de vetores³¹. Porém o incrementalismo é insuficiente para explicar o surgimento do PSA, já que, nas palavras de entrevistados, houve uma ampliação do conceito de ambiente que buscou superar a abordagem das mesmas instituições nas quais procurou, paradoxalmente, inspiração para aspectos operacionais, ressaltando que nem sempre é trivial o enquadramento em um único modelo explicativo, e nem sempre a coerência interna de uma política é absoluta.

Na análise dos atores, os entrevistados destacaram: o Secretário de Saúde, de elevado envolvimento, apoio e poder político; o Prefeito da cidade, de envolvimento direto limitado, porém de elevada capacidade de influir nas decisões; o Secretário Adjunto, com elevada capacidade técnica e envolvimento direto no processo de aprimoramento e negociação do programa; a Diretoria de Vigilância à Saúde, com elevado grau de envolvimento técnico e discussão com os parceiros do setor saúde; demais gestores setoriais, com participação durante o processo de formulação do PSA, e em particular no processo de negociação e implementação do Programa; outras Secretarias, com destaque para a Secretária de Planejamento durante o processo de construção da viabilidade política. O partido político que capitaneava a coligação vencedora da eleição foi lembrado por um entrevistado e o Ministério da Saúde, identificado como de vetor nulo de forças, pois não se opôs ao PSA, mas não lhe efetivou nenhuma atitude de apoio real.

Durante o ano de formulação do programa não se identificaram conflitos entre os atores envolvidos. 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 naquele momento 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 municipal³².

Matus²¹ destaca a necessidade do cálculo de viabilidade da política. Os atores envolvidos devem responder a questões fundamentais, que incluem a identificação da viabilidade política, econômica, institucional e organizacional. 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 financiaria o programa. Foi construída a viabilidade política através dos pactos intra e extrasetoriais, conquistando apoio do Prefeito e de secretários de outras pastas acerca da relevância do PSA, e no âmbito da Secretaria de Saúde parece ter havido um grau importante de consenso quanto à necessidade de novas abordagens para fazer face aos problemas de saúde relacionados ao meio ambiente.

Em relação ao conteúdo propositivo, o PSA foi analisado tendo por referência os princípios do SUS e os da Promoção da Saúde, tendo sido identificada a inter-relação entre eles^{32,33}. O PSA

foi identificado como pioneiro, dialogando 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 pelos entrevistados, do que o empoderamento, ou a realização de fato de práticas intersetoriais.

O processo de implementação do PSA foi abalado pela maior epidemia de dengue já vivenciada até então pela cidade do Recife³⁴. A necessidade de focar ações para redução do número de adoecimentos, complicações e mortes decorrentes da epidemia marcou o PSA, em particular a imagem do ASA, que passa a ser identificado, e o mais grave, a se identificar como agente prioritário no combate à dengue. Tal aspecto foi algo destacado por diferentes entrevistados, em particular aqueles que estiveram envolvidos operacionalmente com o programa, inclusive pelos 3 ASA entrevistados.

A implementação se deu em um único momento, em toda a cidade, precedida de capacitação coordenada pela Fiocruz Pernambuco. Porém, o mesmo não aconteceu com as ações previstas. 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, o mesmo não ocorrendo em relação ao enfrentamento dos fatores de risco não biológico, esse provavelmente um dos aspectos mais inovadores do PSA, por ampliar a concepção de ambiente e a relação dele com a saúde^{5,6}. Os riscos biológicos têm por foco os vetores alados, o controle de roedores, de animais errantes e sinantrópicos. Os riscos não biológicos têm por foco o controle da qualidade da água para consumo humano, inclusive com a distribuição de hipoclorito em áreas críticas, o monitoramento do destino dos resíduos sólidos e o monitoramento de habitações sob risco de desabamento ou desmoronamento. Ações essas desenvolvidas sob coordenação da defesa civil do Recife.

Consideramos que o PSA convive com o “assistenciocentrismo”³⁵, seduzido pelas ações de intervenção concretas, como a colocação de larvicidas, raticidas, ou outras, do que pelas ações cotidianas que resultem no empoderamento de fato dos indivíduos e de suas comunidades, que demandam tempo e persistência para serem consolidadas. Uma contradição não exclusiva do programa sob análise.

