

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA**

TALES IURI PAZ E ALBUQUERQUE

**NAS ENTRELINHAS DE UMA POLÍTICA:
UMA ANÁLISE DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE**

RECIFE

2016

TALES IURI PAZ E ALBUQUERQUE

**NAS ENTRELINHAS DE UMA POLÍTICA:
UMA ANÁLISE DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE**

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 Doutor em Ciências.

Orientador: Prof. Dr. José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo

Co-orientadora: Prof. Dra. Ronice Maria Pereira Franco de Sá

RECIFE

2016

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

- A345e Albuquerque, Tales Iuri Paz e.
 Nas entrelinhas de uma política: uma análise da
 Política Nacional de Promoção da Saúde / Tales Iuri Paz
 e Albuquerque. - Recife: s.n, 2016.
 362, ilus, tab, graf, 30 cm p.
 Tese (Doutorado em saúde pública) - Centro de
 Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz,
 Recife, 2016.
 Orientador: José Luiz do Amaral Côrrea de Araújo
 Júnior; coorientadora: Ronice Maria Pereira Franco de
 Sá.
1. Políticas públicas de saúde. 2. Promoção da
Saúde. 3. Formulação de políticas. 4. Análise de
projetos. Brasil. I. Araújo Júnior, José Luiz do Amaral
Corrêa de. ths. II. Sá, Ronice Maria Pereira Franco de.
III. Título.

TALES IURI PAZ E ALBUQUERQUE

**NAS ENTRELINHAS DE UMA POLÍTICA:
UMA ANÁLISE DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE**

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 Doutor em Ciências.

Aprovado em: 24/08/2016

BANCA EXAMINADORA

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

Dra. Vânia Cristina Marcelo
Faculdade de Odontologia – UFG

Dr. Petrónio José de Lima Martelli
Departamento de Medicina Social – UFPE

Dra. Idê Dantas Gurgel
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/Fiocruz

Dra. Tereza Maciel Lyra
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/Fiocruz

Dedido este trabalho aos meus pais, aos meus irmãos
e à minha esposa pelo amor e carinho cultivados em família.

AGRADECIMENTOS

A Deus, à Espiritualidade Maior, que através da Doutrina Espírita, possibilitaram-me ver a vida com mais fé, resiliência e compromisso com o bem. E, sobretudo, foi meu refúgio e conforto, assim como tem sido minha força na superação de obstáculos.

Aos meus queridos pais, Antônio Barbosa de Albuquerque e Maria do Socorro Paz e Albuquerque, aos quais palavras de agradecimentos não são capazes de demonstrar a eterna gratidão à minha formação espiritual e profissional por eles concedida. Vocês são os meus exemplos: de pais, enquanto reflexo da educação e amor conferidos à nossa linda família (composta por sete filhos e uma filha); de semeadores do evangelho do Cristo, retratados em seus compromissos com os trabalhos sociais junto à comunidade, como também no mergulho diário no Espiritismo; de docentes, jovens aposentados das Universidades Estadual da Paraíba e Federal de Campina Grande - PB, pois demonstraram a arte de ensinar e de se encantar com o universo do aprendizado com compromisso. Muito Obrigado!

Aos meus caros irmãos (Tiago, Túlio, Tássio, Tairone, Tauan e Leonardo) e caríssima irmã (Tarsila), os quais a vida me presenteou, fazendo-me compreender como tão bom é viver em família. Obrigado pelo apoio, incentivo, compreensão e confiança na minha capacidade.

À minha querida esposa, Déborah Danielle, pelo amor a mim conferido através de seus gestos de compreensão, paciência, estímulo e confiança. Muito Obrigado! Tê-la como companheira torna muito mais fácil superar os obstáculos e avançar no aprendizado da vida. É junto a ti que as nossas conquistas adquirem maior significado por projetarem sonhos para construção e fortalecimento de nossa família. Te amo!

À minha avó, Áurea Barbosa de Albuquerque (*in memoriam*), por me possibilitar vivenciar os encantos do Sítio Capivara, entrelaçados pela beleza da natureza e o amor dessa cuidadosa vó com seus netos. Lembro-me da sua alegria em comemorar as nossas conquistas pessoais e profissionais. O seu desencarne durante o doutorado, deixaram em mim marcas de saudade, com as quais aprendo a conviver dia-após-dia. Hoje compartilho esse momento com a senhora, pois tenho a certeza do quanto estás feliz, em espírito, com essa conquista.

Aos meus sogros, Inácio Marinho das Chagas e Joselice Tertuliano de Assis Marinho, e cunhados, Anna Priscilla Tertuliano Marinho e Paulo Vinicius Tertuliano Marinho, pelo apoio, orações e torcida pelo meu sucesso. Muito obrigado! Os tenho com muito carinho e admiração.

Ao Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - Fundação Oswaldo Cruz, representada pelos seus professores e funcionários, que acolheram este jovem pesquisador, guiado pelo desejo de aprender, e o devolve para a sociedade mais maduro e compromissado com a Saúde Pública e com a formação acadêmica.

Ao meu orientador, José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo, pelo acolhimento e oportunidade conferidos ao meu aprendizado de análise de políticas públicas. Ademais, demonstrou-se compreensivo às condições de ter um orientando a 560 km de distância.

À minha co-orientadora Ronice Maria Pereira Franco de Sá que, desde o mestrado, compartilha aprendizados, abrindo-me espaços de crescimento profissional na área da Promoção da Saúde e possibilitando-me maior criticidade no desenvolvimento da pesquisa científica. Foram seis anos de orientação, convertidos em amizade e respeito, que serão a mola propulsora para novos projetos.

Aos colegas professores da Universidade Federal de Sergipe, do Departamento de Educação em Saúde, pela liberação e apoio para realização do doutorado.

Aos novos amigos construídos durante o Doutorado, turma 2012/16. Desejo sucesso a todos.

Aos atores envolvidos com a Política Nacional de Promoção da Saúde, sejam da gestão, do controle social ou de organizações não-governamentais que concordaram em contribuir com o presente estudo através das entrevistas, o meu muito obrigado.

Ao Grupo Temático de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável da ABRASCO, pelo acolhimento e apoio a esse jovem pesquisador desde o mestrado, possibilitando-me oportunidades de aprendizado e crescimento profissional.

À banca examinadora de defesa desta tese, a Dra. Vânia Cristina Marcelo (UFG); o Dr. Petrônio José de Lima Martelli (UFPE); Dra. Idê Dantas Gurgel (CPqAM/Fiocruz) e a Dra. Tereza Maciel Lyra (CPqAM/Fiocruz); e aos suplentes Joselma Cavalcanti Cordeiro (UPE) e Sidney Feitoza Farias (CPqAM/Fiocruz), pela contribuição ao crescimento desta pesquisa.

A todos que se dispuseram a participar e auxiliar na construção desta pesquisa, seja abrindo caminhos ou fazendo orações. Enfim, compartilho com todos a gratidão e a alegria em concluir mais uma etapa da minha vida acadêmica.

“A concessão de direitos tende a criar necessidades
que suscitam a exigência de novos direitos.”
Boaventura Santos

“Mas não utópica no sentido do irrealizável; não utópica no sentido
de quem discursa sobre o impossível, sobre os sonhos impossíveis. Utópica no
sentido de que é esta uma prática que vive a unidade dialética, dinâmica, entre a
denúncia e o anúncio do sonho possível.”
Paulo Freire

ALBUQUERQUE, Tales Iuri Paz e Albuquerque. **Nas entrelinhas de uma política:** uma análise da Política Nacional de Promoção da Saúde, 2016. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2016.

RESUMO

Este trabalho objetiva analisar a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) desde a entrada de sua revisão na agenda política, em 2013, até sua aprovação, em 2014. Para tanto, conduz-se por uma pesquisa qualitativa, com 16 atores-chave desse processo. A análise temática por categorias orientou-se pela triangulação entre entrevista, observação e análise documental. Apoiou-se na análise de políticas públicas, bem como na teoria da justificação. Os principais achados apontaram para o fortalecimento de políticas públicas inclusivas envolvendo a Promoção da Saúde (PS), mas com desinteresse pela PS vinculada ao desenvolvimento social e interesse pela sua ótica comportamentalista. Essa contraditória prioridade foi incentivada pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), poder representativo da PNPS. Entre os atores, destacaram-se a participação do GT de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável, a Organização Pan-americana – ambos com interesse em ampliar a PNPS na perspectiva do desenvolvimento social- e a SVS com interesse na permanência de suas ações prioritárias. A decisão pela revisão da PNPS se justificou pela sua desatualização nas agendas nacional e internacional, mas nos bastidores, foi a agenda oculta, em prol da sua ampliação, que pressionou os limites postos a sua formulação. O momento crítico estabeleceu-se diante da impossibilidade de retirar as ações específicas da PNPS, mesmo indicada pelos múltiplos movimentos da revisão. Constatou-se ainda a pressão da grandeza cívica por acordos coerentes ao processo, enquanto a racionalidade da grandeza industrial defendia limites à PNPS. No entanto, foi a interferência do mundo doméstico que predominou na construção dos acordos. O conteúdo da PNPS revisada avançou na compreensão e coerência em relação à PS, propondo enfrentar as desigualdades decorrentes dos determinantes sociais, com uma operacionalização sob o olhar do território. Entretanto, a sua factibilidade e viabilidade demonstraram fragilidade.

Palavras-chave: Políticas públicas de saúde; Promoção da Saúde; Formulação de política; Análise de projetos.

ALBUQUERQUE, Tales Iuri Paz e Albuquerque. **Between the lines of a policy:** analysis of the National Policy for Health Promotion, 2016. Thesis (Doctorate in Public Health) – Research Center Aggeu Magalhães, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2016.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the National Policy for Health Promotion (NPHP) since the entering of its revision on the political agenda in 2013, until its approval, in 2014. For this purpose, a qualitative research was conducted with 16 key actors of this process. The thematic analysis by categories was conducted by triangulation among interview, observation, and documentary analysis. This article was supported both by the analysis of public policies and the justification theory. The main findings point to the empowerment of inclusive public policies involving Health Promotion (HP), but lack interest by the associated HP in social development, and interest by its behavioural perspective. This contradictory priority was encouraged by the Health Surveillance Secretariat (HSS), representative power of NPHP. Among the actors, it is highlighted the participation of the WG of Health Promotion and Sustainable Development, the Pan American organization - both with an interest of expanding the NPHP in perspective of social development - and the HSS with an interest in the permanence of its priority actions. The decision to revise the NPHP was justified by its outdated both in national and international agendas, but behind the scenes, it was the hidden agenda, in favour of its expansion, that pushed the limits placed on its formulation. The critical moment was established in the face of impossibilities to remove specific actions from NPHP, even indicated by multiple movements of the revision. It was also noted the pressure of civic greatness for agreements coherent to the process, while the rationality of industrial greatness defended limits to NPHP. However, it was the interference of the domestic world that prevailed in the construction of the agreements. The content of the revised NPHP advanced in the understanding and coherence with respect to the HP, proposing to face the inequalities deriving from the social determinants, with an operationalization under the territorial gaze. However, its feasibility and viability demonstrated fragility.

Keywords: 1. Public Health Policies; 2. Health Promotion; 3. Policy formulation; 4. Project analysis.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Triângulo de Governo, proposto por Carlos Matus.....	45
Figura 2 - O Ciclo da Política segundo Howlett e Ramesh.....	51
Figura 3 - Fluxos múltiplos e janela de oportunidade.....	54
Figura 4 - Esquema referente a influência da implementação na formulação de políticas.....	61
Figura 5 - Ordens de grandeza dos mundos comuns.....	89
Quadro 1 - Distribuição dos sujeitos da pesquisa, de acordo com as instituições e organizações identificadas no processo de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).....	105
Quadro 2 - Relação entre objetivos desta pesquisa e as técnicas de triangulação.....	106
Figura 6 - Esquema referente ao modelo de Walt e Gilson.....	114
Figura 7 - Esquema explicativo do modelo operacional de análise de política desenvolvido para análise da Política Nacional de Promoção da Saúde.....	115
Gráfico 1 - Produto Interno Bruto (PIB) do Brasil (2006-2014)	131
Gráfico 2 - Produto Interno Bruto do Brasil per capita (2006-2014)	132
Gráfico 3 - População Residente do Brasil (2006-2014) – Estimativa para o TCU.....	134
Gráfico 4 - Índice de Gini no Brasil (2006-2013)	137
Gráfico 5 - Comparação entre a renda domiciliar per capita – média, renda média e o indicador de Bem-estar Social simples (2006-2014).	139
Gráfico 6 - Distribuição percentual do rendimento familiar per capita, por décimos de rendimento – Brasil – 2004/2013.....	140
Gráfico 7 - Comparação entre a Taxa de pobreza e Taxa de extrema pobreza (2006 - 2013).....	141
Gráfico 8 - Posse de bens duráveis e acesso a serviços públicos essenciais, 1992-2012.....	142
Quadro 3 - Organização das categorias referentes ao macro contexto da Política Nacional de Promoção da Saúde.....	166
Figura 8 - Atores sociais presentes na arena de construção da revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde.....	168

Quadro 4 - Organização das categorias por tópicos e atores identificados no processo de revisão da PNPS.....	235
Figura 9 - Esquema didático referente às categorias encontradas na análise do processo de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde, com base no ciclo das políticas públicas.....	239
Figura 10 - Esquema didático referente às categorias encontradas na análise dos acordos e desacordos durante a sistematização da revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde.....	240
Figura 11 - Modelo de referência para desenvolvimento das oficinas regionais no processo de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde, com a inclusão do Temas.....	270
Figura 12 - Modelo de referência para desenvolvimento das oficinas regionais no processo de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde, com a inclusão dos eixos operacionais.....	272
Quadro 5 - Apresentação dos objetivos específicos da PNPS, de 2006 e 2015.....	306
Quadro 6 - Comparação entre as estruturas da PNPS, de 2006 e 2015.....	307
Quadro 7 - Lista com os temas transversais e os eixos operacionais da PNPS.....	311
Figura 13 - Esquema didático referente ao “novo” arranjo da PNPS.....	314
Quadro 8 - Comparação entre as ações específicas e os temas prioritários.....	316

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
APP	Análise de Políticas Públicas
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CES	Conselho Estadual de Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CGAN	Coordenadoria Geral de Alimentação e Nutrição
CGDANT	Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis
CGPNPS	Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde
CGSES	Colegiado de Gestão do Distrito Federal
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIDA	Canadian International Development Agency
CIR	Comissões Intergestores Regionais
CIT	Comissão Tripartite
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS	Conselhos de Secretarias Municipais
CPHA	Canadian Public Health Association
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
DAB	Departamento de Atenção Básica
DAET	Departamento de Atenção Especializada e Temática
DANTPS	Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde
DASIS	Diretoria de Apoio Administrativo ao Sistema de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DSS	Determinantes Sociais em Saúde
EC	Emenda Constitucional
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública.
EXPOEPI	Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças
FIES	Fundo de Financiamento Estudantil

FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GT PSDS	Grupo Temático de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGs	Organizações Não-governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPA	Plano Pluri Anual
Pró-Saúde	Programa de Reorientação da Formação Profissional
PROUNI	Programa Universidade para Todos
PS	Promoção da Saúde
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PT	Partido dos Trabalhadores
PVVS	Piso Variável de Vigilância em Saúde
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SeTP	Saúde em Todas as Políticas
SGEP	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SOPHE	Sociedade de Educação em Saúde Pública
SPS	Secretaria de Políticas de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCU	Tribunal de Contas da União
UIPES	União Internacional de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	25
1 INTRODUÇÃO	26
CAPÍTULO 2	31
2 POLÍTICAS PÚBLICAS: DOS CONCEITOS À ANÁLISE	32
2.1 A INTRIGANTE REFORMA DO ESTADO	32
2.2 PERCORRENDO OS CONCEITOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS	39
2.3 ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS	47
2.4 CICLO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS	49
2.4.1 ENTRADA DE UM PROBLEMA NA AGENDA	52
2.4.2 FORMULAÇÃO DE POLÍTICA	55
2.4.3 TOMADA DE DECISÃO	57
2.4.4 IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA	58
2.4.5 AVALIAÇÃO DE POLÍTICA	62
CAPÍTULO 3	65
3 PROMOÇÃO DA SAÚDE: UM NOVO OLHAR PARA A SAÚDE	66
3.1 CONTEXTO INTERNACIONAL DA PROMOÇÃO DA SAÚDE	69
3.2 CONTEXTO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL	73
3.3 INTERSETORIALIDADE: ‘PONTES’ PARA FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS	75
CAPÍTULO 4	80
4 JUSTIFICAÇÃO: ENTRE ACORDOS E DESACORDOS	81
4.1 TEORIA DA JUSTIFICAÇÃO	82
4.2 MODELO DE SENSO DE JUSTIÇA	85
4.3 OS MUNDOS COMUNS	88
4.3.1 O MUNDO DA INSPIRAÇÃO	90
4.3.2 O MUNDO DOMÉSTICO	90
4.3.3 O MUNDO DA OPINIÃO	91
4.3.4 O MUNDO CÍVICO	91
4.3.5 O MUNDO MERCANTIL	92
4.3.6 O MUNDO INDUSTRIAL	93
4.4 AS CRÍTICAS E OS COMPROMISSOS	94
4.5 TÉRMINO DA DISPUTA	95

4.6 O SURGIMENTO DE UM NOVO MODELO DE JUSTIFICAÇÃO: CITÉ POR PROJETOS.....	96
4.6.1 CARACTERÍSTICAS DA CITÉ POR PROJETO	98
CAPÍTULO 5	100
5 OBJETIVOS DA PESQUISA	101
5. 1 OBJETIVO GERAL.....	101
5. 2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	101
CAPÍTULO 6	102
6 CONTEXTUALIZAÇÃO METODOLÓGICA	103
6.1 DESENHO DO ESTUDO	103
6.2 OBJETO DE ESTUDO E PERÍODO	104
6.3 SUJEITOS DA PESQUISA	104
6.4 TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	106
6.4.1 ANÁLISE DOCUMENTAL.....	107
6.4.2 OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE.....	109
6.4.3 ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	110
6.5 ANÁLISE DOS DADOS	112
6.5.1 ANÁLISE DE POLÍTICA DE SAÚDE.....	113
CAPÍTULO 7	117
7 CONTEXTO	118
7.1 MACRO CONTEXTO: ESFERA POLÍTICA.....	118
7.1.1 POLÍTICAS PÚBLICAS	119
7.1.1.1 Categoria: Fortalecimento de políticas públicas inclusivas.....	119
7.1.1.2 Categoria: O tema PS surgindo como diretriz de políticas públicas.....	120
7.1.1.3 Categoria: Controvérsias entre a orientação vanguardistas e a prática conservadora	121
7.1.2 IDEOLOGIA.....	124
7.1.2.1 Categoria: Ótica comportamentalista conduzindo os interesses em torno da PS	124
7.1.2.2 Categoria: Importância dos DSS no processo saúde-doença.....	126
7.1.3 MUDANÇA POLÍTICA	127
7.1.3.1 Categoria: Ênfase no planejamento intersetorial	128
7.1.4 INFLUÊNCIA INTERNACIONAL.....	129
7.1.4.1 Categoria: Interesses internacionais pautando a PS no Brasil	129

7.2 MACRO CONTEXTO: ESFERA ECONÔMICA.....	130
7.2.1 <i>POLÍTICA ECONÔMICA E SITUAÇÃO MACRO ECONÔMICA</i>	130
7.2.1.1 <i>Categoria: Inclusão social limitada pela influência de interesses econômicos</i>	130
7.3 MACRO CONTEXTO: ESFERA SOCIAL	133
7.3.1 <i>DESENVOLVIMENTO HUMANO: LONGEVIDADE, EDUCAÇÃO, RENDA E QUALIDADE DE VIDA</i>	134
7.3.1.1 <i>Categoria: Diminuição insuficiente das iniquidades sociais para se avançar na melhoria da qualidade de vida.</i>	134
7.4. MICRO CONTEXTO: POLÍTICO SETORIAL.....	145
7.4.1 <i>PODER SETORIAL</i>	145
7.4.1.1 <i>Categoria: SVS como poder representativo da PNPS</i>	145
7.4.1.2 <i>Categoria: Dificuldade na escuta: modelo top-down conduzindo as decisões</i>	146
7.4.1.3 <i>Categoria: Fragilidade na transversalidade da PNPS pelo seu Comitê Gestor</i>	146
7.4.2 <i>PRINCIPAIS INTERESSES</i>	147
7.4.2.1 <i>Categoria: Doenças crônicas legitimando os interesses em torno da PS</i>	147
7.4.3 <i>POLÍTICA DE SAÚDE</i>	155
7.4.3.1 <i>Categoria: Política de saúde incoerente com a macro política governamental</i>	155
7.5 MICRO CONTEXTO: FINANÇAS SETORIAIS	157
7.5.1 <i>ORÇAMENTO E GASTOS SETORIAIS</i>	158
7.5.1.1 <i>Categoria: Orçamento do MS capturado pela assistência</i>	158
7.5.2 <i>MECANISMOS E POLÍTICA DE FINANCIAMENTO</i>	161
7.5.2.1 <i>Categoria: Mecanismos restritivos e indutores de incoerências no âmbito da PS</i>	161
7.6 MICRO CONTEXTO: PROBLEMAS DE SAÚDE.....	162
7.6.1 <i>CATEGORIA: RÁPIDA TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA – DAS TRANSMISSÍVEIS ÀS CRÔNICAS</i>	162
7.6.2 <i>CATEGORIA: INEFICIÊNCIA DO SETOR SAÚDE NO ENFRENTAMENTO DOS DSS</i>	164
CAPÍTULO 8	167
8 ATORES	168
8.1. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA ...	169
8.1.1 <i>CARACTERÍSTICAS DO ATOR</i>	170
8.1.1.1 <i>Categoria: Resgatar o movimento da reforma sanitária brasileira</i>	170
8.1.2 <i>PARTICIPAÇÃO NO PROCESSO DE REVISÃO DA PNPS</i>	171
8.1.2.1 <i>Categoria: Participação através do GT de PSDS</i>	171

8.2 GT DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL DA ABRASCO	172
8.2.1 CARACTERÍSTICAS DO ATOR.....	172
8.2.1.1 Categoria: <i>Expertise e militância na área de PS</i>	173
8.2.1.2 Categoria: <i>Habilidade na análise de políticas públicas</i>	175
8.2.1.3 Categoria: <i>Dificuldade de sair do mundo acadêmico</i>	176
8.2.2 PARTICIPAÇÃO E MOBILIZAÇÃO NO PROCESSO DE REVISÃO DA PNPS	176
8.2.2.1 Categoria: <i>Participação ampla</i>	176
8.2.2.2 Categoria: <i>Mobilização expressiva</i>	177
8.2.3 INTERESSES E ALIANÇAS DESENVOLVIDAS	178
8.2.3.1 Categoria: <i>Interesse significativo em ampliar a PNPS</i>	178
8.2.3.2 Categoria: <i>Ampliar a densidade democrática do processo de revisão</i>	179
8.2.3.3 Categoria: <i>Alianças na indução por ampliação da política</i>	180
8.2.4 PREOCUPAÇÃO	182
8.2.4.1 Categoria: <i>Medo da revisão da PNPS não avançar</i>	182
8.2.4.2 Categoria: <i>Possibilidade dos participantes da revisão não se verem na Política</i>	183
8.2.5 PODER E INFLUÊNCIA	184
8.2.5.1 Categoria: <i>Ponderação por parte do grupo condutor</i>	184
8.2.5.2 Categoria: <i>Influência significativa</i>	186
8.3 SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE - MINISTÉRIO DA SAÚDE.....	188
8.3.1 CARACTERÍSTICAS DO ATOR.....	189
8.3.1.1 Categoria: <i>Gestão pragmática na condução dos interesses</i>	189
8.3.1.2 Categoria: <i>Indutor principal de prioridades</i>	189
8.3.1.3 Categoria: <i>Dificuldade de operacionalizar a intersetorialidade e intrasetorialidade</i>	190
8.3.1.4 Categoria: <i>Frágil indutor das ações federais</i>	191
8.3.2 PARTICIPAÇÃO E MOBILIZAÇÃO NO PROCESSO DE REVISÃO DA PNPS	191
8.3.2.1 Categoria: <i>Participação ampla</i>	191
8.3.2.2 Categoria: <i>Mobilização expressiva</i>	193
8.3.3 INTERESSES E ALIANÇAS DESENVOLVIDAS	193
8.3.3.1 Categoria: <i>Permanência das ações prioritárias na PNPS</i>	193
8.3.3.2 Categoria: <i>Universalização das ações da PNPS</i>	194
8.3.3.2 Categoria: <i>Alianças de caráter operacional</i>	195

8.3.4 <i>PREOCUPAÇÃO</i>	196
8.3.4.1 <i>Categoria: Esquivar das críticas à PNPS</i>	196
8.3.4.2 <i>Categoria: Revisão ser uma nova PNPS</i>	197
8.3.4.3 <i>Categoria: Viabilidade da proposta de revisão da Política</i>	198
8.3.4.4 <i>Categoria: Finalizar a revisão na primeira gestão de Dilma Rousseff</i>	199
8.3.5 <i>PODER E INFLUÊNCIA</i>	200
8.3.5.1 <i>Categoria: Norteador de políticas públicas</i>	200
8.3.5.2 <i>Categoria: PNPS personalizada</i>	201
8.3.5.3 <i>Categoria: Limitação da autonomia do GT de PSDS</i>	202
8.3.5.4 <i>Categoria: Perspectiva de atualização da Política</i>	203
8.4 <i>ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE</i>	204
8.4.1 <i>CARACTERÍSTICAS DO ATOR</i>	205
8.4.1.1 <i>Categoria: Cooperação nacional a favor da PS</i>	205
8.4.2 <i>PARTICIPAÇÃO E MOBILIZAÇÃO NO PROCESSO DE REVISÃO DA PNPS</i>	206
8.4.2.1 <i>Categoria: Participação ampla</i>	206
8.4.2.2 <i>Categoria: Mobilização expressiva</i>	206
8.4.3 <i>INTERESSES E ALIANÇAS DESENVOLVIDAS</i>	207
8.4.3.1 <i>Categoria: Interesse significativo em ampliar a PNPS</i>	207
8.4.3.2 <i>Categoria: Alianças na indução por ampliação da Política</i>	208
8.4.4 <i>PREOCUPAÇÃO</i>	208
8.4.4.1 <i>Categoria: Acordos globais vinculados a SeTP não estivessem na PNPS</i>	208
8.4.5 <i>PODER E INFLUÊNCIA</i>	209
8.4.5.1 <i>Categoria: Indutor de demandas ao MS</i>	209
8.4.5.2 <i>Categoria: Participação do Brasil na consulta regional sobre SeTP</i>	210
8.5 <i>COMITÊ GESTOR DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE</i>	210
8.5.1 <i>CARACTERÍSTICAS DO ATOR</i>	210
8.5.1.1 <i>Categoria: Ampliação da representatividade do Comitê Gestor da PNPS</i>	210
8.5.1.2 <i>Categoria: Fomento da articulação inter e intrasetorial</i>	212
8.5.2 <i>PARTICIPAÇÃO E MOBILIZAÇÃO NO PROCESSO DE REVISÃO DA PNPS</i>	212
8.5.2.1 <i>Categoria: Participação transversal no processo de revisão da PNPS</i>	212
8.5.2.2 <i>Categoria: Mobilização moderada</i>	213
8.5.3 <i>INTERESSE E ALIANÇAS DESENVOLVIDAS</i>	213
8.5.3.1 <i>Categoria: Enfatizar a intersetorialidade na Política</i>	213
8.5.3.2 <i>Categoria: Rever os conceitos da PNPS</i>	214