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 e de outro temiam as mudanças no processo de trabalho, e, sobretudo, da redistribuição de poder entre atores, contribuiu para que as intervenções sobre os riscos não biológicos fossem implementadas em momento posterior às intervenções focadas nos riscos biológicos. Tais questões foram recorrentes nas entrevistas, em particular dentre aqueles que participaram na formulação e na implementação do PSA. Mais de um entrevistado ressaltou o sentimento contraditório: de um lado, manifestando forte adesão às mudanças propostas, de outro, o temor do desconhecido que as rupturas de processos de trabalho e uma maior horizontalização das esferas decisórias poderiam representar.

A implementação do PSA foi marcada pelo confronto com a realidade da cidade. Houve um choque entre a materialidade do território^{5,6} tal como se apresentava para os ASA no seu cotidiano, que pode ser exemplificado pela presença de barreiras cotidianas, e o território como previsto pelo programa, estático e representado por mapas de risco ou numericamente pelos indicadores de saúde.

O fato de se apoiar em indicadores de risco socioepidemiológicos representou avanço, sendo destacado nas entrevistas como um ponto forte do PSA, porém, a realidade do dia a dia mostrou as especificidades não previstas pelos indicadores epidemiológicos ou de Condições de Vida adotados como guias^{4,6}. Aclives, declives, alagados e violência se apresentaram aos ASA, fazendo com que áreas que eram identificadas como pertencentes ao mesmo grau de risco, na realidade, apresentassem dificuldades distintas para os Agentes envolvidos, e implicações graves no processo de trabalho^{5,6}. Contradição rapidamente identificada e percebida pelos gestores, que buscaram na geografia o apoio para superação dos problemas, embora com sucesso parcial, pois uma grande metrópole, como o Recife, tem tal dinâmica de uso e ocupação do solo, que dificilmente uma política pública poderá acompanhar, em tempo real, tal mudança⁶.

Entre os avanços reconhecidos, a previsão de ações intersetoriais se destacou^{3,4,6}. Porém, também nesse conteúdo, o PSA enfrentou e enfrenta dificuldades. Através das falas percebeu-se que, na ponta, no dia a dia, os agentes e as demais instituições conseguiam manter um nível de articulação e execução de trabalhos conjuntos, no entanto, a dificuldade se fez sentir nos níveis hierárquicos superiores, nos quais as disputas de visibilidade e de poder entre os potenciais parceiros se manifestaram. Porém, a premência dian-

te de emergências ou a definição de operações bem definidas favoreceram a execução de ações intersetoriais. Em momentos de fortes chuvas, por exemplo, os ASA, os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes da Defesa Civil realizaram ações em harmonia, evitando riscos e mortes, mostrando que a articulação a partir de problemas concretos são mais fáceis de ser executadas²¹.

No momento da implementação, 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, que assumiram preponderantemente o papel de Supervisores do programa, não acompanharam o ideário do PSA, tornado-se, a partir de falas dos entrevistados, elementos dificultadores do processo de implementação das ações programáticas, sendo o principal foco de tensão às mudanças nos processos de trabalho, propostos pelo programa. Tais tensões foram identificadas por entrevistados, que pontuam a contradição entre o novo, proposto pelo PSA³, e as influências daquilo que o próprio PSA criticava, mostrando mais uma vez, como os processos políticos são complexos.

A partir das entrevistas, o PSA parece manter coerência com os princípios do SUS e da promoção da saúde, embora o avanço pareça se situar com mais força no campo das ideias do que na sua operacionalidade. Alguns dos princípios expressos e adotados com maior consistência, como a universalidade das ações, outros com 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, não têm impedido que o programa persista como política pública. O PSA, mesmo não tendo implementado todas as ações como previsto, parece continuar perseguindo, e buscando alternativas, em um contínuo de avanços e recuos, tão próprios do processo político.

Considerações finais

A partir de método e técnicas bem definidas, realizou-se uma análise de política alcançando resultados que apresentam interesse por contribuir para a reflexão em torno dos achados principais, sobretudo, acerca da dinâmica do processo político e a influência do contexto no desenvolvimento de políticas públicas. Tais achados, embora resultantes da análise de uma política específica, podem contribuir para a compreensão de outras políticas públicas.