8.5.3.3 Categoria: Tornar o CGPNPS mais efetivo	214
8.5.4 PODER E INFLUÊNCIA	214
8.5.4.1 Categoria: Limitado poder deliberativo do CGPNPS	214
8.6 CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE	215
8.6.1 CARACTERÍSTICAS DO ATOR.....	215
8.6.1.1 Categoria: Luta pelo direito à saúde	215
8.6.1.2 Categoria: Defesa pelo modelo de atenção à saúde pautado na PS	216
8.6.1.3 Categoria: Reivindicação por recursos para ações de PS e prevenção	217
8.6.1.4 Categoria: Excessiva valorização da especificidade dos conselheiros	218
8.6.2 PARTICIPAÇÃO E MOBILIZAÇÃO NO PROCESSO DE REVISÃO DA PNPS	219
8.6.2.1 Categoria: Participação moderada	219
8.6.2.1 Categoria: Mobilização moderada	219
8.6.3 INTERESSES	220
8.6.3.1 Categoria: Ampliar a participação de atores na revisão	220
8.6.4 PREOCUPAÇÃO	220
8.6.4.1 Categoria: Reforçar o modelo assistencial	220
8.6.5 PODER E INFLUÊNCIA	221
8.6.5.1 Categoria: Pressão e regulação das ações do MS.....	221
8.6.5.2 Categoria: Influência específica na ampliação do processo de revisão.....	221
8.7 CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE.....	222
8.7.1 CARACTERÍSTICAS DO ATOR.....	222
8.7.1.1 Categoria: Defesa das demandas dos municípios brasileiros	222
8.7.1.2 Categoria: Limitada capacidade no fortalecimento de políticas públicas	223
8.7.2 PARTICIPAÇÃO E MOBILIZAÇÃO NO PROCESSO DE REVISÃO DA PNPS	223
8.7.2.1 Categoria: Participação específica.....	223
8.7.2.2 Categoria: Mobilização moderada	224
8.7.3 INTERESSES	224
8.7.3.1 Categoria: Enfatizar o enfrentamento dos DSS na PNPS.....	224
8.7.4 PREOCUPAÇÃO	225
8.7.4.1 Categoria: Financiamento para implementação da PNPS.....	225
8.7.4.2 Categoria: Celeridade do processo de aprovação da PNPS na tripartite.....	226
8.7.5 PODER E INFLUÊNCIA	227
8.7.5.1 Categoria: Limitar e reprovar uma política	227
8.7.5.2 Categoria: Defesa da concepção de Estado norteada pela justiça social	227

8.7.5.3 Categoria: Mobilização dos municípios para a revisão	227
8.8 CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE	228
8.8.1 CARACTERÍSTICAS DO ATOR.....	228
8.8.1.1 Categoria: Defesa das demandas dos estados brasileiros.....	228
8.8.1.2 Categoria: Incapacidade de convencer o executivo a enfrentar a pressão do mercado	229
8.8.2 PARTICIPAÇÃO E MOBILIZAÇÃO NO PROCESSO DE REVISÃO DA PNPS	229
8.8.2.1 Categoria: Participação específica.....	229
8.8.2.2 Categoria: Mobilização moderada	230
8.8.3 INTERESSES	230
8.8.3.1 Categoria: Enfatizar o enfrentamento dos DSS na PNPS.....	230
8.8.4 PREOCUPAÇÃO	231
8.8.4.1 Categoria: 'Saúde em todas as políticas' não estivesse na PNPS.....	231
8.9 SOCIEDADE CIVIL.....	231
8.9.1 CARACTERÍSTICA DOS ATORES	232
8.9.1.1 Categoria: Composição diversificada de atores.....	232
8.9.2 PARTICIPAÇÃO E MOBILIZAÇÃO NO PROCESSO DE REVISÃO DA PNPS	232
8.9.2.1 Categoria: Participação pontual	232
8.9.3 INTERESSES	233
8.9.3.1 Categoria: Conferir visibilidade às diferenças regionais na PNPS	233
8.9.4 INFLUÊNCIA	234
8.9.4.1 Categoria: Pressão por avanços na pauta da PS na PNPS.....	234
CAPÍTULO 9	238
9 PROCESSO	239
9.1 ENTRADA DA REVISÃO DA PNPS NA AGENDA DO ESTADO	240
9.1.1 INFLUÊNCIAS	241
9.1.1.1 Fatores externos	241
9.1.1.1.1 Categoria: Pressão desorganizada por mudança no direcionamento da PNPS	241
9.1.1.1.2 Categoria: Reconhecimento internacional na sedução da SVS	243
9.1.1.2 Fatores internos.....	245
9.1.1.2.1 Categoria: Espaço político parcialmente favorável à pauta da revisão	245
9.1.2 JUSTIFICATIVA.....	248
9.1.2.1 Categoria: Agenda explícita reduzida nas entrelinhas	248

9.1.3 PROBLEMA PÚBLICO.....	251
9.1.3.1 Categoria: Desatualização da PNPS assumida pela gestão.....	251
9.2 TOMADA DE DECISÃO	253
9.2.1 CATEGORIA: REVISÃO DA PNPS CONDICIONADA A LIMITES	253
9.2.2 CATEGORIA: LIDERANÇA DO GT DE PSDS CERCEADA.....	256
9.3 FORMULAÇÃO DA METODOLOGIA.....	257
9.3.1 PROPOSTA METODOLÓGICA	258
9.3.1.1 Categoria: Tentativa de restrição da revisão do FormSUS.....	258
9.3.1.2 Categoria: Ampliar a densidade democrática da revisão	259
9.3.2 SEGUNDO MOMENTO DE TOMADA DE DECISÃO	261
9.3.2.1 Categoria: Participação popular garantida	261
9.3.3 PLANEJAMENTO DA METODOLOGIA	263
9.3.3.1 Categoria: Múltiplos movimentos no enfrentamento da agenda ‘oculta’	264
9.3.3.2 Categoria: Validação metodológica com inserção do eixo temático	268
9.3.3.3 Categoria: Eixos operacionais pressionando a hegemonia das ações específicas ...	271
9.3.4 VIABILIDADE	272
9.3.4.1 Categoria: Financiamento insuficiente para projetos participativos	273
9.3.4.2 Categoria: Improvável revolução da PNPS na SVS	274
9.4. SISTEMATIZAÇÃO DA PNPS: ACORDOS E DESACORDOS.....	275
9.4.1 Momento crítico.....	275
9.4.1.1 Categoria: Impossibilidade de retirar as ações específicas da PNPS.....	275
9.4.2 SITUAÇÃO DE DISPUTA.....	278
9.4.2.1 Categoria: A grandeza cívica na pressão por coerência na política pública.....	279
9.4.2.2 Categoria: A racionalidade do mundo industrial na defesa por limites.....	281
9.4.2.3 Categoria: Mundo mercantil estrangendo o mundo cívico.....	284
9.4.2.4 Categoria: Predominância do mundo doméstico na construção dos acordos.....	287
9.4.3 PERCURSO DOS ACORDOS E DESACORDOS	292
9.4.3.1 Primeiro Enfrentamento: Operacionalização da Política	292
9.4.3.1.1 Categoria: Arranjo revolucionário por coerência na ação da PS.....	292
9.4.3.2 Segundo Enfrentamento: Permanência ou retirada da agenda prioritária.....	295
9.4.3.2.1 Categoria: Manutenção dos temas prioritários pela SVS	296
9.4.3.3 Terceiro Enfrentamento: Apresentação da agenda prioritária	298
9.4.3.3.1 Categoria: Maquiando as ações específicas sob a ótica da PS	298
9.4.3.3.2 Categoria: Tradução dos temas prioritários na perspectiva ampliada da PS	300

9.4.3.3.3 Categoria: Temas prioritários sob a perspectiva do gestor nacional	301
CAPÍTULO 10	303
10 CONTEÚDO	304
10.1 PROBLEMA ENFRENTADO PELA POLÍTICA	304
10.1.1 CATEGORIA: <i>DESIGUALDADES DECORRENTES DOS DSS</i>	304
10.2 ESTRUTURA DA POLÍTICA.....	307
10.2.1 <i>PREÂMBULO, INTRODUÇÃO E DIRETRIZES</i>	308
10.2.1.1 <i>Categoria: Advocacy da PS sob a ótica do desenvolvimento social</i>	308
10.2.2 <i>PRINCÍPIOS E VALORES</i>	309
10.2.2.1 <i>Categoria: Tomada de consciência da importância da felicidade</i>	309
10.2.3 <i>ESTRATÉGIAS</i>	311
10.2.3.1 <i>Categoria: Operacionalização engenhosa sob o olhar do território</i>	312
10.2.4 <i>TEMAS PRIORITÁRIOS</i>	315
10.2.4.1 <i>Categoria: Entre a esperança e a desconfiança na reescrita dos temas prioritários</i>	316
10.3 META E FACTIBILIDADE DA POLÍTICA	318
10.3.1 <i>CATEGORIA: NÃO POSSIBILIDADE DE METAS</i>	319
10.3.2 <i>CATEGORIA: FACTIBILIDADE E VIABILIDADE COMPROMETIDA</i>	319
10.4 COMPREENSÃO DA POLÍTICA	321
10.4.1 <i>CATEGORIA: CONTRADIÇÕES NOS AVANÇOS DA PNPS REVISADA</i>	321
10.4.2 <i>CATEGORIA: ENTRE REVISÃO E REFORMULAÇÃO</i>	324
CAPÍTULO 11	327
11 CONSIDERAÇÕES FINAIS	328
REFERÊNCIAS	338
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	357
APÊNDICE B – ROTEIRO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE	359
APÊNDICE C – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	360
APÊNDICE D – LISTA DE ATORES PARTICIPANTES DAS OFICINAS DE SISTEMATIZAÇÃO	361
ANEXO A – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	362



CAPÍTULO 1

1 INTRODUÇÃO

O modelo tradicional de Saúde Pública, historicamente hegemônico, é fundamentado no modelo biomédico, caracterizado por fomentar o individualismo, o mecanicismo, o biologismo, o especialismo, a tecnificação precoce e a ênfase na medicina curativa (ALEIXO, 2002). Esse modelo que compreende a saúde como ausência de doença ainda perdura nas práticas profissionais tanto nas instituições de ensino, quanto de saúde, reproduzindo um olhar fragmentado e distante das reais necessidades da população. Hoje, pode-se afirmar que existe um consenso acerca da inegável complexidade do objeto saúde, principalmente, pelo fato de ser considerado um campo de correlação de forças¹, desde a consciência social à política, que se confrontam nas práticas profissionais (GOMES; DESLANDES, 1994).

No entanto, no contraponto desse modelo, o saber da Promoção da Saúde (PS) se coloca como estratégia para rediscutir o olhar sobre a saúde, proporcionando “[...] uma mudança de enfoque, conceitos e formas de atuar, com o intuito de vencer a fragmentação e a hiperespecialização hoje existentes no mundo ocidental” (BYDLOWSKI; WESTPHAL; PEREIRA, 2004, p.17). Esse saber se fundamenta em uma concepção ampla do processo saúde-doença, com ênfase para os determinantes sociais, cujo foco está no desenvolvimento de competências para fins de proporcionar o desenvolvimento social. E foi juntamente com as Conferências Internacionais de Promoção da Saúde que essa concepção adquiriu repercussão e profundidade, defendendo, conforme a Carta de Ottawa, que “[...] a saúde deve ser vista como um recurso para a vida e não um objetivo de viver” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1986, p.1).

Santos e Westphal (1999) colocam a PS como um dos principais ganhos do novo paradigma em saúde, denominado da Produção Social da Saúde. Para Mitre *et al.*(2008), o grande desafio desse paradigma está na perspectiva de desenvolver a autonomia individual em íntima coalizão com o coletivo. E a intersetorialidade, característica das ações de PS, é considerada o mais amplo dos mecanismos de ação da gestão das políticas públicas, fundamental para o entendimento da problemática social de forma ampla (FRANCO DE SÁ, 2008; RODRIGUES, 2011). Isso favorecerá a construção de políticas públicas resolutivas e participativas, coerentes com esse novo paradigma.

¹ Para Minayo (1998), ao conceito de campo, se pode acrescentar ainda, conflitos de interesses, de competências, e de acumulação de conhecimentos, que podem inviabilizar a possível interlocução desejada pela interdisciplinaridade.

Diante desse contexto, o Estado passa a ser um dos principais agentes capaz de impulsionar essa mudança de concepção de saúde, como também de interiorizar o saber da PS nas práticas profissionais. No final da década de 80, com o processo de democratização, o Estado Brasileiro aproxima-se das bases conceituais do Estado providência, discutido por Boaventura Santos (1987, 1999), ao assumir como prerrogativa do Estado, na Constituição Federal, de 1988, art. 170, os seguintes objetivos:

a redução das desigualdades sociais e regionais, a promoção do bem de todos e a construção de uma sociedade solidária sem quaisquer formas de discriminação. Tais objetivos marcam o modo de conceber os direitos de cidadania e os deveres do Estado no país, dentre os quais a saúde (BRASIL, 2006, p.16).

Então, concomitantemente às lutas pela democratização do Estado, se observam também as lutas pelo direito à saúde. E junto a elas, encontra-se o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, cujos objetivos transcendem o direito à saúde universal, equânime, integral e de responsabilidade estatal. É nesse debate que as ideias sobre a PS foram introduzidas no Brasil, se fortalecendo a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) que se norteia pelo seguinte pressuposto constitucional:

a saúde como 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 e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p.116).

De fato, o Estado se coloca como fomentador de políticas públicas que procuram articular questões de ordem objetiva e teórica, desenvolvendo programas e projetos sanitários com fins de impactar na situação de saúde. No entanto, no íterim desse ‘jogo político’ existem interesses e valores, inseridos pelos atores sociais, que irão refletir na agenda política mediante as prioridades contempladas pelo perfil de governança. Por isso, Ferreira Neto *et al.*(2013) comentam que a trajetória da institucionalização da PS, na esfera federal, foi fortemente conflituosa durante sua formulação como política pública.

A PS entra em pauta na agenda do Ministério da Saúde (MS) apenas em 1998, durante o governo do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB) através do projeto Promoção da Saúde: um novo modelo de atenção, em cooperação com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Esse projeto estava sob a responsabilidade da Secretaria de Políticas de Saúde, vinculada ao Ministério (FERREIRA NETO *et al.*, 2013).

Todavia, o debate em torno da PS se intensificou a partir do ano de 2003, no governo do Partido dos Trabalhadores (PT). E apenas em 2006, após longo e tortuoso debate, ocorreu a formulação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (FERREIRA NETO *et al.*, 2013). Com isso, a PS passa a estar, de fato, entre as macroprioridades da agenda do

compromisso de saúde do MS. Pois além dessa política, passou a estar inserida entre as prioridades do Pacto pela Saúde, de 2006, com fins de resgatar a importância da PS na reorganização do modelo de atenção à saúde. Como também, no Programa de Reorientação da Formação Profissional (PRÓ-SAÚDE), sendo colocada como principal eixo norteador para a reorientação da formação profissional coerente com as necessidades do SUS (ALBUQUERQUE, 2011).

No entanto, existe um grande desafio de como expressar, de forma efetiva, o discurso da PS em competências e habilidades na formação do profissional de saúde, tendo em vista que ainda existe uma confusão conceitual entre a PS e a prevenção de agravos. E isso foi constatado por Cruz (2010) e Albuquerque (2011) no processo de implementação da PNPS, quando ao direcionar ações específicas incoerentes com o seu arcabouço teórico, ocasionou uma confusão conceitual entre teoria e prática no campo profissional, como também na área da formação acadêmica.

Em 2013, completou sete anos da publicação da PNPS, como também representou o período de decisão da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) pela revisão dessa Política. Isso favoreceu a proposta de analisá-la e, assim, compreender a influência das ‘entrelinhas’ do processo de revisão em sua formulação. Ademais, analisar se os direcionamentos estabelecidos para a PS, no contexto brasileiro, estariam avançando em relação a críticas à PNPS, como por exemplo, a descrita anteriormente.

Nesse sentido, as seguintes questões nortearam o presente trabalho, representando as ‘entrelinhas’ do processo de revisão da PNPS, no qual caracteriza uma análise para além do conteúdo da Política revisada:

1. Que aspectos contextuais influenciaram os direcionamentos da PS na revisão de sua política, em 2013?
2. Que atores e interesses estiveram envolvidos no processo de revisão da PNPS?
3. Como se estabeleceu o processo político de entrada da pauta da revisão na agenda política do Estado? E de que maneira se estabeleceu o processo de revisão da PNPS?
4. Como ocorreu a construção dos acordos e desacordos em torno da revisão da PNPS que culminou no seu produto final sobre a política?
5. Quais os alcances e limites do conteúdo da PS dentro da PNPS revisada?

Para responder a esses questionamentos, este estudo se conduziu através da metodologia de análise de políticas públicas, juntamente com a teoria da justificação. Assim, foi proposto a análise do contexto; do processo, no que se refere à inserção da pauta da revisão na agenda

política e aos acordos e desacordos construídos; dos atores sociais e do conteúdo. Com isso, foi possível uma análise da PNPS, identificando as ‘entrelinhas’ presentes no desenvolvimento do ciclo de uma política pública.

É nesse trâmite que circunscreve a importância dos estudos na área de análise de política, pois é através das políticas públicas que conceitos e práticas serão rediscutidos, e novos conhecimentos teóricos e práticos serão formulados, com capacidade para influenciar tanto o Estado quanto a sociedade, partindo do pressuposto de que não existe um Estado independente da sociedade ou imune aos seus conflitos (SERAFIM; DIAS, 2012). Por isso, analisar as políticas públicas é fundamental para entender os direcionamentos estabelecidos pelo Estado à prática profissional na área da saúde. Ademais, uma vez destoantes das necessidades da população, o produto dessa análise pode contribuir para a reformulação das políticas com fins de favorecer a construção de uma sociedade equânime.

Além disso, a inserção da teoria da justificação como suporte a metodologia de análise de política pública, parte do reconhecimento de sua importância em possibilitar compreender o modo como os atores justificam suas ações em relação à revisão da PNPS, destacando as disputas, desacordos, controvérsias e acordos que surgiram na arena política.

Por fim, para responder a essas questões problematizadas, o presente trabalho conta com os seguintes capítulos:

- a) Capítulo 1- Introdução: insere o leitor no objeto de estudo escolhido, evidenciando os seus propósitos e justificativas para a referida pesquisa;
- b) Capítulos 2, 3 e 4 – apresentam os marcos teóricos desta pesquisa, sendo organizados em três núcleos temáticos. O primeiro, intitulado ‘Políticas públicas: dos conceitos à análise’, apresenta reflexões sobre a intrigante reforma do Estado, como os conceitos sobre políticas públicas, detalhando metodologias para sua análise; o segundo, ‘Promoção da Saúde: um novo olhar para saúde’, apresenta o contexto internacional e nacional em torno da PS e introduz a PNPS, objeto de estudo deste trabalho. Também discute a importância da intersectorialidade na formulação de ‘pontes’ para as políticas públicas; o último capítulo teórico, “Justificação: entre acordos e desacordos”, traz a teoria da justificação como teoria para nortear a compreensão dos acordos e desacordos presentes na sistematização da PNPS revisada;
- c) Capítulos 5 e 6 – Objetivos e Contextualização Metodológica - permitem uma compreensão dos objetivos e do desenho do estudo utilizado para o desenvolvimento desta pesquisa, especificando o período e seu objeto de análise. Apresenta os sujeitos

da pesquisa, detalhando as técnicas e procedimentos utilizados na coleta e análise dos dados qualitativos e quantitativos;

- d) Capítulos 7 a 10 – Foram destinados à apresentação e às discussões dos resultados da pesquisa, respectivamente intitulados Contexto; Atores; Processos; e Conteúdo.
- e) Capítulo 11 – Considerações Finais: apresenta as conclusões decorrentes das perguntas condutoras deste trabalho, 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 POLÍTICAS PÚBLICAS: DOS CONCEITOS À ANÁLISE

“A concessão de direitos tende a criar necessidades que suscitam a exigência de novos direitos.”
(SANTOS, 1987, p.23)

Antes de elucidar as questões conceituais inerentes ao campo das Políticas Públicas, faz-se necessário refletir sobre o Estado no âmbito desse saber. Isso se justifica por entender que, por trás da construção de uma política, existe um Estado que reflete, em suas ações, os seus ideais e interesses. Para Viana e Baptista (2008, p.60), “O Estado existe em função de um interesse maior, da própria sociedade, e será a expressão daquilo que cada sociedade almeja. Nesse sentido, falar de política pública é falar de Estado, de pacto social, de interesse e de poder”. Portanto, imbuído do papel de fomentador de políticas, o Estado se propõem a articular questões de ordem objetiva e teórica, “como concepções de sujeitos sociais, cidadania e inclusão social. Essas determinações encontram-se intimamente relacionadas, e juntas refletem o perfil da administração pública” (SAMPAIO; ARAÚJO Jr., 2006, p.336).

Bob Jessop (1998) conceitua a ação ou a maneira de governar por governança. Sua compreensão, segundo Alcântara (1998), apresenta relação com o desenvolvimento das estruturas democráticas e cívicas, contudo ressalta que esse termo é utilizado, equivocadamente, por correntes ideológicas diversas com fins de justificar suas estratégias, mas que na prática distanciam do seu propósito. Por isso, Höfling (2001, p.32) afirma que é “impossível pensar Estado fora de um projeto político e de uma teoria social para a sociedade como um todo”. E acrescenta que essas ponderações fazem parte das “questões de fundo” a serem observadas no processo de avaliação de uma política pública.

2.1 A INTRIGANTE REFORMA DO ESTADO

Partindo de uma breve retomada histórica sobre o Estado, Boaventura Santos (1987, p.18) comenta que a partir da crise do Estado liberal, cuja “contradição básica [...] é atuar como se não houvesse contradições básicas na sociedade, nomeadamente a contradição entre o capital e o trabalho”, se estabelece a reforma do Estado. Para o autor, essa reforma é compreendida como algo intrigante (SANTOS, 1999).

Surge como estratégia predominante para confrontar a crise, o reformismo em todo o sistema mundial como paradigma de transformação social da modernidade. Além dele, caracterizado pela transformação a exercício do Estado, existe o paradigma da revolução cuja

transformação é exercida contra o Estado. No reformismo, a sociedade é compreendida como entidade problemática e o Estado como solução do problema, o sujeito da reforma. Dentro dessa corrente teórica, surgem o Estado-providência ou Estado de Bem-Estar Social e o Estado desenvolvimentista (SANTOS, 1987, 1999). O Estado-providência, predominante enquanto modelo,

[...] é o resultado de um compromisso, ou de um certo pacto teorizado no plano econômico por Keynes, entre o Estado, o capital e o trabalho, nos termos do qual os capitalistas renunciam a parte da sua autonomia e dos seus lucros (no curto prazo, não no médio prazo) e os trabalhadores a parte das suas reivindicações (as que respeitam à subversão da sociedade capitalista e à sua substituição pela sociedade socialista). Esta dupla renúncia é gerida pelo Estado. O Estado transforma o excedente liberado, ou seja, os recursos financeiros que lhe advêm da tributação do capital privado e dos rendimentos salariais, em capital social (SANTOS, 1987, p.14).

Historicamente, esse modelo se estabelece pós-segunda guerra mundial com o objetivo de reerguer as economias enfraquecidas em função das consequências decorrentes do Estado Liberal. Essa nova política de Estado, presente na maioria dos países da Europa ocidental, caracteriza-se por prioridade máxima na construção de políticas públicas com foco na redistribuição de renda, composta pela transferência de recursos e provisão de “bens de mérito”, como educação primária, seguridade social e assistência à saúde (MAJONE, 2006).

O Estado de Bem-Estar Social parte de uma administração discricionária de variáveis macroeconômicas, que atribui ao mercado “o papel de gerador dos recursos necessários para pagar pela generosidade governamental”. Vale salientar que, qualquer falha de mercado, intensificava-se a justificativa pela intervenção do Estado, “muitas vezes sob a forma invasiva de alocação centralizada de capitais e da nacionalização de setores estratégicos da economia”. De fato, a centralização associado à discricionariade² ilimitada representaram os pré-requisitos de governança eficaz na formação de políticas públicas (MAJONE, 2006, p.3).

Gurgel Júnior (2014) acrescenta que esse período histórico foi marcado por acordos políticos e pactos sociais, circunscritos pela ideia dos determinantes sociais da saúde, o que culminou no estabelecimento da saúde pública enquanto direito do cidadão. Com isso, essa conquista foi inserida na agenda de proteção social do trabalhador, o que resultou na implementação de uma variedade de modelos de serviços nacionais de saúde, com fins de oferecer acesso à atenção integral.

² Segundo Daniel (2015, p.6), a discricionariade veem do verbo latino discernere, que “significa separar, distinguir ou avaliar – tem origem na impossibilidade de disciplinar, por lei, todos os aspectos da vida social em que a Administração atua, sendo indispensável atribuir ao agente público certa margem de flexibilidade para regular a vida social e atingir o interesse público”.

De fato, no transcorrer dos 30 anos subsequentes ao surgimento do Estado de Bem-Estar Social, observou uma ampliação generalizada das despesas sociais em todos os países capitalistas avançados. Contudo, Boaventura Santos (1987) acrescenta que esse Estado não resolveu e nem pretendia resolver as contradições sociais. Para o autor, de algum modo interioriza-as utilizando, como critério de mobilização de recursos, a luta política, ou seja, os diferentes interesses setoriais são contemplados conforme seu peso político. Além disso, ressalta que

[...] sempre que essas políticas se traduzem em direitos, e dada à relativa rigidez destes, o Estado tentará flexibilizar (bloquear ou restringir) esses direitos logo que diminua o peso político dos grupos sociais nele interessados. A flexibilização consiste, por exemplo, em bloquear ou restringir o acesso a um dado direito social (por exemplo, o direito à saúde), restringindo os serviços que o tornam possível, deteriorando a qualidade das prestações ou, em casos mais extremos, não regulamentando as leis que criem direitos, ou não criando as estruturas administrativas que eles pressupõem. Mas dado que nestas situações os direitos continuam a existir, pelo menos no papel, este padrão de atuação torna o Estado ainda mais contraditório (SANTOS, 1987, p.20).

O papel beneficente do Estado de bem-estar social começou a desmoronar na década de 1970, como detalha Majone (2006). Segundo o autor, o contexto de crescimento do desemprego atrelado ao crescimento das taxas de inflação possibilitou um cenário favorável para críticas, principalmente em função do modelo, estabelecido por Keynes, não conseguir justificar o surgimento dessa situação.

Boaventura Santos (1987, p.22) esclarece que

[...] o fato de o Estado-Providência ser uma forma política muito complexa e contraditória não significa só por si que tivesse que entrar em crise. Uma situação contraditória não produz uma crise se puder continuar a reproduzir-se como contradição.

Porém, a partir do momento que a premissa básica desse Estado, de que existiria correspondência entre o crescimento econômico e as exigências da equidade social, não se cumpriam, ou seja, o jogo de soma positiva (em que ambos os contendores podem ganhar) entre a economia e a política passa a ser um jogo de soma zero (quando um ganha o outro perde) se estabelece um cenário favorável a críticas (SANTOS, 1987).

As críticas surgem, primeiramente, dos conservadores por considerar um excesso as demandas democráticas, o que torna o Estado cada vez mais extenso, pesado e oneroso, sendo, portanto, responsabilizado pelas crises econômicas de 1973/1975. Além disso, a nova esquerda que, em prol do aprofundamento da “democracia participativa”, questiona o Estado de Bem Estar Social quanto ao imenso trabalho de “cooptação” e desativação da classe trabalhadora (FIORI, 1997). Para Boaventura Santos (1999), o Estado de Bem-estar Social se torna

problemático, caracterizando a crise do reformismo, que passa a ser sujeito à reforma. Em função disso, o autor traz algumas problematizações:

[...] Quando o Estado se constitui como objeto de reforma, quem é o sujeito da reforma? Será agora a vez da sociedade? E nesse caso quem na sociedade? Ou será o próprio Estado quem se auto-reforma? E, nesse caso, quem no Estado é o sujeito da reforma de que o Estado é objeto? Ou, ainda, será que a reforma do Estado põe em causa a distinção entre Estado e sociedade que até agora tem vigorado? (SANTOS, 1999, p.1)

No primeiro momento pós-crise, surge o movimento que defende, paradoxalmente, a ideia de que o Estado é irreformável, só podendo reduzi-lo ao mínimo necessário, por reconhecê-lo inerentemente ineficaz, parasitário e predador. Eis que surge o Estado-mínimo como solução, considerada a fase áurea do neoliberalismo (SANTOS, 1999). Esse movimento tem por base a teoria da Escolha Pública (Public Choice) que sistematiza a noção de falha de governo, especificando vários tipos de falhas que justificavam o seu direcionamento via mercado. A administração das empresas estatais, através dessa teoria, são questionadas por não conseguirem atingir os seus objetivos sociais e econômicos, retratando suas falhas como resultado da falta de responsabilização, a qual agrava-se pela tendência de serem capturadas por políticos na condução de suas prioridades (MAJONE, 2006). Por isso, esse novo modelo preconiza,

[...] a privatização, a liberalização, a reforma dos programas de bem-estar e também a desregulação, que começou a surgir no fim dos anos 1970. Junto com a privatização, a desregulação é geralmente considerada uma das principais características do modelo (MAJONE, 2006, p.5).

Suas ações são limitadas, em sua maioria, se não integral, à proteção dos direitos individuais, no que se refere às pessoas e propriedades, como também à execução de contratos privados firmados voluntariamente (EVANS, 2011). Höfling (2001) acrescenta que em um Estado de inspiração neoliberal, suas ações e estratégias sociais governamentais, essencialmente, são em políticas compensatórias destinadas aos que não usufruem do progresso social. Todavia, na prática, essas ações não representam o poder e nem se propõem a alterar, de fato, as relações estabelecidas na sociedade. Sua concepção de Estado e de governo “se resume na conhecida expressão menos Estado e mais mercado” (HÖFLING, 2001, p.36).

A partir dos resultados “disfuncionais” desse modelo de gestão desencadeou uma nova crise, retomando a discussão sobre a reforma do Estado. E assim, exigindo que, nesse novo momento, o espectro político fosse muito mais amplo, inserindo no debate o papel do terceiro setor na reforma do Estado (SANTOS, 1999).

Terceiro setor é uma designação residual e vaga com que se pretende dar conta de um vastíssimo conjunto de organizações sociais que não são nem estatais nem mercantis, ou seja, organizações sociais que, por um lado, sendo privadas, não visam fins lucrativos, e, por outro lado, sendo animadas por objetivos sociais, públicos ou coletivos, não são estatais (SANTOS, 1999, p.5).

Logo, diante de um cenário de crítica, a regulação por meio do Estado de Bem-Estar Social surge como estratégia alternativa para transferir o controle dos serviços públicos e outros setores, considerados importantes por afetar o interesse público, para as mãos privadas, porém sujeitos a normas elaboradas e aplicadas por agências especializadas (MAJONE, 2006).

Dessa forma, defende-se que as políticas públicas deveriam se nortear a partir das demandas de um Estado Regulador, cujo papel predomina a correção das falhas do mercado e o controle através da construção de regras. O paradoxo entre a desregulação e o crescimento da nova regulação, se justifica a partir da concepção da estrutura do Estado, ou seja, de um Estado Bem-Estar Social para um Estado Regulador. A desregulação se fundamenta em desconstruir a compreensão da regulação da economia em função do interesse público, característico do Estado de Bem-Estar Social, para uma regulação menos rígida ou restritiva que transfira responsabilidades do Estado para os setores privados. Logo, “o nexos causal entre privatização e regulação permitem uma importante explicação, ainda que parcial, para o crescimento do Estado regulador” (MAJONE, 2006, p.7).

Segundo Gurgel Júnior (2014), um projeto radical de reforma dos serviços de saúde foi proposto pelos governos de economias avançadas, sob influência de instituições financeiras internacionais, com a finalidade de enfrentar a estagflação³ e crise fiscal. Essa lógica, baseada na ortodoxia econômica neoclássica, desencadeia uma redução da extensão dos direitos à saúde pelo Estado, comprometendo o seu papel de acesso universal. Além disso, como forma de alcançar um maior nível de eficiência produtiva entre as organizações de saúde, utiliza da subcontratação de serviços de saúde para a prestação privada. Enfim, as instituições financeiras internacionais passam a ter um papel importante na mudança do papel do Estado.

O ressurgimento do terceiro setor, no final do século XX, pode ser interpretado como a oportunidade para o princípio da comunidade destituir o princípio do Estado e do mercado de soberania, através da comprovação de suas respectivas vantagens (SANTOS, 1999).

O grande teorizador do princípio da comunidade foi Rousseau que o concebeu como contraponto indispensável do princípio do Estado. Enquanto este último estabelecia a obrigação política vertical entre cidadãos e o Estado, o princípio da comunidade afirmava a obrigação política horizontal e solidária de cidadão a cidadão (SANTOS, 1999, p.6).

³ De acordo com Lourenço (2013, p.13) uma situação de estagflação pode ser “definida pela combinação entre modestas taxas de expansão do PIB, incluindo a retração da indústria, e o ressurgimento de tensões inflacionárias”.

Segundo ele, é esta a obrigação política originária, a que estabelece a inalienabilidade da soberania do povo de que deriva a obrigação política com o Estado (SANTOS, 1999, p.6).

Contudo, mesmo partindo da inserção de novos atores na problematização do papel do Estado, Serafim e Dias (2012) acreditam que, apesar do desenrolar dos anos, a essência constitutiva do Estado não mudará, ou seja, atuará sempre no sentido de equilibrar os conflitos entre o capital e o trabalho, beneficiando o primeiro em detrimento do segundo. Enfim, inquestionavelmente, o “Estado foi a arena política onde o capitalismo procurou realizar todas as suas potencialidades por via do reconhecimento dos seus limites” (SANTOS, 1999, p.2).

De fato, o que mudará será a agenda do Estado, com base nos interesses, valores e os atores sociais envolvidos nesse ‘jogo’ político. Essa, por sua vez, pode ser definida como “o “espaço problemático” de uma sociedade”, “em que um determinado tema é incorporado à agenda quando é identificado como problema passível de se converter em política pública”. No entanto, os elementos que influenciam esse processo de construção dessa agenda vão além das questões técnicas, e se configuram também como questões políticas (SERAFIM; DIAS, 2012, p.123).

Portanto, a direção estabelecida pelas prioridades da agenda do Estado é o que irá caracterizar a identidade do Estado em dado contexto histórico (OSZLAK, 1997). Logo, “o Estado é ao mesmo tempo produtor e catalizador das relações sociais”, como também “é a materialização das contradições e das tensões presentes na sociedade” (SERAFIM; DIAS, 2012, p.123).

Vale salientar, que as ações implementadas, pelo Estado capitalista, não são automáticas, pois seu processo tem movimento, tem contradições e pode gerar resultados diferentes dos esperados. Em virtude, principalmente, de ser direcionado e fundamentado em grupos diferentes, ou seja, “o impacto das políticas sociais implementadas pelo Estado capitalista sofre o efeito de interesses diferentes expressos nas relações sociais de poder” (HÖFLING, 2001, p.35).

Oszlak (1997) afirma que o Estado é aquilo que se faz. E Serafim e Dias (2012, p.124, grifo do autor) acrescentam que:

o Estado que temos hoje é produto da sobreposição das numerosas agendas que foram sendo construídas, negociadas, modificadas ou mesmo descartadas ao longo da história (em relação a esse último ponto, poderíamos afirmar, simetricamente, que “o Estado é também aquilo que não se faz”).

Pode-se dizer que o Estado se configura como lócus de disputa política, com a participação da sociedade, através dos seus atores sociais, que defenderá a busca por solução das problemáticas presentes na sociedade (SERAFIM; DIAS, 2012). Todavia, Dagnino (2004)

problematiza que em função da existência de uma confluência perversa, por exemplo, no cenário político brasileiro, entre um projeto político democratizante, participativo e o projeto neoliberal, no cenário de luta pela democracia brasileira, surge, enquanto dilema, o próprio papel político dos atores sociais presentes nas instâncias decisórias do Estado. Isso por considerar que existe o risco dessa participação “acabar servindo aos objetivos do projeto que lhe é antagônico”. Paradoxalmente se utiliza do contexto democrático para legitimar estratégias de exclusão apoiadoras do mercado que se distanciam dos preceitos cidadãos para os quais esse espaço foi estabelecido.

Além dessas contradições, Boaventura dos Santos (1999, p.6) registra outras preocupações apontadas por Rousseau, como

[...] a possibilidade de as associações e corporações se poderem transformar, elas próprias, em grupos poderosos e privilegiados capazes de distorcer a vontade geral em favor dos seus interesses particulares.

E comentando sobre a atualidade dessas reflexões, acrescenta que:

[...] no momento em que o terceiro setor é crescentemente invocado como um antídoto contra a privatização do Estado de Bem Estar por grupos de interesse corporativos, é importante reter a advertência de Rousseau de que o terceiro setor pode ser ele próprio uma fonte de corporativismo (SANTOS, 1999, p.6).

Höfling (2001) argumenta, a partir de uma concepção crítica de Estado, que a administração pública tem como função atender a sociedade como um todo, não focando nos interesses específicos dos grupos com poder econômico. Para o autor, os programas de ação universalizantes devem ser prioritários, pois possibilitam “a incorporação de conquistas sociais pelos grupos e setores desfavorecidos, visando à reversão do desequilíbrio social” (HÖFLING, 2001, p.38).

Logo, é notória a complexidade que circunscreve a relação dinâmica entre o Estado e a sociedade, e isso se desencadeará no processo de construção das Políticas Públicas. Assim, não se pode entender um Estado independente da sociedade ou imune aos seus conflitos, pois caso contrário desconsideraria a democracia enquanto regulamentadora da participação social e a variabilidade de uma agenda política para se nortear, também, pelas necessidades da população (SERAFIM; DIAS, 2012).

Bob Jessop (1998) traz reflexões conceituais sobre o processo de reforma do Estado e afirma que os mercados, Estados e governanças falham, pois considera isso uma característica central das relações sociais. Ou seja, não é surpreendente as crises no percurso histórico tendo em vista que a governança completa, necessariamente é incompleta. Por isso, ao partir de objetivos ampliados, existe uma maior probabilidade de que um modelo de governança falhe.

Portanto, a partir desse reconhecimento do fracasso, o autor propõe que o processo de sistematização do modelo de governança do Estado se conduza sob uma orientação reflexiva, reconhecendo o que foi satisfatório e propondo outros conjuntos de estratégias que, ao agregarem, possibilitem reduzir a possibilidade do fracasso. Além disso, ressalta a importância de se agir sob uma certa ironia ao acreditar que o sucesso seja possível.

2.2 PERCORRENDO OS CONCEITOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Não existe conceito simples, nem puro, esclarece Deleuze e Guattari (1992). Isso por considerar que todo conceito apresenta suas interconexões históricas, como também o fato de todo conceito partir de outro. Acrescenta, ainda, que os conceitos não são verdades absolutas e representam o sobrevoo do autor diante de um determinado problema.

Partindo desse pressuposto, encontra-se coerência as colocações de Roth Deubel (2006) ao pontuar que existe uma grande quantidade de definições do conceito de políticas públicas na literatura especializada. Isso se explica, a partir de Barker (1996 *apud* LYRA, 2009, p.58) ao argumentar que “é mais fácil reconhecer uma política do que defini-la”, constatando que há uma complexidade inerente a esse objeto de estudo.

Sua construção teórica traz no esboço, segundo Rua (2009), a compreensão do conflito como característica da vida coletiva. Isso se justifica, por perceber que as sociedades recorrem à política com o objetivo de construir acordos através de consensos, como também controlar os conflitos para o bem-estar coletivo. Para a autora, política:

[...] consiste no conjunto de procedimentos formais e informais que expressam relações de poder e que se destinam à resolução pacífica dos conflitos quanto a bens públicos (RUA, 2009, p.17).

Essa compreensão ressoa na definição de Bobbio *et al.* (2010), ao retratar política como o estudo das relações de regularidade e concordância que inspiram as lutas em torno do poder do Estado e entre os Estados. Como também, como a atitude de um governo em relação a certos assuntos e problemas de interesse público: política financeira, política educacional, política social. Para Sampaio e Araújo Jr. (2006), pode-se dizer que as políticas são públicas por apresentarem interesses públicos e fins públicos, podendo ou não ser subsidiadas ou implementadas pelo poder estatal. Isso se justifica, segundo os autores, devido ao papel das organizações não-governamentais (ONGs) frente ao Estado, as quais estão sujeitas à regulação.

Na língua inglesa, especificamente, se possibilita a diferenciação teórica da palavra política, em três dimensões, cujos aspectos se entrelaçam e influenciam mutuamente, que são:

polity, se referindo às instituições políticas e a estrutura institucional do sistema político-administrativo; *politic*, como uma dimensão do processo político, frequentemente de caráter conflituoso. E a terceira dimensão é a material, a *policy*, que se refere ao conteúdo material das decisões políticas, ou seja, às políticas públicas em si. Essa especificidade conceitual facilita a compreensão do processo de elaboração de uma política pública (FREY, 2000). Para RUA (2009), é possível afirmar que as políticas públicas (*policy*) são uma das resultantes da atividade política (*politics*).

Em resumo, pode-se dizer que a política “surge como resposta ao contexto, interferindo e sendo reformulada pelo mesmo. Isso implica em dizer que as políticas públicas são históricas e comprometidas com determinados contextos, seja com o objetivo de modificá-los, ou perpetuá-los” (SAMPAIO; ARAÚJO Jr., 2006, p.337).

Foi entre as décadas de 1930 e 1970 do século XIX que se consolidou o conhecimento das Políticas Públicas na esfera científica e acadêmica. Para esse processo, destacam-se contribuições teóricas de Harold Lasswell, Herbert Alexander Simon, David Easton, Charles Edward Lindblom, entre outros (MARQUES, 2013). A interlocução conceitual estabelecida a partir desses autores impulsiona um movimento de construção e reconstrução acerca da compreensão desse saber.

Lasswell desejava organizar “uma ciência política social aplicada que pudesse reduzir ou minimizar a necessidade de debate político improdutivo sobre o assunto de políticas públicas do dia” (FARIA, 2013, p.16). Em 1936, Lasswell afirma que a compreensão sobre políticas públicas circunscreve a entender quem ganha o quê, por quê e que diferença faz? (SOUZA, 2006). Isso tendo, como pano de fundo, uma interpretação elitista da política, baseada na premissa de que as massas seguiriam as lideranças. Além disso, Lasswell introduz a expressão *policy analysis* que focaria compreender os efeitos dos contextos sociais e políticos, assim como a centralidade da racionalidade (possibilitar ter acesso a tudo de forma abrangente, mas resumida) nos processos de decisão de uma política. E, por isso, considera a decisão o momento mais importante da produção de políticas públicas (MARQUES, 2013).

Em contrapartida, Herbert Simon, em 1945, apoia sua interpretação de decisão política sobre o conceito de racionalidade limitada dos decisores políticos (*policy makers*). Simon argumentou que a racionalidade dos decisores públicos seria limitada devido à insuficiência de informação, pelo tempo e recursos que se dispõem para tomada de decisão e pelas características (e restrições) cognitivas do indivíduo. Para ele, o ciclo de políticas públicas estaria restrito à preparação e à tomada de decisão (MARQUES, 2013).

Ainda entre as décadas de 1940 e 1950, com preocupações mais próximas da ciência política, destaca-se David Easton, que entendia a vida política como um sistema de comportamento aberto sob influência de outros sistemas sociais (MARQUES, 2013). Em resumo, defendia

[...] as políticas [...] como respostas do sistema a impulso de fora, sendo o Estado pensando como um alocador automático e técnico que responderia a conflitos e disputas externas a ele. Assim, o processo de decisão propriamente dito continuava sendo considerado como racional, e o elemento central das políticas a ser explicado continuava a ser a tomada de decisão sobre as políticas, entendidas de formas técnica (MARQUES, 2013, p.28).

Lindblom (1959) faz críticas ao processo de decisão, argumentando que os meios e fins de um processo político seriam escolhidos muitas vezes de forma simultânea. Portanto, seria um processo incremental, com o objetivo de permitir ao decisor realizar os ajustes necessários, decorrentes do movimento dos parceiros, o qual denominou de ajustamento mútuo entre parceiros. Marques (2013) considera esse elemento importante, pois retrata o caráter intrinsecamente político do processo de produção de políticas, mesmo que indiretamente ocorram negociações entre decisores.

Embora uma política pública surja de uma decisão política e, geralmente, envolve mais do que uma decisão, nem toda decisão política chega a constituir uma política pública. Entende-se, como decisão política como “uma escolha dentre um conjunto de possíveis alternativas, conforme a hierarquia das preferências dos atores envolvidos, expressando – em maior ou menor grau – uma certa adequação entre os fins pretendidos e os meios disponíveis” (RUA, 2009, p.19).

Além desses principais indutores da institucionalização do saber das políticas públicas, o autor Eduardo Marques (2013) detalha outras referências que colaboram, criticamente, na construção desse saber. Por exemplo, Lowi, em 1964, ao afirmar que o desenho político gera consequências sobre os conflitos políticos, ou seja, *policies* também gerariam *politics*; Barach e Baratz, em 1963, ao defenderem que estudar política é estudar também as não decisões, na verdade plena de decisões, entre outros.

Dando sequência a esse movimento de construção conceitual, retratado por Deleuze e Guattari (1992), a autora Celina Souza (2006) em sua revisão bibliográfica sobre políticas públicas, pontua alguns dos seus vários conceitos, entre eles:

Lynn (1980), como um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos. [...] Dye (1984) sintetiza a definição de política pública como o que o governo escolhe fazer ou não fazer. [...] Peters (1986) segue o mesmo veio: política pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos (SOUZA, 2006, p.24).

Para Höfling (2001, p.31)

Políticas públicas são aqui entendidas como o “Estado em ação” (Gobert, Muller, 1987): é o Estado implantando um projeto de governo, através de programas, de ações voltadas para setores específicos da sociedade [...] As políticas públicas são aqui compreendidas como as de responsabilidade do Estado.

Lawrence Mead (1995) compreende as políticas públicas como uma abordagem para o estudo da política que analisa o governo à luz das principais questões públicas.

Diante desses conceitos, nota-se que a maioria deles coloca o papel das políticas públicas, especificamente, nas mãos do Estado. Esse olhar é alvo de críticas por autores, como Souza (2006), por considerar que essa concepção ignora a essência das políticas públicas. Para essa autora, a essência consiste no embate em torno das ideias e interesses entre Estado e sociedade. E acrescenta que ao concentrarem o foco no papel do Estado, os aspectos conflituosos, os limites que cercam as decisões do governo e as possibilidades de cooperação são colocados em segundo plano.

Essa compreensão descreve a política pública aparentemente como um processo unidirecional, ou seja, que não possibilita a participação ampla de pessoas na sua elaboração e revisão. Como também, não especificam se os objetivos dessas ações são destinados à promoção de qualquer bem comum para a população (GATTI, 2011).

Portanto, considerar o Estado como único provedor das políticas públicas é desconsiderar a participação dos atores sociais e instituições tanto na cooperação da construção dessas políticas, como no ‘jogo’ político inerente ao debate de conflitos e limites que cercam as decisões do governo. Serafim e Dias (2012, p.124) acrescentam que essa forma de compreender as políticas públicas é frequente, contudo demonstra uma simplicidade conceitual, “uma vez que trata o Estado como um ator que opera de forma autônoma e beneficia a sociedade como um todo através de suas ações”.

Howlett, Ramesh e Perl (2003) também tecem análises críticas a esses conceitos, especificamente ao proposto por Thomas Dye, por considera-lo limitado. De acordo com os autores, ao considerar uma política pública como o que o governo escolhe fazer ou não fazer, seria como considerá-la desde a decisão de iniciar uma guerra nuclear, até o simples fato de adquirir ou não, grampeadores para um serviço. Apesar dessas limitações conceituais, os autores reconhecem que o fato de apresentar o governo como agente das políticas públicas e o ato por decidir fazer algo ou não fazer nada, podem ser colocados como aspectos positivos no entendimento desse conceito.

Ao compreender as políticas públicas como Estado em ação, Viana e Baptista (2008) comentam que se deve agregar a esse conceito os recursos, atores, arenas, ideias e negociação

presentes no processo de construção de uma ação governamental. Percebe-se que com a inserção desses elementos, o conceito deixa de considerar apenas o Estado como provedor e passa a retratar com mais fidedignidade a sua complexidade teórica.

Os vários conceitos retratados, no transcorrer deste capítulo, sobre essa temática, possibilitam identificar elementos que permeiam as características do Estado. Isso é confirmado por Serafim e Dias (2012), ao relatar que existe uma relação entre a compreensão das políticas públicas e a percepção do Estado.

De acordo com Saravia (2006, p.28), as políticas públicas:

Trata-se de um fluxo de decisões públicas, orientado a manter o equilíbrio social ou a introduzir desequilíbrios destinados a modificar essa realidade. Decisões condicionadas pelo próprio fluxo e pelas reações e modificações que elas provocam no tecido social, bem como pelos valores, ideias e visões dos que adotam ou influem na decisão.

De fato, as políticas públicas influenciam na economia e na sociedade, por isso as questões conceituais devem explicar as interrelações entre Estado, política, economia e sociedade (SOUZA, 2006). Logo, ao afirmar que para compreendê-la é necessário dialogar com várias outras ciências disciplinares, é reconhecê-la na qualidade de campo multidisciplinar. Contudo, Faria (2013, p.21), ao analisar o contexto brasileiro, ressalta o “longo caminho a percorrer no sentido da desejada superação da multidisciplinaridade, se não para a constituição do campo como transdisciplinar, pelo menos para a rotinização da interdisciplinaridade na pesquisa e no ensino sobre políticas públicas”.

Outras definições conceituais, conforme apontadas por Lyra (2009) reforçam a polissemia do termo, como também trazem novos elementos que ampliam seus conceitos, incorporando as críticas descritas anteriormente:

William Jenkins (1978), 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. [...] James Anderson (1984), uma política pública é um curso de ações, desencadeadas por um ou mais atores, relacionadas a um problema ou uma questão de interesse. [...] Exworthy (2008), a política é um processo, tanto quanto é produto (LYRA, 2009, p.59).

Esses conceitos trazem enraizados em suas reflexões a compreensão das políticas públicas como processo, não apenas como escolha específica do Estado. Com isso, reconhece a ligação entre o Estado e os atores sociais no processo de negociação tanto na escolha dos problemas, como na forma que ele será enfrentado.

Conforme explicita Viana e Baptista (2008), a definição de Willians Jenkins é mais complexa e menos isolada à decisão governamental. Já a de James Anderson ao introduzir novos problemas em sua abordagem conceitual, indica que não somente problemas públicos ou

sociais se tornariam objeto de decisões governamentais. Para alguns autores, a definição de James representa a mais clara do que seja uma política pública, pois “reconhece o link entre ação do governo e a identificação de um problema, ou efeito do mesmo, e que necessita ser enfrentado” (LYRA, 2009, p.59).

É interessante destacar que a partir do momento em que o Estado gera processos externos, concomitantemente gera também processos internos, o que para Oszlak e O’Donnell (1981) retrata o caráter dual das políticas públicas. E acrescenta, de forma despretensiosa, que as políticas públicas seriam o Estado em movimento. Segundo os autores, é possível afirmar que uma política estatal não constitui nem um ato, nem um reflexo de uma resposta isolada, mas um conjunto de iniciativas e respostas, evidentes ou implícitas que, observadas em um momento histórico e em um contexto determinado, permitam inferir a posição do Estado frente a uma determinada questão que preocupa setores significativos da sociedade.

E, mesmo tendo como objetivo, pacificar as tensões, Sampaio e Araújo Jr. (2006, p.336) afirmam que as políticas públicas não conseguem eliminar o conflito social. Pois, caso contrário, estariam anunciando o surgimento de uma sociedade utópica. E completam: “o conflito existe, e desse se mantém a dinâmica social”. Além disso, os autores pontuam que:

[...] uma política pública pode ser regida por diretrizes que, em princípio, visem a garantia dos direitos sociais, mas durante seus processos de implementação, devido a diversos fatores, suas ações podem findar por serem contrárias às diretrizes iniciais e reforçarem, por exemplo, as desigualdades socioculturais, o que repercute diretamente na garantia dos direitos sociais (SAMPAIO; ARAÚJO Jr., 2006, p.336).

Para Carlos Matus, o governante faz uma aposta tecnopolítica, ciente de sua incapacidade por controlar os resultados, em contrapartida, certo de sua influência sobre o mesmo. Ou seja, o que o governo faz pode pesar de maneira decisiva sobre os resultados. E será o peso dessa ação sobre os resultados que tornará o efeito da ação pública previsível. Certamente, esses resultados dependem de outros atores participantes desse jogo social e das circunstâncias (FUNDACIÓN ALTADIR, 2006).

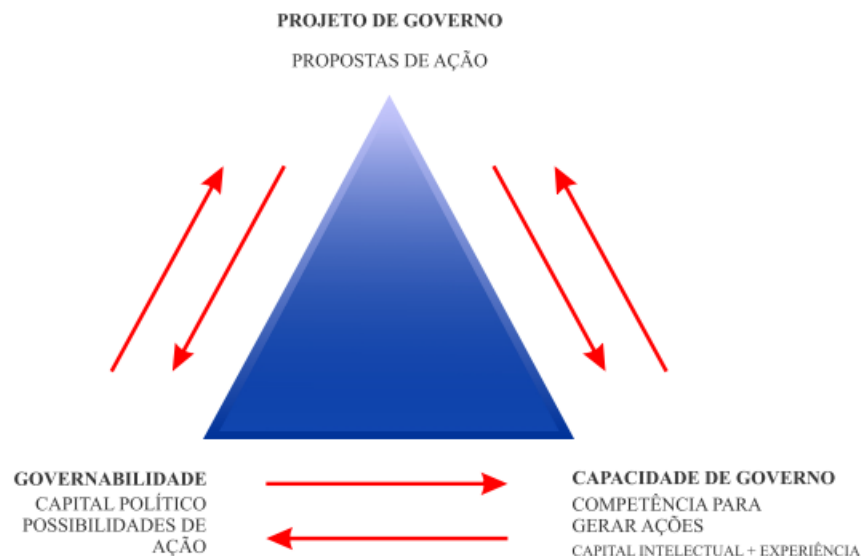
E, dentro da esfera de governo, Rua (2009) conceitua os atores públicos como aqueles que se distinguem por exercer funções públicas e responsáveis por mobilizar recursos relacionados a essas funções. Dentro dessa especificidade, os autores pontuam duas categorias: os políticos, decorrente de mandados eletivos, e os burocratas, vinculados a um sistema de cargos públicos por conhecimento especializado. A autora acrescenta que os atores políticos “poderão ser afetados, positiva ou negativamente, pelos direcionamentos de uma política pública, sendo formado por indivíduos, grupos ou organizações” (RUA, 2009, p.39).

A partir desse percurso teórico sobre políticas públicas, constata-se a relação entre Estado, Governo e Políticas Públicas. Para facilitar a compreensão das variáveis que estão por trás dos resultados de uma política pública, Matus elabora o modelo triângulo de governo. Segundo esse modelo, governar exige articular três variáveis: o projeto de governo; a capacidade de governo e a governabilidade do sistema. Em resumo, representa os três vértices de um sistema complexo: objetivos, dificuldade para alcançá-los e capacidade para lutar com essa dificuldade. Três variáveis fortemente interrelacionadas, contudo, bem diferenciadas, conforme especifica a figura 1, a seguir (FUNDACIÓN ALTADIR, 2006).

O projeto de governo é entendido como a proposta de meios e objetivos que comprometem uma mudança para a situação esperada.

[...] O projeto faz um balanço do valor dos problemas que elimina frente ao valor dos problemas que cria. [...] Um projeto de governo bem desenhado gera, em seu período de vigência, um intercâmbio favorável de problemas para a maioria da população (FUNDACIÓN ALTADIR, 2006, p.5).

Figura 1 - Triângulo de Governo, proposto por Carlos Matus



Fonte: Instituto Municipal de Administração Pública (2011, p.19)

Sobre isso, Matus acrescenta que “a eficácia do projeto depende do acerto para combinar o mundo dos valores com o aporte das ciências, em um ato de criatividade humana que é próprio da arte da política” (FUNDACIÓN ALTADIR, 2006, p.5).

O outro aspecto é a capacidade de governo, seja pessoal, da equipe ou da organização, em expressar a perícia para conduzir, manobrar e superar as dificuldades da mudança proposta. E para isso, três elementos são necessários: experiência, conhecimentos e liderança. Vale

salientar, que o valor está no produto fruto de suas interações (FUNDACIÓN ALTADIR, 2006).

Sem capacidade de liderança, os conhecimentos e a experiência só podem produzir um bom assessor. Por sua vez, a capacidade de liderança, sem conhecimentos e experiência, produz políticos medíocres; é incapaz de produzir um líder estadista. O político comum é um ator com liderança e experiência, embora com grande debilidade em seu capital cognitivo (FUNDACIÓN ALTADIR, 2006, p.7).

Segundo comenta Matus, em geral, os líderes políticos têm uma “perícia mutilada”, apresentando como característica a propensão ao imediatismo, à micropolítica e a um excesso de confiança na arte, além do menosprezo aos métodos de governo (FUNDACIÓN ALTADIR, 2006).

Por fim, a variável governabilidade do sistema, retrata “o grau de dificuldade da proposta e do caminho que se deve percorrer, verificável pelo grau de aceitação ou rechaço do projeto e a capacidade dos atores sociais para respaldar suas motivações favoráveis, adversas ou indiferentes”. Ou seja, representa o poder de um ator para realizar seu projeto (FUNDACIÓN ALTADIR, 2006, p.4).

[...] A governabilidade do sistema depende do conteúdo propositivo do projeto de governo. O sistema é mais governável para objetivos modestos e menos governável para objetivos ambiciosos e significativamente redistributivos (FUNDACIÓN ALTADIR, 2006, p.4).

[...] Quanto mais variáveis decisivas controla um ator, maior é sua liberdade de ação e maior é para ele a governabilidade do sistema. Quanto menos variáveis de peso controlam, menor será sua liberdade de ação, ou seja, sua governabilidade sobre o sistema em relação a esse projeto (FUNDACIÓN ALTADIR, 2006, p.5).