Dentre os achados, as tensões geradas pela mudança brusca do contexto, expressas pela epidemia de dengue, a entrada em cena de novos atores e, sobretudo, a contradição entre o desejo de fazer o novo e o que foi possível fazer de fato, são aspectos que não são exclusivos da política analisada.

Ficou clara a distância entre intenção e ação, em particular, em relação às ações de ruptura com práticas historicamente estabelecidas. A cronologia de implementação das ações programáticas mostrou ser muito mais complexa a introdução de novas ações (como aquelas voltadas aos riscos não biológicos), do que a continuidade de ações já rotineiras, mesmo que com novas configurações. Tal ponto, talvez seja um dos achados mais importantes do estudo. Romper com estruturas de poder historicamente estabelecidas ou mesmo romper com práticas rotineiras mostrou ser muito mais difícil do que convencer os gestores que o novo é importante. Foi mais fácil agregar os profissionais em torno da formulação do programa, e mesmo angariar o apoio dos gestores municipais, do que transformar as práticas cotidianas dos profissionais.

Um aspecto destacado, a captação da oportunidade tanto pelos gestores como pelos técnicos permitiu a elaboração e a implementação do PSA em tempo recorde. O programa foi formulado e lançado no primeiro ano da gestão 2001/2004. Compreender os processos políticos, identificando as oportunidades de negociação e fortalecimento da gestão, não prescinde de gestores hábeis, técnica e politicamente. Porém, gestores hábeis são insuficientes diante da perenidade da máquina pública brasileira, não sendo demais considerar que o que foi feito por uns será desconsiderado por outros, desde que uns e outros disputem poder e visibilidade.

A tensão entre atores, manifesta no momento da implementação do programa, se destacou, chamando atenção para a necessidade da análise p rvia dos atores em cena em cada etapa do ciclo político, visando definir estratégias de viabilidade.

Do ponto de vista teórico procuramos deixar claras as opções em relação às ferramentas adotadas, assumindo que podem ser utilizadas várias, desde que adequadamente e coerentemente explicitadas, enriquecendo o trabalho.

Por fim, consideramos que uma análise de política neutra é um mito, na medida em que os valores do analista se fazem presentes. Matus²¹, ao afirmar que ‘eu planejo, tu planejas’, reconhece o valor das ideias, e a disputa entre elas. Tal se d  também no campo da análise para política, não sendo demais afirmar que também significa reconhecer as ideias e as concepções daqueles que analisam a política.

Colaboradores

TM Lyra participou de todas as etapas do trabalho, desde a concepção, trabalho de campo e redação do texto. JLAC Araújo Júnior participou da concepção do trabalho, da discussão metodológica e da revisão do texto final.

Agradecimentos

A CAPES pela concessão da Bolsa de Doutorado Sanduíche, que contribuiu para viabilização do presente trabalho. Ao Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães / Fiocruz Pernambuco e a Universidade de Pernambuco, pela liberação da pesquisadora principal, durante o período da bolsa sanduíche.