As relações estabelecidas entre os atores do Estado e da sociedade são extremamente problemáticas, marcadas por relações de poder, as quais, junto a vários outros fatores, influenciam a construção de uma política pública (RUA, 2009). Cohn (2008, p.223) problematiza que:

se a grande tensão de fundo, na política, é a disputa entre interesses particulares e interesses gerais, que ocorre numa arena onde os poderes dos distintos grupos são altamente diferenciados quanto à sua capacidade de impor aos demais sua vontade, por outro lado, a outra grande tensão, nos tempos atuais, reside na disputa sempre tensa entre a dimensão técnica e a dimensão política nos processos de tomada de decisão.

Portanto, isso reforça a importância do aprofundamento metodológico para compreender as entrelinhas de um processo de construção de uma política pública, cuja análise trará elementos detalhados desse processo.

2.3 ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Foi a partir da preocupação com as Políticas Públicas que surge o direcionamento para a Análise de Política. Isso foi acentuado, a partir da década de 60, devido às dificuldades que se deparavam os formuladores de políticas diante de problemas cada vez mais complexos. Como também, em função do interesse de pesquisadores e acadêmicos em ciências sociais que passaram, progressivamente, a estudar as questões relacionadas a essa temática (GRUPO DE ANÁLISE DE POLÍTICAS DE INOVAÇÃO, 2002).

Portanto, representa um campo disciplinar relativamente novo, o qual tem atraído a atenção de pesquisadores e gestores na busca por compreender as políticas públicas e suas interfaces entre Estado-Sociedade. Um exemplo desse desenvolvimento é o aumento do número de trabalhos acadêmicos sobre esse tema, o que demonstra a relevância da temática no atual contexto científico (SERAFIM; DIAS, 2012).

Em 1994, Walt e Gilson afirmaram que enquanto a análise de políticas públicas (APP) já se caracterizava como disciplina bem estabelecida nos países industrializados, nos em desenvolvimento ainda se apresentava de forma incipiente (WALT; GILSON, 1994). Dessa forma, em função do instrumental de análise ter sido elaborado nos países desenvolvidos, ao inseri-lo em contextos diferentes de análise, evidenciará algumas dificuldades em função das peculiaridades desse local (FREY, 2000).

Em 2003, Carlos Faria retratou o campo de APP, no Brasil, de forma bastante incipiente, caracterizada por grande fragmentação organizacional e temática, com uma precária institucionalização (FARIA, 2003). O mesmo autor, em 2013, já observa uma crescente legitimação e institucionalização da APP, tanto no âmbito acadêmico, governamental e no societário. E aponta que desde o seu nascimento, explicita a sua vocação interdisciplinar, porém acredita-se que esses contextos de institucionalização favoreçam a interdisciplinaridade ser algo mais (ou menos) que uma utopia (FARIA, 2013). Para Arretche (2003), o crescente interesse por esse campo de saber está relacionado com as recentes mudanças na sociedade brasileira, norteados por um intenso processo de inovação e experimentação de programas governamentais.

Gradualmente, com a evolução dos estudos de APP e a possibilidade de utilização de seus resultados no aprimoramento das políticas públicas ocorrerá uma aproximação entre a cultura acadêmica e a administração pública (PARSONS, 2007). Para Frey (2000), essa área do conhecimento se propõe a compreender as interrelações entre as instituições políticas, o processo político e os conteúdos de política.

Dentre as definições para a APP, Serafim e Dias (2012, p.127) apontam a definição de Dye, em 1984, como bastante plausível, pois a retrata como “um conjunto de estudos que teriam como principal preocupação entender o que os governos fazem, porque fazem e que diferença isso faz”. Para Roth Deubel (2006), a APP pode ser entendida como a ciência do Estado em ação ou, mais precisamente, como uma metodologia de investigação social aplicada à análise da atividade concreta das autoridades públicas. Para tanto, é necessário compreender as características inerentes ao ator gestor da política. Segundo Dagnino e Dias (2007, p.385) duas características são distintas a essa autoridade pública:

A primeira é seu envolvimento com o duplo caráter – de policy e de politics – do processo de elaboração da política. [...] Seu objetivo é intervir diretamente na forma e no conteúdo da política de maneira a orientá-la segundo seus próprios valores, crenças e interesses profissionais e, frequentemente, político-ideológicos, econômicos e de prestígio. [...] A segunda característica distintiva do gestor é sua natural preocupação centrada na implementação da política. Ou, mais precisamente, em fazer com que as coisas aconteçam de acordo com seus interesses.

Entre os objetivos da APP, Rua (2009, p.24) pontua que análise “tanto melhora o entendimento acerca da política e do processo político, como apresenta propostas para o aperfeiçoamento das políticas públicas”. Além disso, Sampaio e Araújo Jr. (2006) acrescentam aos objetivos a intervenção nas políticas públicas, seja em sua formulação ou na proposição por outras diferentes, analisando-as antes, durante ou após sua implementação. Em resumo, Viana e Baptista (2008) comentam que APP tem por objetivo o questionamento da ação pública.

Segundo Sampaio e Araújo Jr. (2006, p.337), a análise de política “é uma técnica de estudo que permite formar uma opinião acerca de determinada política”, cujo produto poderá ser comparado a outras. Vale salientar, que não se pode desvincular o julgamento da política dos interesses existentes e do ponto do qual se interpreta e analisa. Além do mais, na perspectiva da análise

são considerados os discursos oficiais e não oficiais, ou seja, os discursos explícitos e implícitos considerando, inclusive, o estudo da ausência de uma política, já que o silêncio acerca de uma determinada questão pode ser uma estratégia de ação frente à mesma (SAMPAIO; ARAÚJO Jr., 2006, p.337).

Logo, a APP não está preocupada apenas com o conteúdo da política pública em si, mas também em entender o contexto no qual está inserida. Por isso, trata-se de um campo de saber de forte caráter contextual, o qual através da observação, seja de caráter descritivo, normativo e explicativo, busca possibilitar o entendimento do processo de elaboração das políticas públicas e suas características (quais instituições e atores sociais estão envolvidos, como ocorreu a identificação dos problemas que entraram na agenda política, as coalizões existentes e seus interesses, os mecanismos e intervenção existentes etc.) (SERAFIM; DIAS, 2012). Em

consonância teórica, Gilson e Raphaely (2008), a partir da revisão sistemática do processo de políticas de saúde, em países de baixa e média renda, constataram, predominantemente, a importância de integrar na análise a atenção aos aspectos políticos, ao processo e às relações de poder.

Todas essas características retratam a complexidade que circunscreve o campo da APP, que, além disso, exige um posicionamento ideológico por parte do analista. Por isso, Dagnino e Dias (2007, p.384) comentam que a análise não pode ser confundida com uma pesquisa avaliativa. Para esses autores, o avaliador “possui como foco a implementação da política e se concentra na comparação do resultado observado com o que dela era esperado. Por isso, estará preocupado em elucidar os desajustes entre o resultado esperado da política e a realidade observada”. Ou seja, atenta-se para as categorias como eficiência, eficácia e efetividade, derivados da comparação entre metas e resultados das ações, programas e projetos vinculados à política (SERAFIM; DIAS, 2012).

Vale salientar que a análise se divide em duas grandes categorias: a análise de política e a análise para política. Segundo Lyra (2009), a análise de política apresenta caráter retrospectivo, objetivando compreender o processo de definição da agenda, formulação, decisão, implementação e avaliação. Esse tipo de análise é predominante no meio acadêmico, entre pesquisadores, tendo em sua essência um caráter descritivo (e analítico) dos processos políticos. A autora continua esclarecendo que a análise para política apresenta um caráter mais prescritivo, de cunho prospectivo, direcionada com a finalidade de apoiar a elaboração de políticas na busca por soluções adequadas para a tomada de decisão.

No entanto, a partir do momento em que, na análise de política existir uma preocupação em prescrever ações, essa passará a ser, também, uma análise para política. De fato, uma boa análise de política pode contribuir não apenas com a política sobre análise, mas auxiliar as demais em seu processo de construção e maturação (LYRA, 2009).

E para que esse processo de materialização da política se estabeleça, necessita-se de alguns momentos de maturação, cujo conjunto das fases intitula-se ciclo da política.

2.4 CICLO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Um dos modelos amplamente empregados na APP é denominado por ‘Ciclo das Políticas Públicas’, que surge, segundo Rua (2009), por necessidade dos analistas em compreender o emaranhado complexo circunscrito no processo de uma política pública. Esse modelo organiza a vida de uma política pública em fases sequenciais e interdependentes,

propondo fases interativas-iterativas no processo de sua construção (RUA, 2009; SECCHI, 2014). Para Frey (2000), ao propor subdividir o agir público, caracterizado pelo processo político-administrativo referente à resolução de problemas, surge um modelo heurístico bastante interessante para APP. Além do mais, esse modelo é suficientemente generalista o que possibilita a sua utilização com fins de análise de qualquer política, como também facilita a delimitação do objeto a ser analisado (DEUBEL, 2006).

A organização das ideias, norteadas por esse modelo, transforma a complexidade de uma política pública em algo mais simplificado que favorece políticos, administradores e pesquisadores a fomentar um referencial teórico (SECCHI, 2014). Baptista e Rezende (2011, p.142) acrescentam que:

[...] talvez a principal contribuição da ideia do ciclo da política seja a possibilidade de percepção de que existem diferentes momentos no processo de construção de uma política, apontando para a necessidade de se reconhecer as especificidades de cada um destes momentos, possibilitando maior conhecimento e intervenção sobre o processo político.

Em contrapartida, os autores pontuam como desvantagens a

[...] inevitável fragmentação que a ideia de fases provoca em qualquer análise a ser empreendida. Por mais que haja um cuidado do analista em não isolar uma fase e seus efeitos, há sempre o risco de tratá-la de forma estanque. Além disto, a aplicação deste(s) modelo(s) carrega consigo o perigo de se imaginar que a política se comporta de forma previsível (BAPTISTA; REZENDE, 2011, p.142).

Secchi (2014) esclarece que essa proposição metodológica é organizada, logicamente, na perspectiva acadêmica, pois na prática, raramente, o ciclo de políticas públicas reflete a sua real dinâmica. Suas fases, geralmente, encontram-se misturadas e alternadas na vida prática. Deubel (2006) acrescenta que o processo de uma política pública pode, perfeitamente, iniciar em qualquer uma das fases inerentes ao ciclo de políticas, podendo evitar uma ou outra, como também inclusive inverte-las. De fato, o processo de uma política pública é incerto, não apresentando nitidez entre suas fases, como também pontos de início e finalização de uma política (SECCHI, 2014). Além do mais, as fases são desencadeadas por processos que podem se diferenciar entre si, tanto em relação aos atores participantes, como ao contexto político (VIANA; BAPTISTA, 2008).

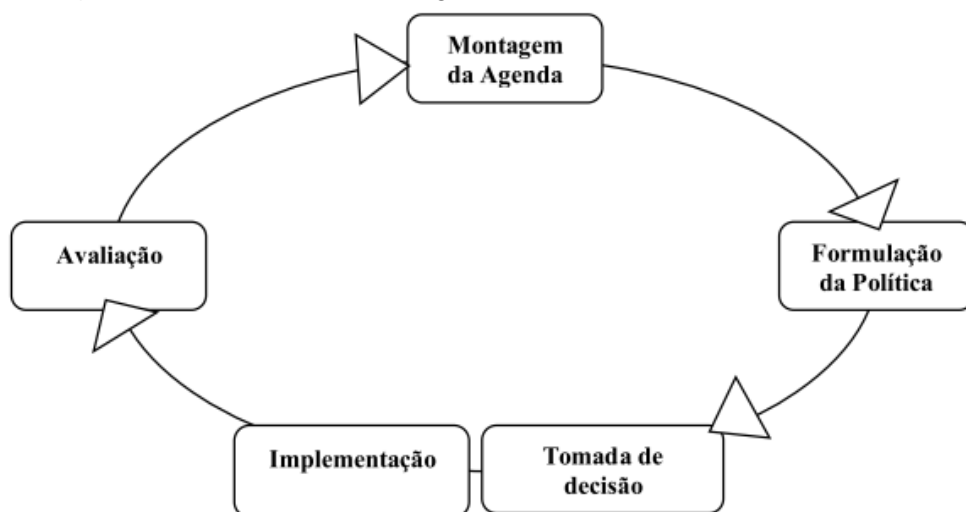
Apesar de todas essas ponderações ao modelo, além das críticas ao caráter funcionalista, racional e que tenta manter o controle sobre o processo político, observa-se no debate acadêmico que o mesmo persiste na qualidade de referência. Talvez, seja essa a perspectiva teórica mais compartilhada nos estudos, atuais, de política (BAPTISTA; REZENDE, 2011).

De fato, esse modelo surge dos trabalhos pioneiros de Harold Lasswell, em 1951, dividindo o processo de uma política pública em sete estágios (inteligência; promoção;

prescrição; invocação; aplicação; término; avaliação) que explicita desde “a promoção de determinada ideia, de como solucionar um problema, até a própria solução do problema, porém circunscrita ao âmbito governamental” (VIANA; BAPTISTA, 2008, p.64). Posteriormente, destaca na literatura a sistematização de Howlett, Ramesh e Perl (2013) ao proporem cinco fases para o ciclo da política, sendo referenciado em função do seu caráter didático: 1. Entrada de um problema na agenda; 2. Formulação da política; 3. Tomada de decisão; 4. Implementação da política; 5. Avaliação da política. Em contrapartida, Secchi (2014), em sua proposta metodológica, organiza-o em sete fases principais: 1. Identificação do problema 2. Formação da agenda; 3. Formulação de alternativas; 4. Tomada de decisão, 5. Implementação; 6. Avaliação; 7. Extinção. Esses dois últimos exemplos contextualizam a compreensão de Frey (2000). Para esse autor, as várias propostas na bibliografia referente às tradicionais divisões do ciclo político se diferenciarão apenas em algumas fases. Em comum entre elas, destacam-se as fases da formulação, da implementação e do controle dos impactos das políticas.

Esse estudo se norteará pela organização proposta por Howlett, Ramesh e Perl (2013), acrescentando outras compreensões teóricas com fins de facilitar a compreensão de suas fases. E reconhece que cada fase está inserida em um sistema de retroalimentação que influencia as demais (DEUBEL, 2006). Baptista e Rezende (2011) fazem uma adaptação, da proposta de Howlett e Ramesh, em forma de esquema que retrata a ideia de ciclo, característico desse modelo.

Figura 2 - O Ciclo da Política segundo Howlett e Ramesh



Fonte: Baptista e Rezende (2011, p.142).

2.4.1 ENTRADA DE UM PROBLEMA NA AGENDA

Para Serafim e Dias (2012), a primeira fase representa o entendimento subjetivo da definição do problema, sendo nessa fase que se observa com clareza as assimetrias do poder, as tensões entre agendas e os conflitos encobertos e latentes. Logo, um problema público pode ser compreendido como a diferença entre o que é e aquilo que se gostaria que fosse a realidade pública (SECCHI, 2014).

Concomitantemente, a identificação do problema público parte da percepção do problema, retratada pelo cenário de insatisfação por muitos atores sociais relevantes; da definição do problema, responsável por definir os elementos causadores e sua essência; e a avaliação da possibilidade de resolução (SAMPAIO; ARAÚJO Jr., 2006). Secchi (2014, p.44) lembra que um problema público pode aparecer subitamente; pode ganhar importância aos poucos; e “pode estar presente por muito tempo, porém não receber a devida atenção, pois a coletividade aprendeu a conviver com ele.” Não se esquecendo das colocações de Araújo Jr. e Maciel Filho (2001), de que o problema se estabelece em uma realidade multifacetada e sofre influência do contexto que lhe dá historicidade.

Frey (2000) ressalta a importância de se estar atento à maneira como o problema foi definido, pois será fundamental para a proposição de soluções na fase de elaboração de programas. É interessante constatar que, até então, essa fase não era considerada parte do processo de formulação de uma política (SERAFIM; DIAS, 2012).

Por que alguns problemas são colocados na agenda e outros não? Essa questão, segundo Viana (1996), deve ser a primeira a ser indagada diante de um estudo de análise de política. A autora acrescenta que foi com base nesse questionamento, que John Kingdon conceitua agenda como “espaço de constituição da lista de problemas ou assuntos que chamam a atenção do governo e dos cidadãos” (VIANA, 1996, p.7).

E, a partir de então, surgem especificações teóricas que apontam para três tipos de agenda: a agenda sistêmica ou não-governamental, composta pela lista de assuntos que são, há anos, preocupação do país, contudo não tem atenção do governo; a agenda governamental, que parte da primeira, mas está relacionada à agenda da ação, ou seja, é composta pelos problemas que merecem atenção do governo; e agenda decisória ou política, pautada pela lista de problemas a serem decididos (VIANA, 1996; VIANA; BAPTISTA, 2008).

A inserção dos problemas na agenda política de Estado sofre influência de fatores internos e externos, sejam eles incentivadores ou não. Os fatores internos, de acordo com Viana (1996), representam as características dos órgãos, das instituições e dos aparelhos vinculados à

produção de políticas públicas, etc. Já os fatores externos, com base em Peréz e Seisdedos (2006), são: Crises ou escândalos; Emotividade e impacto emocional (a questão da fome de crianças); Magnitude da população afetada; Pressão dos grupos de interesse; Meios de comunicação; Momento do ciclo político (teoria da *policy window* do Kingdon, situações em que a arena política se encontra mais aberta e favorável); Tradição e cultura, ou valores sociais.

Entretanto, faz necessário mencionar que mesmo diante de indicadores, situação de crise ou avaliação de ações já existentes que justificariam a entrada de determinado problema na agenda, ele pode não entrar. Isso por compreender que os problemas são construções sociais e envolvem interpretações (KINGDON, 1995). Para Sauerborn, Nitayarumphong e Gerhardus (1999), os dados e informações só serão apropriados quando forem conhecidos e utilizados por atores-chave, pois, caso contrário, dificilmente as evidências serão suficientes na definição de prioridades na agenda. Em função disso, Viana (1996) comenta que grande parte das políticas públicas é desenvolvida sob as preferências, predileções, orientações e expectativas dos formuladores das políticas. Ou seja, seria o governo executivo que, de fato, determina grande parte da agenda política a partir de suas próprias convicções e interesses (SAMPAIO; ARAÚJO Jr., 2006).

Para contrabalancear essa postura, Sampaio e Araújo Jr. (2006) apontam a pressão social como elemento fundamental na definição da agenda política, contudo destacam que a mesma está sujeita à capacidade de organização popular e ao caráter mais ou menos democrático da gestão. De fato, quanto mais frágil é a participação popular nas definições políticas, mais poder tem o executivo de nortear a agenda política conforme seus interesses (PELLEGRINI FILHO, 2004).

Entre os participantes ativos no processo de construção da agenda governamental, Viana (1996) destaca a influência dos atores governamentais formados pelo alto staf! da administração, representado pelo presidente, executivo e políticos nomeados para cargos públicos; pelo funcionalismo de carreira; e pelos parlamentares e funcionários do Congresso. Para a autora,

O alto staf! da administração seria vital para a construção da agenda, mas menos vital para a especificação de alternativas e menos ainda para a fase de implementação. Seus recursos para ação seriam as suas prerrogativas legais. Os funcionários de carreira seriam vitais para a especificação de alternativas e mais ainda para a fase de implementação, não influenciando a construção da agenda. Seus recursos seriam o longo tirocínio, a experiência acumulada e os padrões de relacionamento que estabelecem com o Congresso e com os grupos de pressão. O último grupo de atores governamentais estaria dividido em parlamentares e staf! do Congresso. Os parlamentares podem ter influência decisiva na agenda, sendo seus recursos a autoridade legal, o acesso natural à publicidade e a longa experiência na atividade política (VIANA, 1996, p.8).

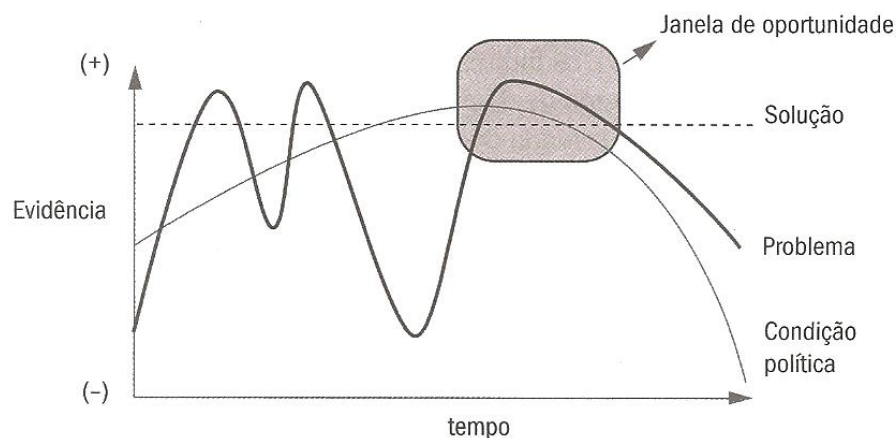
Além disso, a autora destaca os atores não-governamentais, formados pelos grupos de pressão ou interesse; acadêmicos, pesquisadores e consultores; mídia; participantes das campanhas eleitorais; partidos políticos e opinião pública.

Os grupos de pressão [...] agiriam mais no sentido de bloquear do que de promover assuntos; os acadêmicos cuidariam mais da especificação de alternativas do que da construção da agenda, tendo sempre uma atuação de mais longo prazo; a mídia exerceria sobretudo influências regionais e de forma mais localizada; e os partidos e a opinião pública teriam uma grande influência na formação da agenda (VIANA, 1996, p.8).

Outra caracterização dos atores sociais se diferencia, segundo o grau de exposição pública, sendo intitulado por atores visíveis e invisíveis. Os atores visíveis teriam uma influência maior na inclusão e exclusão de problemas da agenda governamental, enquanto os atores invisíveis destacariam na proposição de alternativas para soluções dos problemas (RUA, 2009; SOUZA, 2006; VIANA, 1996). Isso reforça a importância de focar na análise de política as posturas dos atores sociais no processo de formulação da agenda e da política, pois favorecerá a compreensão do porquê e para quem a política foi elaborada (SERAFIM; DIAS, 2012).

Frey (2000, p.227) ressalta que, frequentemente, “a mídia e outras formas da comunicação política e social contribuem para que seja atribuída relevância política a um problema peculiar”. Portanto, devido ao poder da mídia sobre a opinião pública, não são raras às vezes que a agenda da mídia influencia as agendas públicas institucionais. Ou seja, a cobertura jornalística pode influenciar positiva ou negativamente a opinião pública, ampliando os conflitos e ajudando a mudar o curso de uma questão (PINTO, 2008). Vale salientar que se entenda por agenda da mídia, a lista de problemas que recebem atenção especial dos meios de comunicação (SECCHI, 2014).

Figura 3 - Fluxos múltiplos e janela de oportunidade



Fonte: Secchi (2014, p.54).

Outro fator importante, apontado por Kingdon (1995), se resume a sua teoria Policy Windows, conforme ilustra a figura 3, caracterizada por uma janela de oportunidade para o estabelecimento de determinada política. Segundo o autor, essa janela é estabelecida a partir do momento em que ocorre a convergência de três fluxos (problema, solução e condição política) que culmina em um momento especial para lançamento de soluções em situações políticas favoráveis. Essas janelas são consideradas raras e permanecem abertas por pouco tempo. Dentre os fatores que influenciam as condições políticas temos o desenho e a aprovação do orçamento público, reeleições, substituições de membros do executivo, refinanciamento de programas públicos, etc

Em resumo, pode-se dizer que para compreender a dinâmica da construção de uma agenda deve-se focar sobre três aspectos fundamentais:

o primeiro diz respeito à disputa decisória, onde fatores mais ou menos relevantes ganham força de acordo com o interesse dos fazedores da política (interesses pessoais ou de grupos sociais). A segunda questão diz respeito ao espaço político e temporal de uma gestão e a terceira, à participação social e à democracia (SAMPAIO; ARAÚJO Jr., 2006, p.339)

A construção da agenda decisória é algo sobre o qual o analista deve estar atento, pois procurará identificar os conflitos latentes que são obstaculizados por mecanismos ideológicos e pelo consentimento dos atores mais fracos. Sendo assim, os conflitos encobertos não chegam a ser evidenciados na agenda, os quais apenas um estudo de análise de política poderá identificá-los. E nesse estudo, o analista tenderá a se concentrar “no contexto político e ideológico e nas relações de poder existentes entre os atores que deles participam” (DAGNINO; DIAS, 2007, p.383).

Por fim, Arretche (2003) observa que a agenda de pesquisa está subordinada à agenda política, sendo isso mais frequente na área de políticas públicas devido à proximidade da disciplina com os órgãos governamentais.

2.4.2 FORMULAÇÃO DE POLÍTICA

Essa fase é caracterizada pela busca por alternativas que sejam capazes de gerar a mudança das situações indesejadas. Ou seja, representa o momento de enfrentamento do problema identificado (LYRA, 2009). Deubel (2006) comenta que a seleção entre as distintas soluções se dará pelas mais apropriadas e factíveis, mas que possibilitem diminuir a tensão oriunda da situação presente em relação à situação desejada. Por isso, deve-se verificar as

condições técnicas e políticas em torno do problema, como também as limitações e possibilidades do que pode ou não ser realizado (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013).

A formulação de política, com base em Baptista e Rezende (2011), representa o momento de diálogo entre intenções e ações. Viana (1996, p.13) detalha que o processo de formulação se desmembra em três subfases:

primeira, quando uma massa de dados transforma-se em informações relevantes; segunda, quando valores, ideais, princípios e ideologias se combinam com informações factuais para produzir conhecimento sobre ação orientada; e última, quando o conhecimento empírico e normativo é transformado em ações públicas.

Outro aspecto característica dessa fase, se refere à formulação dos objetivos da política pública, juntamente com suas respectivas alternativas (métodos, estratégias ou ações) para que se garanta a solução do problema. Cada alternativa requererá diferentes recursos técnicos, humanos, materiais e financeiros (SECCHI, 2014).

As definições dos objetivos sintetizam o que os políticos, analistas e demais atores envolvidos no processo esperam que sejam os resultados da política pública. Portanto, a sua construção é fundamental para direcionar a sistematização das alternativas, e conseqüentemente as demais fases como a tomada de decisão, implementação e avaliação. Vale salientar que, a definição de alternativas, representa a escolha dos conflitos, por isso é considerada um instrumento supremo de poder (SECCHI, 2014).

De fato, será nessa fase que se observa a materialização da política, pois para a inserção do problema entrar na agenda política não é requisito para que se elabore uma política de enfrentamento (SERAFIM; DIAS, 2012). E essa materialidade enquanto política pública pode ser caracterizada em quatro aspectos, de acordo com Frey (2000) e Souza (2007):

- a) Políticas distributivas: caracterizado pelo baixo grau de conflito nos processos políticos, decorrente do caráter distributivo de vantagens, sem custos para outros grupos. Isso se justifica devido ao fato da distribuição de serviços e benefícios ser realizada, comumente, pelos seus potenciais opositores.
- b) Políticas redistributivas: são orientadas para o conflito, pois ao contrário da anterior ocorre o deslocamento consciente de recursos (sejam esses financeiros, políticos, técnicos ou outro) para camadas sociais e grupos da sociedade específicos.
- c) Políticas regulatórias: são norteadas por ordens e proibições, decretos e portarias com fins à regulamentação legal. Seus custos e benefícios podem ser distribuídos de forma igual e equilibrada entre os setores da sociedade, como também atender a interesses particulares e restritos. Por isso, os processos de conflito, consenso e coalizões, podem se modificar de acordo com a regulamentação.

- d) Políticas constitutivas ou estruturadoras: estão relacionadas à própria esfera da política e suas instituições condicionantes, pois determinam as regras do jogo e a estrutura dos processos e conflitos políticos.

Por fim, as propostas oriundas dessa fase expressam interesses diversos que devem ser combinados com o objetivo que se consiga uma solução aceitável para o maior número de partes envolvidas. Ocorre, então, a tomada de decisão (RUA, 2009).

2.4.3 TOMADA DE DECISÃO

A tomada de decisão, conforme apresenta Secchi (2014, p.51), representa “o momento em que os interesses dos atores são equivalentes e as intenções (objetivos e métodos) de enfrentamento de um problema público são explicitadas”. Todavia, Howlett, Ramesh e Perl (2013) caracterizam esse processo como inerentemente político, não como exercício técnico. E acrescenta que essa fase se refere à decisão do gestor, cuja escolha poderá ser positiva, negativa ou remeter a não-decisão, o que traz para o debate a questão do poder e seu uso. Cohn (2008) enfatiza a importância do estudo da tomada de decisões, por parte do Estado, ao tratar de políticas de saúde, partindo do pressuposto que compete ao Estado orientar suas decisões para o bem-comum da sociedade. Sendo assim, compreender a sua escolha diante das possibilidades, que representam ganhos e perdas para distintos grupos sociais, reforça a importância do seu estudo.

Segundo Rua (2009), o fato de existir a tomada de decisão não quer dizer que todas as decisões relativas a uma política pública foram tomadas, mas que as decisões referentes ao núcleo da política estão sendo sistematizada. Essas decisões são referentes às metas a serem atingidas, os recursos a serem utilizados e o horizonte temporal da intervenção (BAPTISTA; REZENDE, 2011). Assim,

quando a política é pouco conflituosa e agrega bastante consenso, esse núcleo pode ser bastante abrangente, reunindo decisões sobre diversos aspectos. Quando, ao contrário, são muitos os conflitos, as questões são demasiado complexas ou a decisão requer grande profundidade de conhecimentos, a decisão tende a cobrir um pequeno número de aspectos, já que muitos deles têm as decisões adiadas para o momento da implementação (RUA, 2009, p.37).

A compreensão da dinâmica de decisão, de acordo com Secchi (2014), se estabelece em três formas de escolha de alternativas de solução para problemas públicos, que são: os tomadores de decisão têm problemas em mãos e correm atrás de soluções; os tomadores de decisão vão ajustando os problemas às soluções, e as soluções aos problemas; e os tomadores de decisão têm soluções em mãos e correm atrás de problemas.

Em toda descrição teórica dessa fase é impossível não relacioná-la com o poder político, por isso se torna fundamental a sua compreensão para entender a influência da esfera política na construção da política pública. Como afirma Frey (2000), as políticas públicas sempre terão marcas das disputas políticas, das relações de poder e das forças políticas. Em geral, o autor acrescenta que

a instância de decisão responsável decide sobre um programa de compromisso negociado já antecipadamente entre os atores políticos mais relevantes. Decisões verdadeiras, isto é, escolhas entre várias alternativas de ação, são raras exceções nesta fase do ciclo político (FREY, 2000, p.228).

2.4.4 IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA

A fase de implementação da política consiste em um processo de diversos estágios repletos por um conjunto de decisões a respeito da operação das rotinas executivas envolvidas em uma política. Suas decisões são previamente definidas após a definição das diretrizes de uma política, que inclui tanto o esforço para administrá-la, como seus substantivos impactos sobre pessoas e eventos (RUA, 2009). Em contrapartida, não se deve concluir que esta fase represente uma fase administrativa da política, pois cada uma de suas ações envolvem questões estratégicas, políticas, interesses e múltiplos atores (VIANA; BAPTISTA, 2008).

É nesse momento que as decisões deixam de ser apenas intenções e passam a ser intervenção na realidade (RUA, 2009). Sampaio e Araújo Jr. (2006, p.342) comentam que “pode-se dizer que esta fase caracteriza-se como pôr a ‘política em ação’. Trata-se da própria execução-ação do que é pensado e negociado”. Além do mais, essa etapa é crucial para o ciclo de uma política, tendo em vista que novas formulações podem ser realizadas, e decisões pretéritas podem ser rejeitadas ou modificadas, podendo alterar até a principal razão do surgimento da política (VIANA; BAPTISTA, 2008). Por isso, o mais importante na análise dessa fase é compreender o como ocorreu a implementação, além de identificar os fatores que influenciaram o seu processo. Não restringindo sua análise apenas aos materiais ou técnicas empregadas (FREY, 2000).

A importância da análise dessa fase, também se justifica pela frequência com que os resultados das políticas públicas não corresponderem ao esperado, decorrente da capacidade do governo em dar sustentação à cooperação, coordenação e negociação das ações da política (SILVA; MELO, 2000). De acordo com Viana e Baptista (2008), aparentemente, os governos têm demonstrado mais habilidade em elaborar legislação do que para executar as mudanças necessárias. Com isso, pretende-se entender os porquês dos resultados e impactos projetados na

fase da sua formulação não corresponderem aos resultados e impactos reais evidenciados durante o desenvolvimento de uma política (FREY, 2000). Portanto, estudar essa fase também significa identificar erros anteriores na tomada de decisão do gestor, em torno de uma política pública, como por exemplo a identificação de problemas mal formulados, objetivos mal traçados, otimismo exagerados (SECCHI, 2014).

Outra forma de compreender a implementação da política, segundo Viana e Baptista (2008), seria sob a ótica de um jogo, cujo objetivo da autoridade central é induzir os agentes (implementadores) a colocar em prática os objetivos e estratégias propostos por determinada política, os quais os mesmos ainda desconhecem. Ademais, a resposta desses agentes (aceitação, neutralidade ou rejeição) será fundamental para a implementação da política, no qual dependerá de fatores, como por exemplo:

o entrosamento entre formuladores e implementadores, a compreensão da política, o conhecimento de cada fase do processo e da quantidade de mudanças envolvida com a nova política. De todos os fatores, este último apresenta-se como o mais crítico, porque determina o grau de consenso ou conflito em torno das metas e dos objetivos de uma política, e quanto maior a mudança, menor o consenso (VIANA; BAPTISTA, 2008, p.68).

Assim como as demais fases, aqui também ocorrem interferência do contexto retratado através de disputas, pressão social, interesses individuais dos atores envolvidos, interferência por falta de recursos, entre outros aspectos relacionados à governabilidade dos processos e viabilidade política, a partir dos quais são redefinidas prioridades, metas e ações (SAMPAIO; ARAÚJO Jr., 2006; SILVA; MELO, 2000). Por isso, para implementação da política é necessário

um bom planejamento, com metas e ações bem delimitadas e com definição de prazos, atores responsáveis e recursos necessários. É preciso ainda adequação das ações às conjunturas sócio-políticas e econômicas, e a constante negociação com a população para a qual a ação é pensada, que tem seus próprios interesses, orientados seja por convicções políticas e ideológicas, seja por manobras de grupos hegemônicos ou interesses particulares (SAMPAIO; ARAÚJO Jr., 2006, p.342).

Entretanto, mesmo que sejam estabelecidas as condições para uma implementação perfeita de uma política, caso a mesma tenha sido “apoiada num modelo descritivo pouco coerente com a realidade, num modelo normativo irrealista ou numa agenda bloqueada”, jamais será bem implementada em decorrência de sua mal formulação (DAGNINO; DIAS, 2007, p.384).

Essas reflexões teóricas perpassam por dois modelos de implementação de políticas, conforme detalham Secchi (2014) e Viana e Baptista (2008):

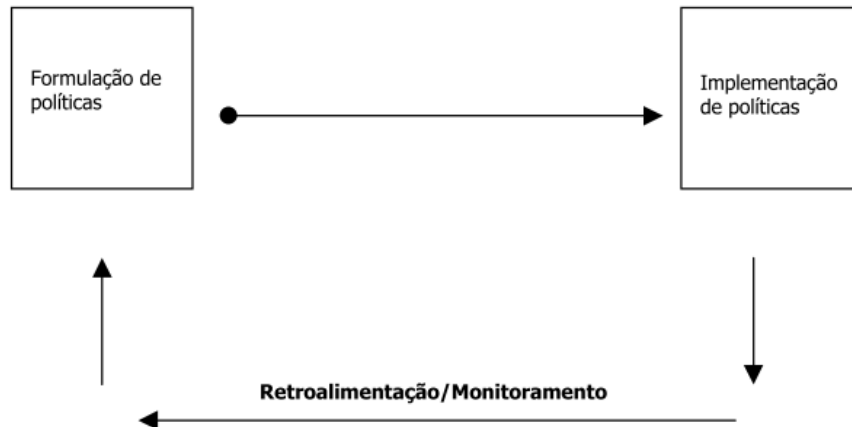
- a) Modelo top-down (de cima para baixo): caracteriza-se pela evidente separação entre o momento de tomada de decisão e o de implementação, sendo fundamentado por

uma visão funcionalista e tecnicista. Dessa forma, defende que as políticas públicas devem ser elaboradas e decididas pela esfera política, em contrapartida a sua implementação se restringe a um mero esforço administrativo para colocá-la em prática (SECCHI, 2014). “O grau de alcance da política; o equacionamento dos impactos e os objetivos; os principais fatores que afetam o impacto e a própria política e as reformulações obtidas ao longo do tempo” são de exclusiva responsabilidade dos formuladores, situados no topo das organizações (VIANA; BAPTISTA, 2008, p.70). Esse modelo ficou conhecido por deslocamento de culpa, pois reconhece que uma má implementação é culpa dos agentes implementadores em função de considerar as suas proposições bem planejadas (SECCHI, 2014).

- b) Modelo bottom-up (de baixo para cima): constitui-se a partir de críticas ao enfoque top-down, sendo fundamentado em maior liberdade aos gestores e atores envolvidos na análise do problema e, conseqüentemente, na proposição por novas soluções durante a implementação. Isso se estabelece por reconhecer que o formato estabelecido para política, após a tomada de decisão, não é definitivo e retrata a compreensão “de que existe sempre um controle imperfeito em todo o processo de elaboração de política” (SECCHI, 2014; VIANA; BAPTISTA, 2008, p.70). Esse processo de modular a implementação não é visto como um desvirtuamento, mas como uma necessidade por aqueles que se deparam com os problemas diários decorrentes da implementação (SECCHI, 2014).

Para Silva e Melo (2000), o modelo top-down representa uma visão clássica do ciclo da política, cuja implementação é compreendida como um jogo de uma só rodada. Ou seja, a ação governamental é implementada de cima para baixo, desconsiderando os aspectos relativos à implementação e os efeitos retroalimentadores sobre a formulação. Em contrapartida, no modelo bottom-up tanto a formulação quanto a implementação são vistas como processos, sendo sujeitas às vicissitudes deparadas durante a implementação. Como por exemplo, os aspectos relacionados à capacidade institucional dos agentes implementadores; problemas de natureza política na implementação dos programas ou políticas; resistência e boicotes realizados por grupos ou setores negativamente afetados pela política. A autora acrescenta que, em uma perspectiva normativa, propõe-se o monitoramento e a avaliação como estratégias para correção do percurso da política, conforme detalha a figura 4.

Figura 4 - Esquema referente a influência da implementação na formulação de políticas



Fonte: Silva e Melo (2000, p.6).

Menicucci (2006, p.73) compartilha desse processo de retroalimentação cujos efeitos da implementação interfere sobre a própria formulação da política. E acrescenta que o processo de formação de uma política se estabelece a partir da integração entre formulação, implementação e avaliação. Para o autor, o sucesso da implementação está associado “à capacidade de obtenção de convergência entre os agentes implementadores em torno dos objetivos da política e, particularmente, do suporte político dos afetados por ela”.

Tereza Lyra (2009, p.81) faz uma reflexão sobre a postura dos atores inseridos no processo de implementação, abordando que os mesmos

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.

Essas colocações são coerentes em relação às reflexões de Butler e Allen (2008) por retratarem o processo de implementação como um processo auto-organizativo que necessita dos atores envolvidos habilidades adaptativas.

Saetren (2005) aponta seis fatores que estão contribuindo, historicamente, para o desinteresse em pesquisa de implementação e, conseqüentemente, com o avanço teórico nessa área. Segundo o autor, os motivos seriam: o debate prolongado e estéril entre os modelos teóricos “top down” e “bottom-up”; as rápidas mudanças das relações entre estado-sociedade que interferem na compreensão sobre política; a percepção sobre os estudos de implementação como inútil e desperdício de dinheiro, comprometendo o apoio político a esse tipo de pesquisa; o surgimento de dúvidas quanto à fragmentação do processo político; e a dificuldade em apresentar algo novo e original na área, o que impulsiona os pesquisadores às tendências da moda da ciência.

2.4.5 AVALIAÇÃO DE POLÍTICA

Antes das elucidações a cerca deste tópico, faz-se necessário relembrar que a avaliação de política é diferente de análise de política, conforme detalhado no item 2.3. Este item corresponde à última fase do ciclo da política, reconhecendo que o ato de avaliar, segundo Parsons (1999), representa aprender com as consequências de uma política pública, cujo processo envolve interesses e por isso não é isento de conflitos. De acordo com Ala-Harja e Helgason (2000, p.8), não existe um consenso sobre o que é avaliação de políticas públicas. Para os autores, uma definição simples seria “avaliação dos resultados de um programa em relação aos objetivos propostos”. Já Rua (2009, p.38) apresenta uma definição mais completa ao compreender a avaliação de política como

um conjunto de procedimentos de julgamento dos resultados de uma política, segundo critérios que expressam valores. Juntamente com o monitoramento, destina-se a subsidiar as decisões dos gestores da política quanto aos ajustes necessários para que os resultados esperados sejam obtidos.

A categoria valor também é observada na definição do termo avaliar no dicionário, cuja compreensão significa determinar/calcular o valor de algo, reconhecer sua grandeza (TREVISAN, 2015a). E Trevisan, Bellen e Van (2008) acrescentam que essa associação entre avaliação e valor é observado tanto na língua inglesa quanto na espanhola. Isso reforça a observação que avaliação não pode ser apenas de caráter instrumental, técnica e “neutra”, pois implica, também, atribuição de valor (LYRA, 2009).

Segundo Viana e Baptista (2008, p.71), a atividade de avaliação se fundamenta no “julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (avaliação de estrutura), os serviços e bens produzidos (avaliação de processo) e os resultados obtidos (avaliação de impacto), com critérios e normas”. Dentre os critérios utilizados para avaliação, os principais são:

Economicidade: refere-se ao nível de utilização de recursos (inputs).
 Produtividade: refere-se ao nível de saída de um processo produtivo (out-puts).
 Eficiência econômica: trata-se da relação entre outputs (produtividade) e inputs (recursos utilizados).
 Eficiência administrativa: trata do seguimento de prescrições, ou seja, do nível de conformação da execução a métodos preestabelecidos.
 Eficácia: corresponde ao nível de alcance de metas ou objetivos preestabelecidos.
 Equidade: trata da homogeneidade de distribuição de benefícios (ou punições) entre os destinatários de uma política pública (SECCHI, 2014, p.63).

Vale salientar que, apesar da avaliação está estabelecida na última fase do ciclo de política, ela está presente como instrumento nos vários momentos ao longo do ciclo com fins de auxiliar a tomada de decisão. Portanto, a avaliação não se restringe á avaliação dos

resultados, como também à etapa final do processo (BAPTISTA; REZENDE, 2011). Por isso, assume o papel de instrumento estratégia em todo o ciclo da política pública (RUA, 2009).

Os estudos de avaliação se distinguem em dois aspectos: as avaliações *ex ante*, ocorrem antes da fase de implementação com fins de avaliar a fase de formulação e tomada de decisão. Parte do cálculo de custo-benefício e de custo-efetividade com fins de compreender as possibilidades e alcance dos recursos a serem empregados, auxiliando os formuladores de política. As avaliações *ex post* ocorrem durante (avaliações de estrutura e de processo) e após (avaliação de impacto) a implementação de uma política. Isso facilitará a compreensão do desenvolvimento de uma estratégia política e o estabelecimento de novos rumos (VIANA; BAPTISTA, 2008).

Secchi (2014), em sua proposta de distinção para os tipos de avaliação, considera as avaliações *ex ante* (antes da implementação) e as avaliações *ex post* (depois da implementação). Todavia, a novidade em sua proposta, se refere à utilização de um novo termo para caracterizar as avaliações que ocorrem durante a implementação, intitulado por avaliações *in itinere*. É composta pela avaliação formativa ou monitoramento, cujo o objetivo seria realizar ajustes imediatos ao processo de implementação.

A partir das avaliações de impacto, considerando os efeitos colaterais indesejados, evidenciará três resultados dessa avaliação. O primeiro se refere à possibilidade da política ser bem sucedida, justificando a sua permanência da forma em que se apresenta. O segundo resultado, talvez o mais comum, aponta aspectos que devem ser adequados ou modificados, podendo inclusive iniciar o processo de análise e definição do problema novamente. E por fim, há a possibilidade de a política ser considerada totalmente bem sucedida ou totalmente falha devendo ser encerrada (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013; TREVISAN; BELLEN; VAN, 2008). Em relação a sua extinção, se estabelecerá em situações nas quais “o problema público foi resolvido ou quando os problemas de implementação são insuperáveis, ou quando a política pública se torna inútil pelo natural esvaziamento do problema” (SECCHI, 2014, p.65).

Apesar das potencialidades inerentes em torno da avaliação de política, deve-se considerar que a realização de avaliações completas e significativas são difíceis de realizar. Isso se justifica em função de vários fatores, como por exemplo o tempo necessário para sua execução e por ser uma tarefa dispendiosa. (SECCHI, 2014). Outro desafio que pode dificultar o processo de avaliação de uma política pública se refere à complexidade dos objetivos e dos problemas sociais o que dificulta a mensuração do impacto de um determinado programa implementado (CARNEIRO, 2013).

Isso está relacionado à multicausalidade, que dificulta durante a avaliação separar os efeitos sociais produzidos pela política pública e os efeitos sociais produzidos por outras causas (SECCHI, 2014). Isso devido à premissa de que não basta constatar apenas a ocorrência de mudanças durante uma avaliação, faz-se necessário estabelecer a relação causa-efeito entre as ações de um programa e o resultado final obtidos (TREVISAN; BELLEN; VAN, 2008). Outro problema se relaciona aos objetivos da política pública, seja por não estarem claros, ou apesar de explícitos, servem apenas para fins simbólicos (SECCHI, 2014).

Segundo Carneiro (2013), esses desafios trazem outro problema para avaliação que seria a dificuldade em poder apontar com clareza os responsáveis pelas mudanças sociais observadas, ocasionando o desestímulo em realizar políticas sociais pelos gestores. Isso, em função dos frutos, somente serão observados décadas mais tarde e depois de diversas intervenções, não se podendo precisar quem teria sido o responsável pelas mudanças. Com isso, pode surgir outra tensão:

quando um gestor se beneficia dos resultados de programas investidos em outras gestões, arrogando para si a responsabilidade de uma mudança social, que foi percebida durante a sua gestão, mas que teve origem nas gestões anteriores (CARNEIRO, 2013, p.121).

De fato, apesar das dificuldades, a avaliação pode produzir informações úteis ao debate político que são importantes para superar argumentos simplistas e maniqueístas (bom *versus* ruim, “copo meio cheio” *versus* “copo meio vazio”) oriundos da retórica política (SECCHI, 2014). Sendo “imprescindível para o desenvolvimento e a adaptação contínua das formas e instrumentos de ação pública” (FREY, 2000, p.229).



CAPÍTULO 3

3 PROMOÇÃO DA SAÚDE: UM NOVO OLHAR PARA A SAÚDE

A expressão ‘Promoção da Saúde’ destaca-se pela primeira vez, em textos científicos de 1946, com Henry Sigerist (1891-1957). Na ocasião, a expressão era considerada como uma das quatro tarefas essenciais da medicina, ao lado da prevenção de doenças, recuperação de enfermos e reabilitação. Na época, o autor afirmou que “saúde se promove proporcionando condições de vida decente, boas condições de trabalho, educação, cultura física e formas de lazer e descanso”, para o que pediu o esforço coordenado de políticos, setores sindicais e empresariais, educadores e médicos (BUSS, 2000, p.166). Tal compreensão já estava em construção, desde a definição de Winslow em 1920, quando afirmou que PS era:

um esforço da comunidade organizada para alcançar políticas que melhorem as condições de saúde da população e os programas educativos para que o indivíduo melhore sua saúde pessoal, assim como para o desenvolvimento de uma “maquinaria social” que assegure a todos os níveis de vida adequada para a manutenção e o melhoramento da saúde (BUSS, 2003, p.21).

De fato, conceituar a PS não é uma tarefa simples, pois necessita-se de uma apropriação mais profunda da temática, entretanto, pode-se dizer que não é das mais complicadas (FRANCO DE SÁ *et al.*, 2008). A multiplicidade de concepções e a polissemia do termo retratam a impossibilidade de definições unívocas ou de relações unilineares, direcionado para a multideterminação e a complexidade do objeto (CZERESNIA, 2003).

Melo (2000) considera a PS como um empreendimento de natureza holística, alinhada a uma pedagogia dialógica, crítica, reflexiva e problematizadora, conectada à dinâmica das transformações sociais, tendo a participação ativa da população como ponto de destaque na sua operacionalização. Para Restrepo (2001), a história da humanidade reflete a alternância entre a preocupação maior com o bem-estar e a qualidade de vida, a prevenção e a cura de doenças. Entretanto, a autora deixa evidente que a PS procura o equilíbrio entre esses dois aspectos.

Franco de Sá *et al.* (2008, p.28-29) expõem as concepções de PS mais difundidas, como por exemplo:

[...] o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Carta de Ottawa (1986).

[..] o processo segundo o qual os indivíduos e as comunidades passam a ter maiores condições de exercer um maior controle sobre os determinantes da saúde e assim melhorar o seu estado de saúde. Donald Nutbeam (1986).

[..] a soma das ações da população, serviços de saúde, autoridades sanitárias e outros setores sociais e produtivos, dirigidas ao desenvolvimento de melhores condições de saúde individual e coletiva. Organização Pan-americana de Saúde (1990).

[...] a boa saúde pública que reconhece as relações entre a saúde, a política e o poder. Trevor Hancock (1994).

[...] Não é o trabalho social da medicina pelo qual se podem conseguir alguns dólares extras. Realmente trata-se de uma nova saúde pública, um novo tipo de saúde pública baseada nos determinantes da saúde. Llona Kickbush (1994).

[...] O imperativo ético de responder às necessidades sociais no marco dos direitos universais fundamentais, entendendo-se o direito à saúde como expressão direta do direito fundamental à vida. A resposta às necessidades sociais derivadas dos direitos se totaliza no enfrentamento dos determinantes sociais da saúde e da qualidade de vida. GT de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável, Abrasco (CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 2003).

O entendimento da PS, conforme evidenciado através dos conceitos apresentados, se fundamenta em uma concepção ampla do processo saúde-doença, com ênfase para os determinantes sociais. A inserção de valores como vida, saúde, solidariedade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação, parceria, procura desenvolver ações que estimulem a autonomia individual e coletiva com fins da transformação social (ACOSTA; DUARTE, 2007). A partir disso, almeja “mudança de enfoque, conceitos e formas de atuar, com o intuito de vencer a fragmentação e a hiperespecialização hoje existentes no mundo ocidental” (BYDLOWSKI; WESTPHAL; PEREIRA, 2004, p.17).

Fleury-Teixeira *et al.* (2008) acrescentam que a PS objetiva a ampliação do controle ou domínio dos indivíduos e comunidades sobre os determinantes de sua saúde. Por isso, entre seus propósitos está o despertar da autonomia de indivíduos e comunidades, entendida como a essência do empoderamento. Ou seja, representa um “processo de capacitação que habilite a população a exercer o controle de seu destino, promovendo a melhoria das suas condições de vida e saúde” (BYDLOWSKI; WESTPHAL; PEREIRA, 2004, p.17). Isso justifica o empoderamento ser considerado um dos conceitos centrais da PS, por ser tanto processo gerador de mudanças, quanto resultado esperado desse processo (FRANCO DE SÁ; MOYSÉS, 2009).

A atuação na perspectiva da PS deve direcionar-se, prioritariamente, pela diminuição das iniquidades e fortalecimento da população (CHIESA, 2005). Acosta e Duarte (2007, p.23) sintetizam as principais características da PS:

[...] o conceito de saúde é multidimensional; o modelo de intervenção é participativo; as ações são dirigidas ao coletivo das pessoas e ambiente; o foco envolve rede de temas com estratégias diversas e complementares; a abordagem é de facilitação e capacitação, visando mudanças da realidade coletiva; as ações são executadas em parcerias com organizações não-governamentais, movimentos sociais, governos locais, municipais, regionais e instituições privadas.

A polissemia da PS, segundo Castiel (2004), pode apresentar base conservadora ou reformista em suas definições. Para os conservadores, a PS é um meio de direcionar indivíduos a assumirem a responsabilidade por sua saúde e, ao assim fazerem, reduzirem o peso financeiro

na assistência de saúde pelo Estado. Já para os reformistas, a PS é uma estratégia para criar mudanças na relação entre cidadãos e o Estado, através da ênfase em políticas públicas e ação intersetorial, ou ainda, por poder constituir-se numa perspectiva libertária que busca mudanças sociais mais profundas, coerente com as propostas de educação popular.

Diante dessa complexidade conceitual, Franco de Sá *et al.* (2008) abordam que a PS, muitas vezes, é confundida com uma ciência, uma disciplina, uma política, um programa, um processo ou uma estratégia. Entretanto, para Bunton e Macdonlad (1992 *apud* FRANCO DE SÁ *et al.*, 2008), a PS se aproxima mais de uma disciplina ou um conjunto de várias disciplinas acadêmicas. Sem dúvida, a PS representa um campo novo para a produção de conhecimento, formação e prática, sendo fundamentada, em seu marco teórico-prático, das seguintes disciplinas: política social, educação, sociologia, psicologia, epidemiologia, comunicação, filosofia, economia e medicina social (FRANCO DE SÁ *et al.*, 2008).

Nos últimos 20 anos, observa-se um crescimento do campo da PS com consequências nas concepções e práticas de saúde pública (BUSS; CARVALHO, 2009). Entre os motivos está o fato de representar:

[...] uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos neste final de século. Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe à articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução (BUSS, 2000, p.165).

Entretanto, a complexidade na compreensão da PS aponta para a necessidade de sua diferenciação com a prevenção, por evidenciar na prática o fato desses saberes muitas vezes serem abordados como se fossem sinônimos, ocasionando confusões até mesmo entre os profissionais de saúde (SOUZA; GRUNDY, 2004). Essa problemática surge a partir da década de 60, através do conceito positivo de doença, que resgata o termo PS sob a ótica de estimular hábitos e comportamentos saudáveis (TEIXEIRA, 2002). Tal conduta é direcionada pelo diagrama da história natural da doença, proposta por Leavell e Clark, em 1965, que insere a PS como um dos elementos do nível primário da medicina preventiva, destinada a aumentar a saúde e o bem estar geral, tornando improvável o progresso posterior da doença (LEAVELL; CLARK, 1977).

Todavia, Andrade e Barreto (2004) relatam que, a partir desse momento, é que ocorre uma desconstrução da concepção de PS, ocasionando uma confusão conceitual por reduzir o alcance pretendido por Sigerist, em 1946. Assim, apoiado pelo modelo biomédico, essa concepção distorcida de PS ganha destaque, ocupando espaços de referência na condução de práticas do sistema de saúde. Como exemplo desse olhar reducionista, Andrade e Barreto

(2004) explicam que o artigo 196 da Constituição Brasileira de 1988 e na Lei 8.080/90 (art. dois e três), o conceito de PS aparece como um sinônimo de um tipo de ação de saúde (BRASIL, 1988, 1990).

Segundo Czeresnia (2003), as diferenças entre PS e prevenção, primeiramente, são expostas nos seus termos, pois enquanto ‘prevenir’ tem o significado de preparar; chegar antes de; dispor de maneira que evite (dano, mal); impedir que se realize; o de ‘promover’ tem o significado de dar impulso a; fomentar; originar; gerar. Logo, prevenção caracteriza-se como:

[...] intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. A base do discurso preventivo é o conhecimento epidemiológico moderno; seu objetivo é o controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos (CZERESNIA, 2003, p.49).

O conceito apresentado demonstra evidente diferenciação em relação aos abordados sobre a PS. Todavia, uma das consequências dessa incompreensão são as dificuldades na operacionalização dos projetos da PS (CZERESNIA, 2003). Por isso, é interessante observar o seu percurso no contexto internacional e nacional para refletir sobre a sua influência no conhecimento sobre a operacionalização desse saber.

3.1 CONTEXTO INTERNACIONAL DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Lefevre e Lefevre (2004) comentam que o movimento da PS vem ganhando força através das conferências internacionais, inclusive na América Latina, ao procurar resgatar as antigas tradições da Saúde Coletiva que concebia a saúde e a doença numa escala mais macrossocial, no contexto das cidades e do meio ambiente. Buss (2000) enfatiza que o conceito moderno de PS (e a prática consequente) surgiu e se desenvolveu, de forma mais vigorosa, nos países em desenvolvimento, particularmente no Canadá, Estados Unidos e países da Europa Ocidental.

Historicamente, destaca-se na linha do tempo das conferências relacionadas com a PS, a publicação do Relatório Lalonde, em 1974, que argumentava sobre a necessidade de se investir em ações de promoção de estilo de vida e ambiente saudável, pois argumentava que 80% das doenças estavam ligadas a esses fatores (BRASIL, 2002). Em 1978, ocorre a realização da Conferência de Alma Ata e o lançamento da meta: ‘Saúde para todos até o ano 2000’ que teve como ideias principais: a saúde como um direito fundamental, a defesa da democratização na tomada de decisões na área da saúde, da redução das desigualdades e a vinculação da saúde aos determinantes políticos, sociais e econômicos (BUSS, 2003).