Referências

1. Paim JS, Teixeira CF. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. Brasil. *Cien Saude Colet* 2007; 12(Supl.):1819-1829.
2. Organização Pan-americana de Saúde (OPAS). *Programa Marco de Atenção ao Meio Ambiente*. Brasília: OPAS; 2000.
3. Recife. Secretaria de Saúde. *Programa de Saúde Ambiental*. Recife, 2001.
4. Porto D, Brigagão J, Oliveira F. *Health Environment Program*. Harvard, 2004. [acessado 2011 nov 24]. Disponível em: <http://www.innovations.harvard.edu/showdoc.html?id=2466>
5. Bezerra ACV. *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. Recife: Ed UFPE; 2008.
6. Bitoun J. O espaço geográfico na vigilância ambiental em saúde: interações operacionais no Programa de Saúde Ambiental do Recife. In: Augusto LGS, Carneiro R, Martins PH, organizadores. *Abordagem ecossistêmica em saúde*. Ensaios para o controle da dengue. Recife: Ed. UFPE; 2005. p. 279-284.
7. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da Integralidade*. Rio de Janeiro: Abrasco; 2006. p. 41-66.
8. Collins T. Health policy analysis: a simple tool for policy makers. *Public Health* 2005 ; 119(3):192-196.
9. Bennett S, Corluka A, Doherty J, Tangcharoensathien V, Patcharanarumol W, Jesani A, Kyabaggu J, Namaganda G, Hussain AM, de-Graft Aikins A. Influencing policy change: the experience of health think tanks in low and middle income countries. *Health Policy Plan* 2012; 27(3):194-203.
10. Araújo Júnior JLC, Maciel Filho R. Developing an operational framework for health policy analysis. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* 2001; 1(3):203-221.
11. Viana AL, Baptista TWE. Análise de Políticas de Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2008. p. 65-105.
12. Reich MR. The politics of health sector reform in developing countries: three cases of pharmaceutical policy. *Health Policy* 1995; 32(1-3):47-77.
13. Frenk J. Comprehensive policy analysis for health system reform. *Health Policy* 1995; 32(1):257-277.
14. Sabatier PA. *Theories of the Policy Process*. Colorado: Davis Westview Press; 1999.
15. Walt G, Gilson L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health Policy and Planning* 1994; 9(4):353-370.
16. Buse K. Addressing the theoretical, practical and ethical challenges inherent in prospective health policy analysis. *Health Policy Plan* 2008; 23(5):351-360.
17. Sheikh K, Porter JDH. Disempowered doctors? A relational view of public health Policy implementation in urban India. *Health Policy Plan* 2011; 26(1):83-92.
18. Lyra T, Araújo Júnior JLC, Kalliecharan R. The influence of political context: the development of environmental health policy in Recife, Brazil. *Cad Saude Coletiva* 2009; 17(3):575-592.
19. Oliveira MD, Magone JM, Pereira JA. Nondecision making and inertia in Portuguese health policy. *J Health Polit Policy Law* 2005; 30(1-2):211-230.
20. Varvasovszky Z, Brugha R. How to do (or not to do) ... A stakeholder analysis. *Health Policy Plan* 2000; 15(3):338-345.
21. Matus C. *Política Planejamento e Governo*. 1ª ed. Brasília: IPEA; 1996. 2 tomos.
22. 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 Plan* 2008; 23(2):150-160.
23. Sampaio J, Araújo Júnior JL. Análise das políticas públicas: uma proposta metodológica para o estudo no campo da prevenção em AIDS. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* 2006; 6(3):335-346.
24. Agepong IA, Adjei S. Public social policy development and implementation: a case study of the Ghana National Health Insurance scheme. *Health Policy Plan* 2008; 23(2):150-160.
25. Walt G, Shiffman J, Schneider H, Murray SF, Brugha R, Gilson L. 'Doing' health policy analysis: methodological and conceptual reflections and challenges. *Health Policy Plan* 2008; 23(5):308-317.
26. Yin RK. *Estudo de Caso. Planejamento e Método*. 3ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.
27. Kvale S. *InterViews. An introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks: SAGE; 1996.
28. Howlett M, Ramesh M. *Studying Public Policy. Policy cycles and policy subsystems*. 2ª ed. Ontário: Oxford University; 2003.
29. Navarro V, Borrell C, Muntaner C, Benach J, Quiroga A, Rodríguez-Sanz M, Gumà J, Vergés N, Pasarín MI. El impacto de la política en la salud. *Salud Coletiva* 2007; 3(1):9-32.
30. Sugiyama NB. Theories of policy diffusion: social sector reform in Brazil. *Comparative Political Studies* 2007; 4:193-216.
31. Souza C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias* 2006; 16:20-45.
32. Recife. Prefeitura. *Plano Plurianual 2002-2005: Recife, Cidade Saudável*. Recife: Prefeitura do Recife; 2002.
33. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Cien Saude Colet* 2000; 5(1):163-177.
34. Montenegro D, Lacerda HR, Lira TM, Oliveira DSC, Lima AAF, Guimarães MJB, Vasconcelos PG. Aspectos clínicos e epidemiológicos da epidemia de dengue no Recife, PE, em 2002. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 2006; 39(1):9-13.
35. Santos NR. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. *Cien Saude Colet* 2007; 12(2):429-435.

Artigo apresentado em 02/09/2013

Aprovado em 19/11/2013

Versão final apresentada em 21/11/2013