Em 1986, ocorre a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde e aprovação da Carta de Ottawa – documento mais importante do ponto de vista conceitual da PS. Nesse momento, “o conceito de PS passa a ser a espinha dorsal da nova saúde pública e é definido pela primeira vez em termos de políticas e estratégias”, representando um avanço em relação à retórica genérica da Conferência de Alma-Ata (1977) (CARVALHO, 1996, p.117). Segundo Buss e Carvalho (2009), os conceitos e práticas de PS passaram a ser divulgados e implementados em sistemas de saúde e espaços acadêmicos pelo mundo, bem como no Brasil, a partir dessa primeira conferência internacional sobre PS.

A partir, de então, houve um reconhecimento de que a PS não se restringe ao setor saúde, mas ao contrário, se constitui numa atividade essencialmente intersetorial. A agenda para a PS, proposta pela Carta de Ottawa, foi descrita em cinco linhas de ação: elaboração e implementação de ‘políticas públicas saudáveis’, criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ‘ação comunitária’, desenvolvimento de habilidades pessoais, e reorientação do sistema de saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1986). Pode-se dizer que as iniciativas propostas para PS representaram “um esforço interdisciplinar e intersetorial para superar abordagens tecnicistas e medicalizante sobre os problemas de saúde” (MAGALHÃES, 2016, p.1768).

Em 1988, a Conferência de Adelaide, realizada na Austrália, cumpriu seu objetivo de demonstrar o papel das políticas públicas na resolução dos problemas de saúde, enfatizando a participação comunitária, a cooperação entre os diferentes setores da sociedade e os cuidados primários de saúde como seus fundamentos conceituais (BRASIL, 2002).

Em 1991, a Conferência de Sundsvall – III Conferência Internacional de Promoção à Saúde - ocorre a introdução do tema *ambiente* na agenda da saúde, destacando quatro aspectos para um ambiente favorável e promotor de saúde: (1) A dimensão social, que inclui as maneiras pelas quais normas, costumes e processos sociais afetam a saúde. (2) A dimensão política, que requer dos governos a garantia da participação democrática nos processos de decisão e a descentralização dos recursos e das responsabilidades. (3) A dimensão econômica, que requer o reescalonamento dos recursos para o alcance da meta Saúde Para Todos, no Ano 2000, e o desenvolvimento sustentável. (4) A necessidade de reconhecer e utilizar a capacidade e o conhecimento das mulheres em todos os setores (BRASIL, 2002).

Em 1992, ocorreu a 1ª Conferência Latino-Americana sobre Promoção da Saúde sob os auspícios da Organização Pan-Americana da Saúde, em Bogotá, Colômbia, no qual se discutiu estratégias coletivas para melhorar os padrões sanitários regionais e alcançar a equidade na saúde (BRASIL, 2002).

Em 1997, ocorreu a IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde na Indonésia, conhecida como a Declaração de Jacarta, que apresentou como meta primordial aumentar as expectativas de saúde e reduzir suas diferenças entre países e grupos. É a primeira mundial a ter lugar em um país em desenvolvimento e a incluir o setor privado no apoio à PS. Essa declaração traz, além desse diferencial, a importância de se refletir sobre o que se aprendeu sobre a PS, como de identificar as direções e estratégias necessárias para enfrentar os seus desafios para o século XXI (BRASIL, 2002).

No ano de 2000, ocorre a V Conferência Internacional de Saúde (Declaração do México), que destaca ideias e ações que promovam desenvolvimento social como um dever e responsabilidade central dos governos, e sejam compartilhadas por todos os setores da sociedade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2000). Em 2005, realizou a VI Conferência Internacional de Promoção da Saúde, na Tailândia, que deu origem à segunda carta, após Ottawa, reafirmando-a. A Carta de Bangkok identifica ações, compromissos e promessas necessários para abordar os determinantes da saúde em um mundo globalizado, através da PS. Entre os compromissos a serem cumpridos para seu fortalecimento, evidencia:

Tornar a PS uma preocupação central na agenda do desenvolvimento global; Tornar a PS uma responsabilidade central para o governo como um todo; Tornar a PS um dos principais focos das comunidades e da sociedade civil; Tornar a PS uma exigência da boa prática corporativa (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005, p.5).

Em 2008, na Conferência de Galway, reconheceu-se que a PS é orientada por um conjunto de valores e princípios importantes para a sua prática. Essas incluem: um modelo ecológico-social de saúde que considera os determinantes culturais, econômicos e sociais da saúde; um compromisso com a equidade; um respeito pela diversidade cultural; uma dedicação para o desenvolvimento sustentável e uma abordagem participativa para envolver a população na identificação de suas necessidades (UNIÃO INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE, 2009).

Segundo a União Internacional de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde (2009), essa conferência objetivou o intercâmbio global e a colaboração entre países, visando à identificação e à construção de competências fundamentais em PS e educação para a saúde. Dessa maneira, o produto principal dessa conferência foi a produção do consenso de Galway que detalha oito competências, distribuídas em domínios, necessárias para exercer a prática da PS, que são:

- a) Catalisação de Mudança - Permitir a mudança e o empoderamento de indivíduos e comunidades para melhorar sua saúde;

- b) Liderança - Fornecer orientação estratégica e oportunidades de participação no desenvolvimento de políticas públicas saudáveis, na mobilização e gestão dos recursos para a promoção de saúde e capacitação;
- c) Estimativa/Diagnóstico - Realizar avaliação das necessidades e recursos da comunidade e do sistema para facilitar a identificação e análise comportamental, cultural, social e dos determinantes ambientais e organizacionais que promovem ou comprometem a saúde;
- d) Planejamento - Desenvolvimento de metas e objetivos mensuráveis, em resposta à avaliação de necessidades e recursos, e identificação de estratégias que são baseadas em conhecimentos derivados da teoria, evidências e prática;
- e) Implementação - A realização eficaz e eficiente, culturalmente sensível, de estratégias éticas para garantir as melhorias máximas possíveis na saúde, incluindo gestão de recursos humanos e materiais;
- f) Avaliação - Determinação do alcance, eficácia e impacto de programas e políticas de PS. Isto inclui a utilização adequada da avaliação e de métodos de pesquisa para o apoio à melhoria do programa, sustentabilidade e divulgação;
- g) Advocacia - Advogando com e em nome dos indivíduos e das comunidades para melhorar a sua saúde e bem-estar e sua capacitação para a realização de ações que possam melhorar tanto a saúde e reforçar o patrimônio da comunidade;
- h) Parcerias - Trabalhando em colaboração através das disciplinas, setores e parceiros para reforçar o impacto e a sustentabilidade dos programas e políticas de PS.

Em 2010, com a Declaração de Adelaide, como, em 2013, com a Declaração de Helsinque sobre Saúde em Todas as Políticas, há a ênfase:

[...] que é mais fácil alcançar os objetivos do governo quando todos os setores incorporam a saúde e o bem-estar como componentes centrais no desenvolvimento de políticas. Isto se dá porque as bases da saúde e do bem-estar se encontram fora do setor Saúde, sendo formadas social e economicamente (BRASIL, 2015a, p.8).

Para Magalhães (2016), desde o Informe Lalonde, vários países têm incorporado os princípios da PS no processo de desenho e implementação de políticas e programas públicos de saúde. Isso nos estimula a compreender o processo de inserção desse saber no contexto brasileiro.

3.2 CONTEXTO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

As ideias sobre a PS foram introduzidas no Brasil em meados dos anos 80, estimuladas pelo debate em torno da reforma sanitária brasileira. Esse contexto teve destaque na 8ª Conferência Nacional da Saúde em 1986, cujos conceitos e objetivos para a sociedade brasileira eram bastante semelhantes aos propostos pela Carta de Ottawa (CARVALHO, 2008). Essa conferência teve como tema ‘Democracia é Saúde’ e constituiu-se em fórum de luta pela descentralização do sistema de saúde e pela implantação de políticas sociais que defendessem e cuidassem da vida.

Na Constituição Federal de 1988, o Estado brasileiro assume “a redução das desigualdades sociais e regionais” como objetivo, assim como a promoção do bem de todos e a construção de uma sociedade solidária sem quaisquer formas de discriminação (BRASIL, 1988, p.107). Esses objetivos demonstram o modo de conceber os direitos de cidadania e os deveres do Estado no país, dentre os quais a saúde (BRASIL, 2006a).

Assim, a PS é referida no Artigo 196, na seção II, capítulo II do título VIII, onde estão localizadas as bases conceituais e organizativas do Sistema Único de Saúde (SUS). Sob a ótica da saúde como fenômeno multideterminado e produzido socialmente, o Artigo 196 expressa uma importante conquista da Reforma Sanitária brasileira ao instituir:

a saúde como 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 e igualitário às ações e serviços para sua *promoção*, proteção e recuperação (Brasil, 1988, p.116, grifo nosso).

Para Albuquerque, Franco de Sá e Araújo Jr. (2016), ao falar de PS no Brasil, intrinsecamente, fala-se do SUS e dos desafios cotidianos expostos pelas iniquidades históricas. Como também, à medida que esse sistema adere a uma compreensão ampliada de saúde, envolvida pelos Determinantes sociais da saúde (DSS), intrinsecamente se compromete com a PS (MALTA *et al.*, 2016).

Em 2003, estrutura-se um espaço temático de debate sobre PS junto à Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), intitulado GT Promoção da Saúde e Desenvolvimento Social, com a finalidade de “articular, congregar, mobilizar e promover a incorporação dos princípios, pressupostos da PS, na produção de conhecimentos, nas práticas, nas políticas públicas e nos modos de fazer saúde no Brasil” (CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 2003, p.2).

Em novembro de 2005, foi lançado o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), pelo Ministério da Saúde e da Educação, no qual descreve que, para reconhecer a conexão entre a esfera do trabalho e da educação, implica:

[...] na ampliação do conceito de saúde, reconhecendo suas interfaces com outros temas e com a riqueza de valores e processos, somados à diversidade de olhares e subjetividades deste complexo sistema, na *busca da transição de um modelo de atenção pautado na Promoção da Saúde*. (BRASIL, 2005a, p.8, grifo nosso)

Já em 22 de Fevereiro de 2006, através da portaria nº399, a PS foi inserida dentre as macroprioridades da agenda do compromisso de saúde do Ministério da Saúde, através do Pacto em Defesa da Vida. Dentre as atribuições, destacam-se a formulação e a implantação da Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006).

O lançamento da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), no ano de 2006, representou um marco na construção do SUS (ALBUQUERQUE; FRANCO DE SÁ; ARAÚJO Jr., 2016), se apresentando com o objetivo de promover a qualidade de vida, reduzir a 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, 2006).

Apresenta como princípios condutores das práticas de PS, a *equidade* - entendida como a introdução da diferença no espaço de igualdade; *autonomia* - estratégia para exercer a cidadania; a *participação social* - determinante para a concretização dos objetivos da PS; *modos de viver* - novas possibilidades para satisfazer as necessidades, desejos e interesses da comunidade; *intersectorialidade* - articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de corresponsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e *integralidade* – responsável pela qualidade da atenção e do cuidado no sistema de saúde de forma integral (BRASIL, 2006).

Entre as suas ações prioritárias, destacam-se a promoção de hábitos alimentares saudáveis e atividade física; cessação e prevenção do tabagismo; redução da morbimortalidade de vida ao abuso de álcool e outras drogas; prevenção de acidentes de trânsito e promoção do desenvolvimento sustentável e de uma ‘cultura de paz’ (BRASIL, 2006). Em virtude disso, observa-se que a PNPS caminha, predominantemente, na perspectiva da prevenção de agravos, o que é motivo de críticas por vários autores (ALBUQUERQUE, 2011; CRUZ, 2010).

Todavia, não se pode deixar de frisar que a PNPS apresentou diversos avanços em torno de sua agenda de prioridades. Sua articulação com o Plano de Enfrentamento de Doenças Crônicas Não-transmissíveis, destacou-se na potencialização de ações, prioridades e resultados. Concomitantemente, registra-se a importância da existência do Comitê Gestor da PNPS, criado

antes da própria política, enquanto arena para a coordenação das ações intra e intersectoriais da PS, trabalhando de forma contínua e sustentada como facilitador para a integração dos processos (MALTA *et al.*, 2016).

Apesar da trajetória da PNPS ser considerada fortemente conflituosa, “há fortes indicações de que a PS continuará ascendente no país no campo das políticas públicas, em função das bases políticas e dos conhecimentos que estão sendo construídos” (ALBUQUERQUE, FRANCO DE SÁ, ARAUJO Jr., 2016, p.1696).

3.3 INTERSETORIALIDADE: ‘PONTES’ PARA FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Franco de Sá *et al.* (2008, p.35) comentam que uma das características inerentes ao discurso da Promoção da Saúde (PS) se refere “à mensagem de formação de ‘pontes’: de intersectorialidade, interdisciplinaridade, prometendo uma abertura para a transetorialidade, a transdisciplinaridade, a transpessoalidade, enfim para a transcendência do setor da saúde”.

Entre as Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, a Conferência de Ottawa (1986) e a Conferência de Adelaide (1988), como descritas no item 3.1 deste capítulo, destacam-se no debate acerca da formulação de políticas públicas saudáveis, enfatizando a importância da participação comunitária e da cooperação entre os diferentes setores da sociedade para o enfrentamento dos diversos problemas do setor saúde (BRASIL, 2002; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1986). Além disso, a própria declaração de Helsinque, saúde em todas as políticas, enfatiza a importância da intersectorialidade na operacionalização da PS.

Entretanto, a intersectorialidade, considerada como um mecanismo de gestão, ainda não configura-se nas práticas do setor saúde. Para compreender o porquê disso, faz necessário aprofundar suas questões conceituais e operacionais envolvidas na formulação de políticas públicas na gestão.

Junqueira (1997) comenta que, até a década de 70, as organizações públicas de saúde caracterizaram-se por serem centralizadas e verticalizadas. Fernandes, Castro e Maron (2013) acrescentam que a hierarquização, compreendida como a relação vertical de subordinação que existe entre diferentes atores, torna-se o primeiro desafio para a promoção da intersectorialidade.

No Brasil, a partir da Constituição de 1988, o sistema político passou a ser organizado no sentido de proporcionar a democratização da sociedade através de mecanismos de democracia representativa e de democracia participativa (SILVA, 2008). No entanto, nos anos

90, o Brasil não se ausentou das influências neoliberais que preconizavam redução do papel do Estado na solução de todos os problemas, como por exemplo, na execução direta das políticas públicas (RODRIGUES, 2011).

Portanto, mesmo com uma nova dinâmica política que traz a descentralização enquanto estratégia organizacional das instituições públicas, colocando os usuários próximos das decisões, Junqueira (1997, p.32) afirma que essa mudança ocorreu de direito, mas não de fato.

E acrescenta que

[...] depende da alteração de práticas e valores arraigados na cultura das organizações públicas, que determinam a maneira de gerenciar o setor. Apesar de, muitas vezes, descentralizadas elas permanecem setorializadas, impedindo que as soluções sejam encaminhadas de maneira integrada.

A partir desse contexto, Silva (2008, p.84) nos faz o seguinte questionamento:

Como governar e gerir políticas públicas num contexto de democracia participativa, com um Estado que continua sendo burocrático e dotado de uma tecnocracia hierarquizada, setorializada e baseada em princípios verticais?

Diante desse questionamento, nota-se a complexidade e os entraves existentes na formulação de políticas públicas universais, equânimes e resolutivas para as necessidades da população. E a ausência de conexão entre os diversos setores existentes num governo, desencadeia uma agenda específica, autônoma e competitiva que reflete na construção das políticas públicas (SILVA, 2008). Junqueira (2005, p. 3) afirma que

a dicotomia que se observa na gestão das políticas sociais e, conseqüentemente, na gestão dos serviços públicos, só pode ser superada através de uma ação integrada, pois mesmo aquelas de caráter universal, isoladamente, têm dificuldade em promover a equidade e a integralidade do atendimento. Apesar dos problemas sociais manifestarem-se setorialmente, sua solução está na dependência da ação de mais de uma política. É no âmbito da cidade, como o espaço onde a população tem acesso aos serviços, onde seus problemas se manifestam, que a articulação das políticas sociais se viabiliza, dando maior eficácia a sua gestão.

Para Rios e Dal Prál (2011, p.229), o debate sobre a intersetorialidade surge no Brasil “a partir do conceito de PS, quando o papel do Estado está sendo repensado com a conquista da Constituição Federal de 1988”. Koga (2002, *apud* NASCIMENTO, 2010, p.102) afirma que a intersetorialidade “não é a conjugação de várias ações de diferentes, mas a definição de uma estratégia comum; a partir do lugar-comum de ação, quais ou que tipos de intervenção deverão ser efetuadas”.

O prefixo ‘inter’, segundo Rose Inojosa (2001), embora possa ser interpretado como reunião de vários setores sem que ocorra a abertura para o conhecimento do outro, sua essência indica, de fato, a busca de resultados que integrem e congreguem esforços numa dinâmica nova. Essa nova dinâmica para o aparato governamental representa a possibilidade de compreensão das características e necessidades da população, proporcionando ao planejamento condições

para se obter resultados sinérgicos em situações complexas (FERNANDES; CASTRO; MARON, 2013).

Logo, a intersetorialidade possibilita o entendimento da problemática social de forma ampla, reconhecendo o seu caráter complexo e multidimensional. Além disso, favorece o compartilhamento de responsabilidades e se apresenta como importante ferramenta no processo de materialização dos direitos fundamentais presentes na Constituição de 1988 (RODRIGUES, 2011).

Dessa maneira, o discurso da intersetorialidade retrata em sua base conceitual a compreensão do cidadão em sua totalidade, remetendo diretamente ao princípio da integralidade. Por isso, o planejamento de ações resolutivas em saúde requer necessariamente o atendimento interdisciplinar e parcerias com outros setores como Educação, Trabalho e Emprego, Habitação, Cultura, Segurança, Alimentar e outros (BRASIL, 2009a; NASCIMENTO, 2010). Logo, a conquista de uma vida saudável não se circunscreve apenas ao âmbito da saúde, mas pela interação com as diversas políticas sociais (JUNQUEIRA, 1997).

Entretanto, Westphal e Mendes (2000, p.53-54) apontam que existem outros fatores que interferem e fragmentam as ações intersetoriais, como por exemplo, as infraestruturas das instituições. Para essas autoras, a organização dessas estruturas “dificultam aos cidadãos o exercício e o controle social sobre seus direitos”, a partir do momento em que o próprio atendimento ao usuário é realizado de forma separada por áreas, como saúde, educação, habitação entre outros saberes.

Comerlatto *et al.* (2007) comentam que para efetivar o processo de construção intersetorial é necessário à construção de um conjunto de relações, denominados de rede. Sua prática “requer articulação, vinculações, ações complementares, relações horizontais entre parceiros e interdependência de serviços para garantir a integralidade das ações” (BRASIL, 2009a, p.193).

No artigo intitulado Redes Intersetoriais de Desenvolvimento Comunitário, Célia Schlithler (2013, p.1) esclarece que:

nas redes sociais, não há hierarquia e, por isso, todos são igualmente importantes, o que não significa que sejam iguais. Na verdade, a diversidade é um valor importante para seus membros, assim como a noção de co-responsabilidade. Não há burocracia nas redes, recurso que engessa e muitas vezes impede o desenvolvimento em outras formas de organização. Sendo assim, nas redes não há normas estatutárias rígidas e pré-definidas, mas há acordos, normas e políticas decididos coletivamente.

Nascimento (2010, p.117) pontua que:

para haver uma real intersetorialidade é necessário construir espaços com tais objetivos comuns que possibilitem a comunicação entre as políticas sociais com as de desenvolvimento urbano, no que se refere à troca de saberes, interações no processo de elaboração, formulação e execução da política, bem como com a disponibilidade dos técnicos e gestores das pastas das referidas políticas no processo de planejamento concomitantemente apoio político.

Essa nova dinâmica de organização da prática intersetorial exige, além da flexibilização da hierarquia, uma nova forma de pensar o ciclo da Polícia Pública, desde a sua concepção até o seu monitoramento, com fins de tornar a tomada de decisão no nível local mais adequada às suas necessidades (FERNANDES; CASTRO; MARON, 2013).

Souza (2006), em sua revisão de literatura sobre as Políticas Públicas, aponta que não existe uma única, nem melhor definição conceitual. Entretanto, demonstra preocupação para com os conceitos que ignoram a essência das políticas públicas que seria o embate em torno de ideias e interesses. Como por exemplo, a citação abaixo:

Política pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos. Peters (1986 *apud* SOUZA, 2006, p.24)

Para Celina Souza (2006), ao concentrar-se o foco no papel do estado em sua definição conceitual, constata-se que os aspectos conflituosos, os limites que cercam as decisões do governo e as possibilidades de cooperação são colocados em segundo plano. Portanto, se admitir que a Política Pública é um campo holístico, postura assumida em geral pelas suas definições, “não significa que ela careça de coerência teórica e metodológica, mas sim que ela comporta vários olhares” (SOUZA, 2006, p.26).

Segundo Simon (SOUZA, 2006, p.26), a racionalidade dos decisores públicos é sempre limitada, devido a “problemas tais como informação incompleta ou imperfeita, tempo para a tomada de decisão, autointeresse dos decisores, etc.”. No entanto, podem ser maximizadas

até um ponto satisfatório pela criação de estruturas (conjunto de regras e incentivos) que enquadre o comportamento dos atores e modele esse comportamento na direção de resultados desejados, impedindo, inclusive, a busca de maximização de interesses próprios (SOUZA, 2006, p.26).

Por isso, a importância de um sistema de redes, do tipo horizontal, norteado pelos princípios da democracia participativa para coordenar e gerenciar as Políticas Públicas, configurando um novo modelo de gestão do Estado (SILVA, 2008). Para Fernandes, Castro e Maron (2013) quanto maior o conhecimento sobre as demandas de cada região, maior a possibilidade de êxito das Políticas Públicas.

De fato, a intersetorialidade é o mais amplo dos mecanismos de ação da gestão das políticas públicas, mas para ser efetivada necessita, que o Estado se coloque “não como

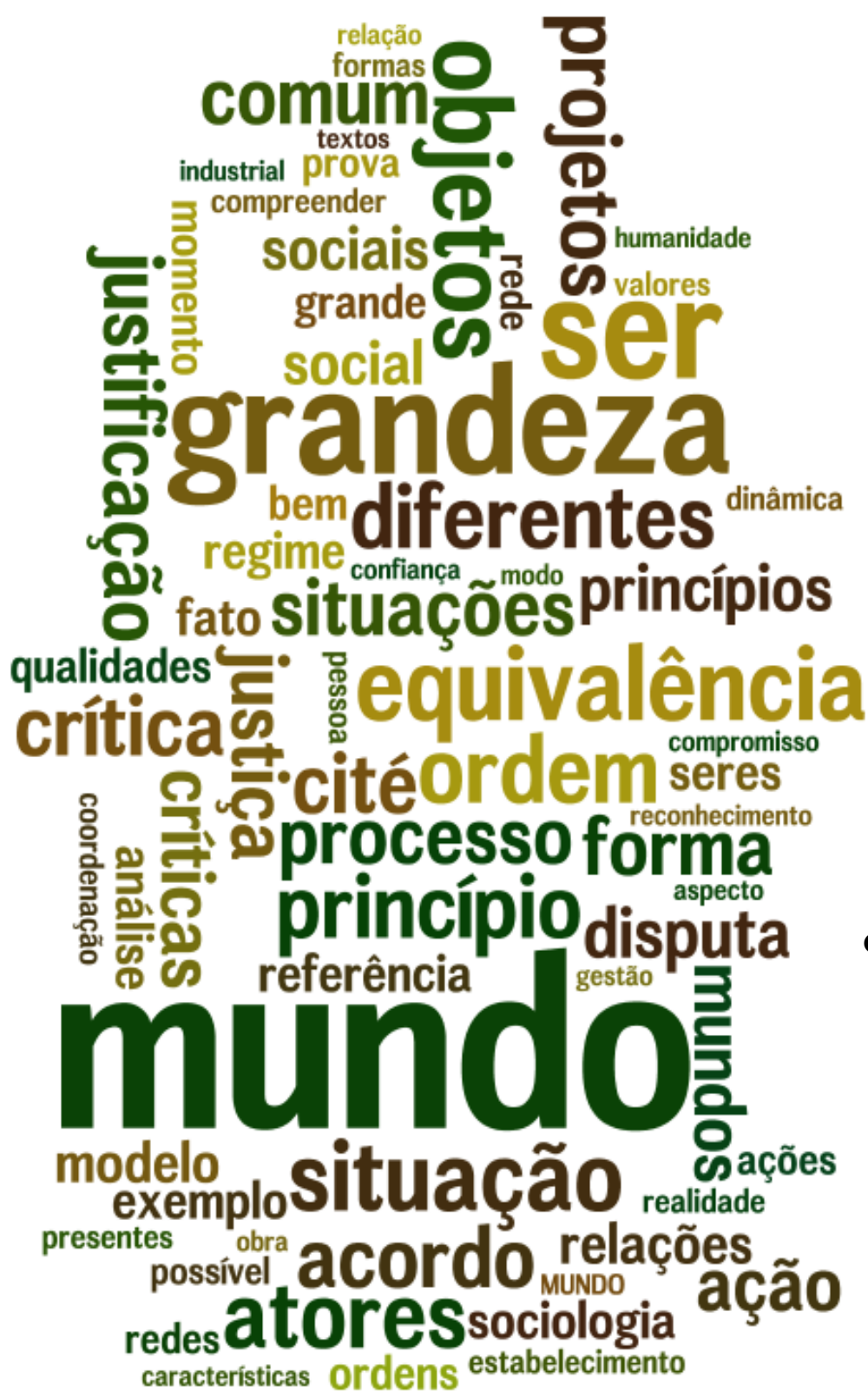
centralizador do seu caráter público, mas tendo compromisso com o interesse público e o bem comum” (HEIDMANN *et al.*, 2006, p.356; RODRIGUES, 2011). Por isso, para esses autores, a construção de Políticas Públicas coerentes com a PS ocorrerá quando for

elaborada com os diversos segmentos da sociedade, envolvendo a sociedade civil, os setores públicos e privados. A participação da sociedade neste processo implica a luta pela saúde com diminuição das iniquidades existentes no acesso a bens e serviços, principalmente no contexto latino-americano cujas evidências são ainda maiores (HEIDMANN *et al.*, 2006, p. 356).

Westphal e Mendes (2000, p.48) comentam que “o delineamento de estratégias no campo da PS é recente em todo mundo”, porém destacam os projetos de cidades saudáveis enquanto práticas intersetoriais e interdisciplinares. Esse projeto requer decisão política, pois implica mudanças na organização municipal para as seguintes exigências:

A primeira exigência é que a cidade dê respostas efetivas para as necessidades de desenvolvimento, para as organizações e para as pessoas; a segunda é que a cidade tenha capacidade para lidar com as crises do sistema e de seus membros; a terceira condição é que a cidade tenha habilidade para modificar-se e atender às exigências emergentes e, finalmente, o quarto requisito é que ela deve capacitar sua população para usufruir as vantagens do desenvolvimento para seu bem-estar, o que necessariamente remete à consideração de que um processo educativo e de mobilização seja componente importante do movimento por cidades saudáveis (WESTPHAL; MENDES, 2000, p.49).

No Brasil, a institucionalização da PS ocorreu há mais de 27 anos, após a promulgação da Constituição Federal de 1988, despertando um processo de implementação de ações intersetoriais (YAMAGUCHI, BERNUCI, PAVANELLI, 2016). Todavia, ainda se constitui enquanto desafio avançar na ação intersetorial (ALBUQUERQUE, FRANCO DE SÁ, ARAUJO Jr. 2016).



CAPÍTULO 4

4 JUSTIFICAÇÃO: ENTRE ACORDOS E DESACORDOS

*A pessoa que se dá conta de que algo não está funcionando raramente permanece em silêncio.
Boltanski e Thévenot (1999, p.4)*

Junqueira (1997, p. 38) afirma que “sem mudar concepções, valores e práticas não é possível transformar o processo de trabalho setorial e fragmentado, como tem sido a prática das organizações públicas, para uma prática organizacional moldada pela intersetorialidade”. Consequentemente, sem essas mudanças a probabilidade de construir políticas públicas que reflitam a complexidade das reivindicações sociais se torna difícil, desencadeando enquanto estratégia impulsora de mudança, o diálogo.

Luc Boltanski e Laurent Thévenot se interessam por essa arena de disputa, estabelecida no espaço discursivo, e se propõem não somente a responder aos questionamentos: “How do people justify their positions? How do two persons reach an agreement? On what basis can we develop criticism?”; como também sistematizam um novo caminho para a sociologia, intitulado sociologia da crítica (GODECHOT, 2009, p.193).

Para Marcos de Aquino Santos, tradutor do primeiro artigo de Boltanski e Thévenot no Brasil, a obra “De la Justification: Économies de la Grandeur” foi de grande repercussão na França e aos poucos destaca-se em diversas outras partes do mundo, como no Brasil. Trata-se de uma teoria que

destaca o desempenho pragmático de tipos gerais mobilizados pelos atores nas disputas sobre a adequação dos seus posicionamentos ou na coordenação das suas ações; [...] busca compreender as gramáticas sobre as quais repousam as reivindicações de justiça e as denúncias de injustiça nos arranjos coletivos (BOLTANSKI; THÉVENOT, 1999, p.3).

Corcuff (2001, p.173) sintetiza que o produto desses autores tem como objeto

as disputas comuns que ativam a crítica e a justificação das pessoas em espaços públicos, isto é, potencialmente sob o olhar e os pedidos de explicação dos outros membros da coletividade. Eles formularam a hipótese de que, sobre estes debates públicos pesam fortes constrangimentos de legitimidade e de generalidade dos argumentos utilizáveis que levam as pessoas envolvidas a superar a situação particular no interior da qual elas estão engajadas.

Também conhecido como a Teoria da Justificação, esse modelo teórico investiga o modo como os atores sociais justificam suas ações, destacando disputas, desacordos, controvérsias e acordos que podem surgir em situações de interação entre as pessoas com relação ao que se considera como o ‘bem comum’. Para isso, os atores sociais se apoiam em princípios ou realidades objetivadas apreendidas no decorrer da vivência social para justificar suas práticas ou apresentar suas críticas. Uma vez superados, dão origem a acordos em torno

de práticas sociais (MARTINS; AMARAL, 2009). Segundo Boltanski e Thévenot (2006, p. 53), o termo ‘imperativo da justificação’ pode ser entendido como base que sustenta e coordena a conduta dos indivíduos.

Sobottka e Saavedra (2012) acrescentam que essa teoria surge, de certa forma, a partir da crítica à sociologia crítica de Pierre Bourdieu, com quem esses autores inicialmente trabalhavam. Em entrevista, Boltanski esclarece que para compreender esse processo, inicialmente, deve-se distinguir o trabalho de Bourdieu do que se tornou a Sociologia bourdieusiana, quando ‘dogmatizada’. A partir de então, estabeleceu muita importância à sociologia como estratégia de descoberta da realidade, negligenciando essa competência dos atores sociais. Com isso, a sociologia da dominação se tornou uma sociologia da aceitação da dominação, deixando os sociólogos como os únicos capazes de revelar a ‘verdade’. Para Boltanski, “a capacidade crítica não pertence somente aos sociólogos; ao contrário, ela está bem distribuída entre os atores sociais” (ROSATTI *et al.*, 2014, p.219).

Castro e Corrêa (2014, p.13) acrescentam que a sociologia da crítica direciona para uma ‘arqueologia da crítica’, “que resgata vozes críticas esquecidas pela história”, como também “desnaturaliza os enunciados que parecem mais estabilizados”. E comentam que o estudo sobre as formas plurais da crítica culminará, posteriormente, numa exploração das formas plurais de justiça e da ação.

4.1 TEORIA DA JUSTIFICAÇÃO

Boltanski e Thévenot (1999) esquematizam a teoria da justificação a partir do surgimento de um momento crítico (moments critiques), característico da vida social. Esse momento faz referência a atividade crítica das pessoas, como também a raridade de um momento de crise. E será na reflexividade desse momento, o caminho para argumentação ou performance do ator social no mundo exterior.

O momento crítico surge quando o sujeito se dá conta de que há algo errado, reconhecendo uma dupla significação na situação, o que impossibilita conviver com ela. Nesse processo, ocorre uma quebra no curso da ação que pode terminar em ‘escândalo’, frequentemente representado por discussões nas quais críticas, acusações e queixas são trocadas. Sabe-se da possibilidade de violência, mas esse ponto não será o foco de análise (BOLTANSKI; THÉVENOT, 1999).

No processo de disputa em uma sociedade complexa, uma primeira característica dessa situação é que

as pessoas nelas envolvidas encontram-se sujeitas a um imperativo de justificação. Aquela que critica as outras precisa produzir justificações a fim de dar suporte a suas críticas, assim como a pessoa alvejada precisa justificar suas ações para defender sua causa (BOLTANSKI; THÉVENOT, 1999, p.5).

Vale salientar que essas justificações precisam seguir uma regra de aceitabilidade que deve ser a mesma para quem critica, como para quem se defende. Outro ponto característico é o fato de serem situações necessariamente provisórias, por interromper o curso da ação. E sendo assim, “ninguém pode viver constantemente em um estado de crise. Logo, um dos modos de sair de uma crise é retornar a um acordo” (BOLTANSKI; THÉVENOT, 1999, p.5).

Além do mais, as disputas não são meramente uma questão de linguagem e, por isso, o quadro de análise de determinada situação deve ser capaz, também, de descrever como ocorre a associação de pessoas e coisas no processo de disputa (BOLTANSKI; THÉVENOT, 1999). É nesse processo que surge um princípio sem o qual seria impossível possibilitar a aproximação entre os seres. Pois, é através dele, que se permite estabelecer uma determinada ordem na dinâmica da justificação. Esse princípio é denominado de princípio de equivalência, pois supõe a referência a uma forma de equivalência geral, baseado em padrão de medida (BOLTANSKI, 2001).

Boltanski e Thévenot (1999) destacam o estabelecimento da equivalência como aspecto importante desse momento.

A fim de criticar e esclarecer a alguém o que é que está ocorrendo de errado, é preciso mentalmente reunir diferentes grupos de pessoas e objetos e fazer conexões entre eles. É preciso, por exemplo, conectar eventos e detalhes retirados do passado para exibir as características pertinentes por eles partilhadas. A operação de aproximar diferentes itens ou fatos deve ser justificada com a referência a um princípio de equivalência que esclareça o que eles têm em comum (BOLTANSKI; THÉVENOT, 1999, p.5).

É necessário, no processo de estabelecimento de um acordo, que as pessoas particulares se desprendam de suas singularidades e direcionem uma forma de generalidade que transcenda as pessoas e as situações nas quais elas se relacionam. Por isso, o estabelecimento de uma convenção de equivalência é externa as pessoas (BOLTANSKI; THÉVENOT, 1999).

Para isso, as pessoas envolvidas no debate precisam desenvolver uma definição comum de generalidade que possibilita relacionar determinada situação a outras identificadas como similares. Pois para escapar da violência, as pessoas têm que se desprender dos descontentamentos individuais e desenvolver uma capacidade comum de identificar o que cabe na situação e sob que relação (BOLTANSKI; THÉVENOT, 1999).

A necessidade de realçar a equivalência é um aspecto essencial do método ou regime seguido pelas pessoas quando precisam conduzir-se em uma disputa. A tal regime de justificação daremos o nome de regime de justiça (BOLTANSKI; THÉVENOT, 1999, p.6).

No curso de uma disputa, a referência a um princípio de equivalência é também uma operação básica executada necessariamente a fim de levantar uma reivindicação de justiça, revelar uma injustiça e demandar uma reparação (BOLTANSKI; THÉVENOT, 1999, p.8).

Contudo, é comum evidenciar na dinâmica habitual da ação, o fato das equivalências não estarem sujeitas a reflexão deliberada. Logo, o que manterá a coordenação da ação são as equivalências, por exemplo, encapsuladas nos objetos ou presentes em regras objetivadas (BOLTANSKI; THÉVENOT, 1999).

O regime de justificação, que requer convenções coletivas de equivalência, somente é imperioso quando regimes de coordenação mais locais baseados tanto em “comodidade pessoal” quanto em “utilização costumeira” não estão sendo suficientes para lidar com a adversidade da situação e determinar o que é conveniente ou apropriado (BOLTANSKI; THÉVENOT, 1999, p.7).

O regime afetivo (régime d’agapè), caracteriza-se por outro modo de coordenação da ação, cujos princípios de equivalência são deixados de lado pelas pessoas envolvidas na disputa, o que torna difícil as operações de acumulação e cálculos necessários para culpar e criticar. A mudança de regime pelas pessoas ocasiona um descontentamento maior, pois desorganiza seus princípios de equivalência (BOLTANSKI; THÉVENOT, 1999).

Outro exemplo é o ‘regime de familiaridade’ na qual as pessoas estão ajustadas a um ambiente familiar, seja sua casa ou local de trabalho, possuindo como característica de ajustamento a dependência de traços pessoais e locais. Para um observador externo, desprovido de conhecimento íntimo, as dinâmicas das ações não serão compreendidas, parecendo até bizarras, pois a dinâmica de ajustamento desse grupo não está claramente disponível (BOLTANSKI; THÉVENOT, 1999).

Porém, “o cumprimento dessa ordem pode ser dificultado, particularmente quando surge a possibilidade da existência simultânea de diferentes ordens de grandeza”. A condição para uma situação harmoniosa e sem dificuldades se fundamenta em um acordo tácito entre os participantes sobre as qualidades inerentes a determinada ordem de serviço, ou ação. Todavia, a pré-condição para o acordo se estabelece no reconhecimento comum de uma equivalência convencional, que mesmo não sendo explícita, produza uma situação de ordem natural, contextualizada pelo juízo acerca da importância ou grandeza relativa das pessoas envolvidas (BOLTANSKI; THÉVENOT, 1999, p.9).

A dinâmica de um acordo, convencionalmente estabelecida, se caracteriza pela “sua exposição à crítica e à confrontação com ela, de modo real ou potencial”. Por isso, o acordo deve ser justificado com o fim de ser capaz de opor-lhe uma resistência, caso necessário (BOLTANSKI; THÉVENOT, 1999, p.9). Além do mais, por se tratar de um processo de justificação, faz-se necessário refletir sobre a legitimidade do acordo:

uma crítica ou uma justificação pode ser tida como legítima em uma situação concreta quando o seu formulador puder mantê-la quaisquer que sejam as características sociais que os seus interlocutores recém-chegados puderem apresentar. O efeito do requisito de legitimidade é, portanto, pôr em movimento um processo de generalização (BOLTANSKI; THÉVENOT, 1999, p.10).

Boltanski e Thévenot (1999) ressaltam que para compreender as reivindicações dos atores, deve-se reconhecê-los com a habilidade para diferenciar maneiras legítimas e ilegítimas de apresentar críticas e justificações. Por isso, a sociologia deve-se abster, se não temporariamente, de sua criticidade e procurar descrever os sentidos de justiça, mais precisamente, o senso de injustiça, utilizados pelos atores para facilitar a compreensão desse processo. Para os autores, o principal problema da sociologia crítica se refere à incapacidade de compreender as operações críticas direcionadas pelos atores sociais.

É a partir dessa análise que surgirão os modelos de competência utilizados pelos atores para enfrentar situações críticas comuns, sendo esse o objetivo de trabalho de Boltanski e Thévenot. Vale salientar, que esses modelos se distanciam da tarefa da filosofia moral, responsável por descobrir procedimentos e eixos normativos que conduzem à justiça, embora seja possível construir um modelo normativo de justiça a respeito do senso de justiça do ator (BOLTANSKI; THÉVENOT, 1999).

4.2 MODELO DE SENSO DE JUSTIÇA

A Sociologia Clássica, ao defender que a pluralidade de valores é um reflexo da pluralidade de grupos sociais, dificilmente não utilizará da ótica da dominação do poder ou da força para explicar o acordo entre pessoas de grupos diferentes. Já as teorias morais, dedicadas às análises das pré-condições de uma sociedade justa, se preocupam na busca de um método universal para dar suporte a uma convenção geral. Entretanto, essas teorias ao serem confrontadas com situações, características de uma sociedade complexa, podem ser reconhecidas como utópicas (BOLTANSKI; THÉVENOT, 1999).

Então, entre o universalismo formal e o pluralismo ilimitado, Boltanski e Thévenot (1999, p.11) propõem “o pluralismo limitado de princípios de equivalência possíveis de serem

usados para dar suporte a críticas e acordos”. Pretende-se, com essa estratégia, demonstrar que as pessoas, em situações de incerteza, fundamentam sua postura em uma grandeza legítima, se utilizando das coisas, dos objetos e dos dispositivos como forma de alcançar um acordo passível de finalizar disputas (BOLTANSKI; THÉVENOT, 1999).

É interessante destacar que não significa que todas as formas de comportamento estão justificadas em um único princípio de equivalência. Pois, nesse modelo

as diferentes formas de equivalência não são relacionadas a diferentes grupos – como o são na sociologia clássica – mas a diferentes situações. Segue-se que uma pessoa deve – a fim de agir de maneira normal – ser hábil em se deslocar, durante o espaço de um dia ou mesmo de uma hora, entre situações que pertencem a diferentes formas de equivalência. Os diferentes princípios de equivalência são formalmente incompatíveis entre si, desde que cada um deles seja reconhecido na situação na qual sua validade é estabelecida como universal (BOLTANSKI; THÉVENOT, 1999, p.11).

Para sistematizá-lo, Boltanski e Thévenot (1999) se apoiaram em três estratégias de coleta de dados: (1) dados empíricos recolhidos em pesquisas de campo acerca do processo de disputa, cujas informações possibilitaram entender que nessa situação as grandezas ou patamares de importância às pessoas ou objetos se tornam especialmente salientes; (2) um conjunto de textos clássicos oriundos do campo da filosofia política, cuja análise permite a identificação de princípios de equivalência utilizados para fundamentar o equilíbrio social e político, retratados nas reivindicações de justiça. Através disso, facilita o entendimento das competências necessárias no processo de justificação das ações ou críticas pelos atores; (3) algumas obras contemporâneas por servir de manuais ou ‘cartilhas’ do comportamento correto em empresas contemporâneas, possibilitando a identificação dos princípios de ordem desempenhados nas diferentes situações diárias. Esses documentos apresentam orientações de como organizar novas situações e enfrentar as atuais, além de possuir referências de objetos informais ausentes nos tratados filosóficos sobre política.

Vale salientar que, o estudo dos textos clássicos, caracterizados pela ênfase que depositam em uma humanidade comum, são analisados como gramáticas gerais do vínculo político, desviando-se da tradição filosófica, como também de seu contexto social ou histórico. (BOLTANSKI; THÉVENOT, 1999). Além disso, o fato do regime de justificação se apoiar em provas, caracterizados pelo conjunto de objetos pertinentes a cada ordem, reforça a questão dos argumentos serem confrontados com a realidade. E serão o resultado dessas provas que conferirá ao julgamento a sua força, tornando difícil de criticá-lo (BOLTANSKI, 2001).

De fato, o processo de justificação circunscreve em torno do que as pessoas entendem por ‘bem-comum’, contudo ao reconhecer a existência de sociedades complexas fica evidente que não há uma compreensão homogênea sobre isso. Nota-se que sua caracterização parte da

pluralidade de posicionamentos, preferências e pontos de vista. É em função disso, que a sistematização desse modelo, denominado modelo comum (modelo de cité), fundamenta a noção de bem comum a partir dos clássicos da filosofia política (MARTINS; AMARAL, 2009). A identificação e a modelação das cités apresentam cada princípio encontrado sob uma forma paradigmática em exemplificações contemporâneas (BOLTANSKI, 2001). Além do mais, esse modelo surge com a tentativa de explicar os requerimentos comuns diante das diferentes ordens de grandeza (BOLTANSKI; THÉVENOT, 1999).

Vandenbergue (2006, p.331) esclarece que o termo ‘cité’, ou seja, ‘cidades’ é utilizado por Boltanski e Thévenot como

[...] mediações simbólicas e axiológicas que permitem constituir a situação como um conjunto bem ordenado de interações vividas entre as pessoas e os objetos que os atores encontram em seu ambiente imediato.

Dessa forma, as cidades, caracterizadas pelo contexto de justificação, servirão como uma referência aos atores envolvidos em conflitos, discussões ou debates que, diante de situações de desacordos, evocam os vocabulários convencionais do interior da cidade para justificar suas ações (SOBOTTKA; SAAVEDRA, 2012). Ou seja, “transcendendo a situação, elas [cidades] oferecem então os padrões da justiça que permitem aos indivíduos definir a situação de disputa e agir em comum”, conseqüentemente equiparando a sua grandeza relativa (VANDENBERGUE, 2006, p. 334). Boltanski (2001, p.16) atribue, como objeto, as cités, “a possibilidade de esboçar uma ordem legítima que repousa sobre um princípio de justiça”. Em contrapartida, diverge das filosofias políticas que procuram estabelecer, habitualmente, a ordem social em apenas um princípio, pois compreende que em sociedades modernas complexas coexistem vários sistemas de justificação num espaço social. Ao contrário disso, se verifica uma situação utópica.

Sobottka e Saavedra (2012) acrescentam que, no processo de disputa, os atores envolvidos apoiam-se na ‘grandeza das pessoas’ com fins de sempre procurar diminuí-las ou engrandecê-las. Isso se estabelece porque “a distinção entre pessoas (os seres humanos em seus estados antes de qualquer forma de qualificação) e estados de pessoas (que se referem ao processo de qualificação) é crucial”. Uma vez que o momento crítico se caracteriza pela discordância acerca do estado de grandeza das pessoas – sua grandeza ou importância -, quando definitivos deve estar em desacordo com o princípio de humanidade (BOLTANSKI; THÉVENOT, 1999, p.13).

Para Boltanski e Thévenot (2006, p.189), as ordens de grandeza são categorias conceituais, relacionadas aos princípios de legitimação, necessários para justificar as ações dos

indivíduos envolvidos. Pode-se dizer que são os princípios de referência vinculados aos atores e atrizes no curso de suas ações. Os autores ressaltam que esses princípios não podem ser entendidos como ‘sistema de valores’ ou da noção de cultura, caracterizados como “valores interiorizados sob a forma de preceitos éticos ou de disposições” que o indivíduo obedeceria “em todas as circunstâncias da vida”. Em contrapartida, os princípios correspondentes às ordens de grandeza das *cités* orientam as pessoas em situações circunstanciais.

As ordens de grandeza identificadas e formalizadas dos clássicos de filosofia política, também estão corporificadas nos dispositivos de objetos presentes nas situações cotidianas. Pode-se dizer que “estão encapsuladas no âmago de um grande número de instituições comuns e dispositivos sociais, como eleições, sindicatos, mídia, apresentações artísticas e cerimônias familiares” (BOLTANSKI; THÉVENOT, 1999, p.12).

Por fim, nesse modelo identificam-se “a noção de grandeza e bem comum”, que reunidas formam um “princípio superior comum”, assim sendo

[...] possível identificar desacordos nas situações de interação entre pessoas nos espaços sociais. Este é entendido como um princípio de coordenação da ação que caracteriza um determinado universo (um mundo ou *cité*) e serve como uma forma de qualificação e enaltecimento de seres ou objetos (MARTINS; AMARAL, 2009, p.106).

Além do mais, a origem desse modelo está relacionada com a tentativa de explicar os requerimentos comuns diante das diferentes ordens de grandeza, apresentando

no centro do modelo, de dois diferentes requisitos básicos – primeiro, um requisito de humanidade comum e, segundo, um requisito de ordem – produz uma tensão, uma vez que as pessoas são iguais quanto a seu pertencimento à humanidade, ao mesmo tempo em que são colocadas dentro de uma hierarquia, de acordo com um princípio de ordem específico (BOLTANSKI; THÉVENOT, 1999, p.13).

Vandenbergue (2006) entende que os requisitos básicos, como a exigência da comum humanidade, significa que nenhuma pessoa não pode ser excluída de uma cidade; como também, o fato de cada pessoa poder aceder a todas as cidades, representando uma exigência cosmopolita. Além disso, esclarece que a exigência de ordem representa a possibilidade de cada membro da cidade ser ordenado conforme princípio de grandeza, sendo qualificado de ‘grande’ ou de ‘pequeno’.

4.3 OS MUNDOS COMUNS

O modelo proposto por Boltanski e Thévenot (1999) é composto por seis mundos, de acordo com a figura 5, cujo embasamento supõe ser suficiente para descrever as justificações presentes na maioria das situações ordinárias. Evidentemente, esse número não é algo mágico,

por representar construções históricas. Por isso, enquanto alguns deles são cada vez menos capazes de fundamentar justificações, outros mundos estão emergindo. Para os autores, fica o questionamento se a grandeza ambiental ou a comunicacional não estariam surgindo neste momento.

Figura 5 - Ordens de grandeza dos mundos comuns

	<i>Inspirada</i>	<i>Doméstica</i>	<i>Cívica</i>	<i>da Opinião</i>	<i>Mercantil</i>	<i>Industrial</i>
Modo de avaliação (grandeza)	Graça, não-conformismo, criatividade	Estima, reputação	Interesse coletivo	Renome	Preço	Produtividade, eficiência
Formato da informação pertinente	Emocional	Oral, exemplar, anedótico	Formal, oficial	Semiótico	Monetário	Mensurável: critérios, estatísticas
Relação elementar	Paixão	Confiança	Solidariedade	Reconhecimento	Troca	Vínculo funcional
Qualificação humana	Criatividade, ingenuidade	Autoridade	Igualdade	Celebridade	Desejo, poder aquisitivo	Competência profissional, perícia

Fonte: Boltanski; Thévenot (1999, p.15-16).

Martins e Amaral (2009) comentam que os universos ou mundos são entendidos como quadros de referência, apontando tipos específicos de forma de coordenação ou orientação da ação relacionada a determinada ordens de grandeza. Sinteticamente, detalha que existem as

ordens de grandeza fundamentadas em relações interpessoais cujos princípios têm como referência a tradição (ordem doméstica), na busca pelo reconhecimento dos outros, no renome e no julgamento das pessoas (mundo da opinião), na inspiração e na criatividade do gênio criador e na inovação (mundo da inspiração), nas noções de equidade, vontade geral, interesse da coletividade e nos princípios da cidadania (ordem cívica), nos interesses mercantis baseados na livre concorrência e na obtenção do lucro (ordem mercantil) e na eficácia da produtividade orientada pela racionalidade (ordem industrial) (MARTINS; AMARAL, 2009, p.105).

Vandenbergue (2006) enfatiza que o fato dos mundos comuns serem sistematizados a partir de textos clássicos do campo da filosofia política, não implica que Boltanski e Thévenot queiram sugerir que os atores leram esses livros. Pois, seus argumentos demonstram que os atores dispõem, por metafísica infusa, de um conhecimento tácito dos conteúdos expressos nas ordem de grandeza para assentar um acordo ou sustentar um litígio.

4.3.1 O MUNDO DA INSPIRAÇÃO

A sistematização deste mundo é pautada na obra *A cidade de Deus*, de Santo Agostinho, cujo tratado apresenta que a grandeza se torna toda possível a partir da relação imediata com uma fonte externa.

Esta grandeza repousa na obtenção de um estado de graça e é, portanto, completamente independente do reconhecimento por outros. Ela surge, particularmente, no corpo físico quando preparado pelo ascetismo, e especialmente através das emoções. Suas expressões são diversas e multiformes: santidade, criatividade, sensibilidade artística, imaginação, etc. A referência a este mundo é feita, não obstante, a cada vez que as pessoas alcançam a grandeza sem incomodar-se com as opiniões dos outros (BOLTANSKI; THÉVENOT, 1999, p.16).

Os objetos do mundo inspirado se baseiam no guia prático, *La créativité en pratique*, dedicado ao desenvolvimento da criatividade dos executivos. É possível extrair desse documento pessoas, objetos, qualidades e modos típicos de travar relações. Seus seres pertinentes são, por exemplo, espíritos, loucos, artistas, crianças; sendo-os conceituados e grandes quando são peculiares, extraordinários, emocionantes. Seu modo típico de agir é sonhar, imaginar, rebelar-se, ou ter experiências estimulantes (BOLTANSKI; THÉVENOT, 1999).

Dequech (2008) pontua, com base Boltanski e Trévenot, que um bom exemplo desse mundo seria um dom inato, considerando-o de origem divina. Com também, reconhece que as pessoas e objetos mais valorizados nesse mundo, são aqueles reconhecidos pela inspiração, criatividade ou originalidade.

4.3.2 O MUNDO DOMÉSTICO

Este mundo foi construído a partir de um comentário na obra de Bossuet, intitulada *La politique tirée des propres paroles de l'Écriture sainte*, que tem na figura do rei a representatividade do maior ser, sendo comoporável a um pai que se sacrifica por seus subordinados (BOLTANSKI; THÉVENOT, 1999).

A grandeza das pessoas depende de uma hierarquia de confiança baseada em uma cadeia de dependências pessoais. O elo político entre os seres é visto como uma generalização do parentesco e é baseado nas relações face-a-face e no respeito à tradição. A pessoa não pode, neste mundo, deixar de pertencer a um grupo, uma família, uma linhagem, uma posição. Neste modelo se deve, para avaliar a grandeza de alguém, conhecer seu lugar na rede de dependências da qual esta pessoa retira sua própria autoridade (BOLTANSKI; THÉVENOT, 1999, p.17).

A descrição dos objetos do mundo doméstico se baseia no guia prático, intitulado *Savoir vivre et promotion*, que ensina boas maneiras e relações humanas dentro da empresa. Esse manual é destinado a trabalhadores expostos à mobilidade social e promovidos a posições de maior responsabilidade. Como por exemplo, os chefes, patrões, ou mesmo parentes são considerados importantes e conceituados (BOLTANSKI; THÉVENOT, 1999). Nesse mundo, “o ‘grande’ é o mais velho, o antepassado, o pai, aquele a quem se deve respeito e fidelidade e quem concede proteção e apoio” (BOLTANSKI, 2001, p.16).

Dentre as qualidades, destacam-se as que lhes fazem distintas, francas, leais e de caráter. Já os objetos típicos são, por exemplo, os cartões de visita, os presentes, as heranças, as casas, os títulos. Dentre as maneiras apropriadas de estabelecer relações, verifica-se o ato de recomendar alguém, a geração de descendentes, a educação, a reprodução ou a apresentação de um convite (BOLTANSKI; THÉVENOT, 1999).

4.3.3 O MUNDO DA OPINIÃO

O mundo da opinião foi fundamentado a partir do livro de *Leviatã*, de Hobbes, especificamente no capítulo dedicado à honra, cuja grandeza é unicamente produto da opinião das outras pessoas. Essa grandeza é medida a partir do número de indivíduos que concedem seu reconhecimento, ou seja, dependente de sinais de avaliação pública. Portanto, pode ser motivo de disputa ao constatar que independente da autoimagem que as pessoas fazem de si mesma, a realidade será o reconhecimento das outras pessoas (BOLTANSKI; THÉVENOT, 1999, 2006).

Além disso, utilizou-se do livro de treinamento em relações públicas, *Principes et techniques des relations publiques*, para detalhar as características desse mundo.

As pessoas pertencentes [...] são as bem conhecidas celebridades, as estrelas, os líderes de opinião, os jornalistas. Elas são conceituadas e grandes quando são famosas, reconhecidas, de sucesso, ou convincentes. Os objetos correntes [...] são as marcas, os emblemas, os transmissores e receptores de mensagens, os press releases e os booklets. O modo correto de travar relações é, então, influenciar, identificar-se com alguém, causar a simpatia de alguém ou falar sobre ele, ou bisbilhotar e disseminar rumores (BOLTANSKI; THÉVENOT, 1999, p.18).

4.3.4 O MUNDO CÍVICO

Segundo Boltanski e Thévenot (1999, p.18), o *Contrato social de Rousseau* é, provalmente, a obra que melhor explique este mundo, ao menos na literatura francesa. Assim como no mundo doméstico, o mundo cívico depende da autoridade de um soberano para se alcançar o bem-comum. Contudo, enquanto no mundo doméstico Bossuet apresenta-o acima

da luxúria egoísta dos indivíduos; no mundo cívico, Rousseau o tem como incorporé. Ou seja, um soberano “é formado pela convergência das vontades dos homens, que, na qualidade de cidadãos, abandonam seus interesses particulares e se conduzem exclusivamente na direção do bem-comum”.

No mundo cívico, as pessoas são pequenas se vistas como particulares, seguidoras dos ditames de uma vontade egoísta, e, ao contrário, relevantes e dignas se percebidas como membros da soberania incorpórea, que diz respeito exclusivamente ao interesse geral (BOLTANSKI; THÉVENOT, 1999, p.18).

Os demais aspectos referentes a esse mundo como os principais objetos, pessoas e dispositivos são norteados por dois guias de sindicato, *Pour élire ou désigner les délégués* (Como eleger ou nomear representantes) e *La section syndicale* (O setor sindical) (BOLTANSKI; THÉVENOT, 1999).

Neste mundo, as pessoas importantes são, portanto, federações, comunidades públicas, representantes ou responsáveis. Suas qualidades lhes conferem um caráter oficial ou estatutário. Os objetos pertinentes são tanto imateriais, tais como leis, códigos, processos, quanto materiais, como sedes de sindicatos ou urnas, por exemplo. As relações dignas são aquelas que envolvem ou mobilizam as pessoas para uma ação coletiva (BOLTANSKI; THÉVENOT, 1999, p.18).

Dequech (2008) problematiza que para estar inserido no mundo cívico, não necessariamente deva-se possuir um interesse geral pela humanidade como um todo, pode ser a comunidade, uma organização, etc. Para o autor, Boltanski e Thévenot deixa evidente que ao se referir ao mundo cívico (bem como outros mundos) coloca-o dentro de uma empresa. E sendo assim, o foco deste mundo se estabelece na intenção da ação, quando sua ação individual se justifica no coletivo, conforme afirma em: “actions are relevant when, as participants in a social movement, they take part in a collective action that gives meaning and justification to their own individual behavior” (BOLTANSKI; THÉVENOT, 2006, p.186).

4.3.5 O MUNDO MERCANTIL

A organização deste mundo se norteia pela obra *A Riqueza das Nações*, de Adam Smith, cuja argumentação apresenta o mercado enquanto um sistema político harmonioso. É através da mediação de bens escassos que o laço mercantil coordena a dinâmica dos desejos humanos, influenciando nos preços relativos à aquisição de uma mercadoria. Logo, o desejo compreensível pela riqueza proporciona a construção de uma ordem harmoniosa que transcende a confusão de interesses individuais (BOLTANSKI; THÉVENOT, 1999).

Este mundo não deve ser confundido com a esfera das relações econômicas, pois a mesma é coordenada por, pelo menos, duas formas de coordenação: o mercado e a ordem industrial (BOLTANSKI; THÉVENOT, 1999).

Para compreender as demais características desse mundo, utilizou-se do livro *What they don't teach you at Harvard Business School*, direcionado para ensinar a arte dos negócios. Além do mais, atribuíram o êxito dos negócios a uma experiência visivelmente desconectada da produção industrial (BOLTANSKI; THÉVENOT, 1999).

Em um mundo mercantil, as pessoas importantes são os compradores e os vendedores. Eles são grandes quando são ricos. Suas principais qualidades os apresentam como oportunistas em detectar e aproveitar as oportunidades do mercado, desvinculados de qualquer laço pessoal e emocionalmente sob controle. Eles se conectam um ao outro através de relações de competição (BOLTANSKI; THÉVENOT, 1999, p.19).

Sintetizando, o valor das coisas nesse mundo é medido através dos seus preços, enquanto as pessoas pelas suas riquezas (DEQUECH, 2008). O 'grande' "é aquele que enriquece apresentando mercadorias muito cobiçadas num mercado concorrencial, não desperdiçando ali as oportunidades (BOLTANSKI, 2001, p.17).

4.3.6 O MUNDO INDUSTRIAL

Foi através da obra de Saint-Simon, fundador da sociologia francesa, que a grandeza baseada na eficiência se estabelece enquanto princípio de equivalência neste mundo ligado à produção de bens industriais. Essa grandeza é sustentada a partir de como os dispositivos organizacionais orientam o planejamento e os investimentos para o futuro. Sua medição se estabelece através de uma escala de capacidades profissionais (BOLTANSKI; THÉVENOT, 1999).

A descrição dos objetos deste mundo se baseia em um guia de produtividade, denominado *Productivité et conditions de travail*. Neste mundo,

[...] os grandes são os especialistas. As palavras usadas para descrever suas qualidades pessoais também podem ser utilizadas para qualificar coisas. Elas, pessoas e coisas, são estimadas quando são eficientes, produtivas, operacionais. Elas empregam ferramentas, métodos, critérios, projetos, valores, gráficos, etc. Suas relações podem ser tidas como harmoniosas quando organizadas, mensuráveis, funcionais, padronizadas (BOLTANSKI; THÉVENOT, 1999, p.20).

Sendo assim, os atores sociais que direcionam suas ações de acordo com os princípios, por exemplo, da produtividade, da eficácia, da previsibilidade, fundados na técnica e na ciência, enaltecem a ordem de grandeza industrial como bem comum dessa cité (MARTINS; AMARAL, 2009).

4.4 AS CRÍTICAS E OS COMPROMISSOS

A partir da sistematização dos mundos, revelados através de suas respectivas grandezas, possibilita-se identificar e compreender as críticas inseridas no processo de justificação. Para Boltanski e Thévenot (2006), apoiado na teoria das operações críticas, é necessário se deter na análise dos momentos de ruptura da ordem, pois, conforme Martins e Amaral (2009), tanto a análise dos desacordos como das críticas são relevantes como estudo de acordos ou do equilíbrio no tocante à ação social.

Segundo Boltanski e Thévenot (1999), ao intercruzar os seis mundos é possível construir uma matriz da qual parte as legítimas críticas mais frequentes da sociedade. Como também, a partir de sua análise é possível verificar quais os elementos são os mais solicitados na dinâmica da justificação.

As críticas podem ter sua origem interna a um mundo ou mais radical quando se norteia pela exterioridade. O primeiro aspecto da crítica se caracteriza por constatar falhas ou defeitos ao proposto pelo mundo, como também quando seres são requalificados ou descobertos como pertinentes a sua caracterização. Já o segundo aspecto, concernente a maior parte das críticas costumeiras, a avaliação crítica surge de fora, associando dois (ou mais) dos diferentes mundos. Essa predominância se justifica pelo fato de as pessoas, ao contrário das coisas, poderem existir em uma pluralidade de mundo o que lhe confere a possibilidade de sempre denunciar um situação quando a considerar injusta, mesmo que sua crítica seja frágil em relação aos requisitos necessários (BOLTANSKI; THÉVENOT, 1999).

A crítica baseada na exterioridade se reflete em objetivos mais ou menos radical, cujo aspecto possibilita distinções conceituais. A primeira vertente “consiste em denunciar uma prova de realidade concernente a determinado mundo, revelando a presença, dentro do próprio dispositivo de prova, de seres exógenos (ou intrusos), pertinentes a outro mundo”. Esse contexto é denominado de transporte de grandeza, sendo motivo para criticar a situação como injusta (BOLTANSKI; THÉVENOT, 1999, p.20). A segunda vertente é considerada mais radical por criticar o princípio de equivalência no qual a prova de realidade é baseada. Ou seja,

o objetivo da crítica é substituir a prova corrente por outra, pertinente a outro mundo. A disputa então não está mais direcionada aos rumos que a prova deve seguir a fim de ser justa, e sim à questão de saber que espécie de prova, concernente a que mundo, seria realmente cabível na situação (BOLTANSKI; THÉVENOT, 1999, p.21).

Boltanski e Thévenot (1999) esclarecem que quanto mais objetos referentes a diferentes mundos estiverem presentes em uma situação, a qual é denominada de impura e ambígua (*situations troubles*), mais fácil será de criticá-la. Por isso, ao retirar objetos de outros mundos

de determinadas situações, aumenta-se a dificuldade na contestação da prova e consequentemente na formatação de críticas.

Vale salientar que, ao se criticar o princípio de equivalência fundante da situação, a disputa se transforma numa competição entre duas diferentes provas de realidade. Para findar essa disputa, os atores envolvidos procuram por retornar a uma prova unitária ou assinalar um compromisso entre os dois mundos. Como compromisso, o estabelecimento de um acordo apresenta, intencionalmente, foco no bem-comum, refletindo na aceitação por manter os elementos de diferentes mundos, sem procurar entender o princípio que justifica o acordo (BOLTANSKI; THÉVENOT, 1999).

Entretanto, os compromissos são frágeis, por acreditar que o princípio da referência, caracterizado pela projeção do olhar do mundo para o outro, seja superior e suficiente para sustentar o compromisso de equivalência entre objetos de diferentes mundos. No entanto, na primeira oportunidade em que se questiona a consistência desse acordo, ele não se manterá. Por isso, para fortalecer esse compromisso é necessário concretizá-lo em objetos ou instituições elaboradas pelos elementos presentes nos mundos associados pelo compromisso (BOLTANSKI; THÉVENOT, 1999).

4.5 TÉRMINO DA DISPUTA

Além das possibilidades descritas para o término da disputa – a prova de realidade e o compromisso – existem outras atitudes que se afastam do domínio da justiça mas que devem ser pontuadas por superar o momento crítico e, consequentemente, retornar ao curso habitual da ação. Uma delas é reconhecer que, frequentemente, as pessoas desistem da disputa sem estabelecer um novo acordo, seja pela perda de interesse ou pelo perdão, colocando de lado a referência a uma equivalência (BOLTANSKI; THEVENOT, 1999).

No entanto, Boltanski e Thévenot (1999, p.23) trazem a reflexão que essas atitudes não se distanciam das ciências sociais, podendo ser produto para uma análise sociológica. E acrescentam que ausência de crítica “não é meramente negativo, muito menos o simples resultado de dominação e alienação”, pois,

frequentemente é “exigida das pessoas uma participação ativa e uma capacidade especial para não perceber ou, ao menos, não tornar manifesto aquilo que esteja funcionando mal. Sem esta capacidade, as relações humanas cotidianas seriam simplesmente impossíveis (BOLTANSKI; THÉVENOT, 1999, p.23).

4.6 O SURGIMENTO DE UM NOVO MODELO DE JUSTIFICAÇÃO: CITÉ POR PROJETOS

O livro *Le nouvel esprit du capitalisme* foi elaborado com a finalidade de compreender as mudanças globais que afetaram o capitalismo entre as décadas de 60 e 90, cuja sistematização se norteia pela comparação das principais obras de gestão, publicados em francês, característicos desse período. Boltanski (2001) realizou a análise do discurso dos 150 textos, aproximadamente, inseridos nesse livro, e constatou mudanças significativas na forma de justificação. Para o autor, a análise apresenta

[...] mudanças tão importantes que não podem apenas ser descritas como resultado da variação do peso relativo dos diferentes regimes de justificação ou de um novo arranjo dos principais compromissos que associam os diferentes regimes entre si (BOLTANSKI, 2001, p.19).

Portanto, evidencia-se o surgimento de um novo regime, de uma nova cité, denominada a cité por projetos. A literatura de gestão constitui um material adequado para descrever esse regime, pois apresenta uma dimensão ideológica retratada seja na preocupação por novas estratégias por lucro, como na maneira de se obter lucros compatíveis com uma exigência de justiça (BOLTANSKI, 2001).

No final dos anos 80 e nos anos 90, a literatura de gestão assume o papel de coordenar as mudanças ocorridas nas empresas, desde os anos 70, decorrentes da crise de legitimidade do capitalismo, característico do final dos anos 60 e início da década de 70. E, ao “fazer uma ampla utilização da metáfora da rede e ao importar vocabulários do paradigma reticular é que a literatura de gestão conseguirá finalmente atribuir um sentido - quer dizer um significado geral e uma orientação - ao mundo caótico” decorrente da crise (BOLTANSKI, 2001, p.20).

Segundo Boltanski (2001), ao analisar os textos de gestão fica evidente que os mesmos não apresentam apenas elementos dessa nova cité, evidenciando também, embora em graus muito diferente, outras lógica de ação, como as características da cité mercantil, industrial ou orientadas para a reputação. Por isso, utilizou-se do método de ideal-tipo, com fins de extrair apenas as singularidades dos textos, distanciando dos traços mais familiares e sempre presentes, como por exemplo, todos aqueles que remetem para uma lógica industrial.

A denominação estabelecida para essa cité se fundamenta em um termo comumente utilizado na literatura de gestão: organização por projetos. Em primeira análise, essa especificidade se associa à dinâmica de uma empresa, por apresentar uma multiplicidade de projetos com o papel de associar várias pessoas, aos quais podem participar, inclusive, de outro

projeto; sendo sistematizado a partir das prioridades e necessidades, cuja execução remete a um início e um fim (BOLTANSKI, 2001).

Por analogia, pode-se

falar de uma estrutura social por projetos ou de uma organização geral da sociedade por projetos. A cité por projetos apresenta-se assim como um sistema de constrangimentos que pesa num mundo em rede (um mundo de conexões) incitando em só criar ligações e em estender ramificações que respeitem as máximas de ação justificável referentes aos próprios projetos (BOLTANSKI, 2001, p.20).

Em função da proximidade dessa cité ao termo redes, Boltanski (2001) antecipa a justificativa por não inseri-la como suporte desse novo regime. Para o autor, ao ter que se estabelecer uma justiça equilibrada em sua organização, implicaria em restrições na participação dos seres humano, devido à orientação pela equidade na distribuição das grandezas. Como no mundo de redes não é possível qualquer fechamento, dificulta-se o estabelecimento de uma justiça equilibrada. Além disso,

[...] a própria noção de bem comum é problemática porque, a elevada indeterminação de pertencer ou não à rede, faz com que não se saiba entre quem possa ser partilhado em comum um bem e também, por isso mesmo, entre quem possa ser estabelecido uma justiça equilibrada (BOLTANSKI, 2001, p.21).

Enfim, essa cité compreende a noção de ‘projeto’ como

[...] uma formação de compromissos entre exigências que se apresentam à priori como antagonistas: as que resultam da representação em rede e as que são inerentes ao desígnio de proporcionar uma constituição que lhes permita fazer julgamentos e regenerar ordens justificadas (BOLTANSKI, 2001, p.21).

É nesse processo que se estabelece o papel do mediador, tendo na mediação “uma grandeza específica do qual qualquer ator se pode valer quando se põe em relação; estabelece laços; e contribui por seu intermédio para tecer as redes”. Logo, a cité por projetos apesar de colocar a rede em constrangimento por submeter a uma forma de justiça, garante a valorização das qualidades do inventor da rede, aspecto que as demais cités não teriam habilidade para fazer (BOLTANSKI, 2001, p.21).

Boltanski (2001) esclarece que, apesar de se estar propondo uma nova cité, não se quer dizer que o estabelecimento das redes seria uma novidade radial. Esse autor ainda defende que essa novidade é digna de atenção, pelo fato da atividade de mediador da arte de tecer e de utilizar os mais variados e longínquos laços, se encontra autonomizada, identificada e valorizada por ela própria, como também separadas de outras formas de atividades que até o momento a encobriam.

4.6.1 CARACTERÍSTICAS DA CITÉ POR PROJETO

O equivalente geral desta cité, relativamente a qual se mede a grandeza das pessoas e das coisas, é a ‘atividade’. Vale salientar, que ela está acima das oposições do trabalho e do não trabalho, do interesse e da benevolência, como por exemplo, escapando inclusive a toda e qualquer avaliação contabilística (BOLTANSKI, 2001).

De fato, a finalidade da ‘atividade’ é gerar projetos ou integrar-se em projetos iniciados por outros, pois se manifesta na multiplicidade de projetos de todas as ordens. Sua finalidade, por excelência, “consiste em inserir-se nas redes e explorá-las, para romper seu isolamento e possibilitar encontros com pessoas ou estar próximo de coisas de modo a produzir um projeto” (BOLTANSKI, 2001, p.22).

Contudo, todo projeto apresenta um tempo de vida limitado, sendo portanto um dispositivo transitório. Apesar de um fim inevitável e desejável, isso não afetará o entusiasmo, pois é justamente por essas qualidades que se ajusta a um mundo em rede. O importante é nunca faltar projetos, ou seja ideias, pois a sucessão de projetos, multiplica as conexões e prolifera as ligações, proporcionando a extensão das redes (BOLTANSKI, 2001).

Outra característica se refere ao fato de que num mundo conexonista,

[...] os seres têm como preocupação natural o desejo de estar ligados uns aos outros, de entrar em ligações, de criar laços para não estarem isolados. Para terem êxito, devem confiar e dar confiança, devem saber comunicar e também de ser capazes de se ajustar aos outros e às situações de acordo com o que estas exigem àqueles, sem serem travados pela timidez, a rigidez ou a desconfiança (BOLTANSKI, 2001, p.23).

Além do mais, o ‘grande’ dessa cité é adaptar-se com facilidade e ser flexível, sendo capaz de mudar de atividade ou ferramenta. Portanto, por ser polivalente é capaz de inserir em novos projetos, na expectativa por novos contatos com fins de engrandecê-lo. Suas atribuições não se reduzem ao seu currículo. É capaz de estimular os demais atores, pois transmite confiança e entusiasmo. Não se dirige de forma autoritária como chefe hierárquico, mas se propõe a escutar os outros, de forma tolerante e atento às diferenças. A partir da redistribuição das conexões, referente ao conhecimento desenvolvido ao explorar as suas redes, com sua equipe, concomitantemente, a confiança nele aumenta. Contudo, essas qualidades não são suficientes para definir o estado de grande, pois podem ser acionadas de forma oportunista. Por isso, o grande nessa cité, coloca suas qualidades a serviço de um bem-comum (BOLTANSKI, 2001).

Logo, os seres exemplares dessa cité “são todos aqueles que tem papel ativo na expansão e na animação das redes e que agem como mediadores, como strategic brokers”. São

inovadores, tendo como principal qualidade a intuição e o faro como chefes de projeto, diferentemente de seu antigo papel como calculador e planejador. O repertório dos objetos é composto por novas tecnologias, em função de ter como principal operação o estabelecimento de conexões (BOLTANSKI, 2001, p.23).

Em contrapartida, o ‘pequeno’ representa:

aquele que não sabe comprometer-se, porque não sabe dar confiança, ou ainda aquele que não sabe comunicar porque é fechado, porque tem ideias paradas ou é autoritário e intolerante. A rigidez, que é o contrário da flexibilidade, constitui neste mundo, o principal defeito[...]. O <<pequeno>> não explora as redes. Por isso, está ameaçado de exclusão, isto é, num universo reticular, de morte social (BOLTANSKI, 2001, p.24).

A relação entre os ‘grandes’ e os ‘pequenos’ é justa quando o ‘pequeno’ ao demonstrar confiança e empenho nos projetos, recebe em contrapartida do ‘grande’ a sua inserção em futuros projetos como forma de reconhecimento (BOLTANSKI, 2001).

Todavia, Boltanski (2001) esclarece que o investimento necessário para assumir o estado de ‘grande’ pressupõe sacrifício de tudo o que pode constituir um entrave à disponibilidade. Consequentemente, devido ao fato de ser móvel e ligeiro, é característico a renúncia por projetos que dure toda a vida, como profissão, casamento, etc.; devido à estabilidade; como também; das suas próprias paixões e valores. Nesse mundo, o valor ao qual está ligado é a tolerância relativamente a todos os valores.

Por fim, a forma natural deste mundo é a rede, independentemente do conhecimento dos atores, sendo impositivo a todos os seres, sejam humanos ou não-humanos (BOLTANSKI, 2001).

5 OBJETIVOS DA PESQUISA

5.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) desde a entrada de sua revisão na agenda política, em 2013, até sua aprovação, em 2014.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Analisar o contexto no qual a PNPS está inserida, considerando os aspectos macro (econômico, político e social) e micro (política setorial, finanças setoriais, problemas de saúde) e sua influência no processo de revisão;
- b) Identificar os principais atores envolvidos no processo de revisão da PNPS, refletindo sobre suas posições, conflitos e/ou interesses;
- c) Analisar a inserção da revisão da PNPS na agenda política, refletindo sobre os motivos em torno de sua decisão;
- d) Analisar o processo de formulação metodológica da revisão da PNPS;
- e) Analisar os acordos e desacordos estabelecidos durante o processo de sistematização da revisão da PNPS, a partir da teoria da justificação;
- f) Analisar o conteúdo da PNPS revisada, comparando-a à sua versão anterior, a partir dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Promoção da Saúde.

6 CONTEXTUALIZAÇÃO METODOLÓGICA

Tarride (1998) destaca que a partir do momento em que uma pesquisa apresenta interdependência de componentes, ela se configura como um sistema complexo. Isso pode ser constatado a partir das elucidações teóricas sobre políticas públicas e Promoção da Saúde (PS) em que temas como Estado, sociedade, política, economia e saúde estão intrínsecos no processo de análise da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Portanto, reconhecer a complexidade inerente ao estudo deste objeto foi fundamental para se chegar a uma construção metodológica que facilitasse a compreensão e análise dessa política pública. Assim, os itens subsequentes irão descrever como essa pesquisa foi elaborada e sistematizada.

6.1 DESENHO DO ESTUDO

Partindo dos pressupostos teóricos estabelecidos para este projeto, adotou-se o enfoque qualitativo para direcionar a análise dos objetivos apresentados.

Minayo *et al.* (2008) comentam que a perspectiva qualitativa leva em conta a compreensão, a inteligibilidade dos fenômenos sociais e o significado e a intencionalidade que se lhe atribuem os atores. Deslauriers e Kérisit (2008, p.131) acrescentam que o objeto da pesquisa qualitativa é

ação interpretada, simultaneamente, pelo pesquisador e pelos sujeitos da pesquisa; de onde a importância da linguagem e das conceituações que devem dar conta tanto do objeto “vivido”, como do objeto “analisado”.

A estratégia dessa pesquisa é um estudo de caso, uma vez que visa investigar questões explanatórias (como e por que), como também por não existir controle sobre os acontecimentos e por pesquisar um objeto contemporâneo dentro de um contexto real (YIN, 2005). Lima (2004) parte da premissa de que é possível explicar um determinado fenômeno com a exploração intensa de uma única unidade de estudo.

Para assegurar que os dados qualitativos sejam capazes de produzir um conhecimento aprofundado, Minayo (2004) propõe que se utilize a *triangulação* como forma de multiplicar as tentativas de abordagens através de diferentes técnicas para assegurar uma compreensão do objeto a ser estudado. Segundo Minayo *et al.* (2008), propor essa estratégia de pesquisa reflete o reconhecimento do limite de modelos fechados. Por isso, esses autores reconhecem a triangulação enquanto uma estratégia de pesquisa, não como um método em si. Por fim, trata-se

de um estudo observacional e analítico, em que houve a participação do pesquisador no processo de revisão da PNPS, cujos dados foram coletados conforme norteado por esta pesquisa.

6.2 OBJETO DE ESTUDO E PERÍODO

O objeto de estudo desta pesquisa foi a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), sob a responsabilidade da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Sua análise baseou-se tanto na versão publicada pela portaria nº687, de 30 de Março de 2006, como pela versão revisada, publicada pela portaria nº2446, de 11 de novembro de 2014.

O recorte temporal para análise dessa política foi o período de 2006, caracterizado pela publicação da PNPS, até 2014 com a aprovação da ‘nova’ Política revisada. Vale salientar que, a análise do processo e atores foi a partir de 2013, devido ser o ano que ocorreu a tomada de decisão para a revisão da PNPS. Esse intervalo correspondeu aos governos dos presidentes Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2011) e Dilma Vana Rousseff (2011-2014).

6.3 SUJEITOS DA PESQUISA

A unidade de análise desta pesquisa foi formada por 16 sujeitos sociais que colaboraram com a materialização da revisão da PNPS no Brasil. Esse número está coerente com o entendimento de Kvale (1996), que considera que o número de entrevistas dependerá da quantidade de informação requerida na pesquisa, mas não ultrapassará o intervalo de 15+-10, ou seja, no mínimo cinco entrevistas e no máximo 25.

A identificação dos sujeitos da pesquisa, partiu das considerações de Minayo (2004), ao considerar como *informantes-chave* as pessoas que detêm os atributos que o pesquisador busca conhecer. Como também das observações de Sampaio e Araújo Jr. (2006), da necessidade de se considerar nessa identificação tanto as pessoas, quanto as instituições e/ou organizações que estabelecem/estabeleceram alguma relação (direta ou indireta) com a política em estudo. Ou seja, que apresentaram envolvimento em diversas fases do processo da política.

Para tanto, utilizou-se da observação do processo de revisão como da análise de documentos, além da indicação dos próprios sujeitos que foram entrevistados na identificação dos informantes-chave. Entre as características desses sujeitos, destacam-se o fato de serem teóricos/as e acadêmicos/as vinculados com a discussão da PS no âmbito nacional e internacional; gestores e técnicos comprometidos com a implementação da PNPS; membros da Comissão Intergestores Tripartite, considerado importante foro de pactuação de questões

relativas à aprovação da PNPS; e representantes do controle social, como o Conselho Nacional de Saúde, também responsável pela aprovação de uma política pública. O quadro abaixo, retrata a distribuição desses atores por organizações e instituições. Vale salientar que, no total, ultrapassou-se a quantidade de sujeitos desta pesquisa, tendo em vista que alguns deles participavam de outras organizações/instituições.

Quadro 1 – Distribuição dos sujeitos da pesquisa, de acordo com as instituições e organizações identificadas no processo de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)

Nº	Atores sociais
8	Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde (CGPNPS)
7	Secretária de Vigilância em Saúde/MS (Gestores/as e técnicos/as)
8	Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO)
1	Organização Pan-Americana (OPAS)
2	Conselho Nacional de Saúde (CNS)
1	Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)
1	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS)

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

Pires (2008) afirma que, enquanto nas pesquisas quantitativas se valorizam mais as regras técnicas de amostragem, nas pesquisas qualitativas se enfatizam mais os princípios de adequação, ou seja, as relações entre os sujeitos e o objeto.

Dessa maneira, a seleção seguiu os seguintes critérios: *diversificação externa ou contraste* que consiste na estratégia para obter exemplos de maior diversidade possível em relação ao tema pesquisado; a *acessibilidade dos informantes*, partindo do pressuposto da maioria deles terem suas responsabilidades, respeitando o seu interesse e possibilidade em colaborar; *saturação*, a partir de quando as entrevistas passam a não trazer informações suficientemente novas ou diferentes para justificar a ampliação do material empírico, determinando o momento do fim da coleta de dados (PIRES, 2008).

6.4 TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

O processo de coleta de dados se norteou pela triangulação de métodos mediante as técnicas da Análise Documental, da Observação e da Entrevista para a análise da PNPS, conforme os objetivos especificados no quadro abaixo.

Quadro 2 - Relação entre objetivos desta pesquisa e as técnicas de triangulação

Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Técnicas trianguladas
Analisar a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) desde a entrada de sua revisão na agenda política, em 2013, até sua aprovação, em 2014.	a) Analisar o CONTEXTO no qual a PNPS está inserida, considerando os aspectos macro (econômico, político e social) e micro (política setorial, finanças setoriais, problemas de saúde) e sua influência no processo de revisão;	Análise documental; Entrevista semiestruturada.
	b) Identificar os principais ATORES envolvidos no processo de revisão da PNPS, refletindo sobre suas posições, conflitos e/ou interesses;	Análise documental; Entrevista semiestruturada; Observação participante.
	c) Analisar a inserção da revisão da PNPS na agenda política, refletindo sobre os motivos em torno de sua decisão;	Análise documental; Entrevista semiestruturada.
	d) Analisar o PROCESSO de formulação metodológica da revisão da PNPS;	Análise documental; Entrevista semiestruturada; Observação participante.
	e) Analisar os acordos e desacordos estabelecidos durante o PROCESSO de sistematização da revisão da PNPS, a partir da teoria da justificação;	Análise documental; Entrevista semiestruturada; Observação participante.
	f) Analisar o CONTEÚDO da PNPS revisada comparando-a à sua versão anterior, a partir dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Promoção da Saúde;	Análise documental; Entrevista semiestruturada.

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

Vale salientar que a análise temática por categorias conceituais, foi direcionada a partir da triangulação das informações, sendo fortalecida pela integração argumentativa dessas categorias com o marco conceitual, com os ‘achados’ registrados no campo e com a subjetividade do pesquisador (PAILLÉ; MUCCHIELLI, 2003).

6.4.1 ANÁLISE DOCUMENTAL

Souza, Kantorski e Luis (2011, p.223) afirmam que “os documentos são registros escritos que proporcionam informações em prol da compreensão dos fatos e relações”. Portanto, a sua análise visa identificar, verificar e apreciar os documentos com uma finalidade específica. Em função disso, esses autores orientam a utilização de uma fonte paralela e simultânea de informação para complementar e contextualizar as informações oriundas do processo de análise documental.

Yin (2005) aponta a utilidade dos documentos na verificação de situações citadas numa entrevista. No entanto, Lima (2004) ressalta o fato desses documentos não terem sido produzidos com o propósito de servirem de fontes de dados, por isso podem se constituir num desafio na hora de contribuir para a fundamentação de discussões travadas ao longo da pesquisa. Para Bardin (2009), a utilização dessa técnica facilitará tanto a consulta dos documentos como a sua utilização na discussão teórica.

Outras vantagens referentes a essa técnica se relacionam ao baixo custo e à estabilidade das informações por serem ‘fontes fixas’ de dados, não alterando o ambiente ou os sujeitos (SOUZA; KANTORSKI; LUIS, 2011).

As fontes documentais podem ser classificadas em primária, secundária e terciária, conforme estabelece May (1998 *apud* LYRA, 2009).

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 secundária* 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 (LYRA, 2009, p.122, grifo nosso).

Dentre os principais documentos utilizados na presente tese, destacam-se as Atas do Conselho Nacional de Saúde (CNS), de 2006 a 2014, nas quais foram encontradas aproximadamente 80 atas relacionadas à PS ou PNPS (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014). Assim como também foram observadas três Atas da Comissão Tripartite e doze Atas do Comitê Gestor da PNPS, para o

período de 2013 a 2014, além de apresentação em formato de slides utilizados em algumas reuniões (COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE, 2014; COMITÊ GESTOR DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2010, 2013, 2014; MALTA, 2014).

Ademais, analisaram-se os documentos/relatórios/lista de presença do processo de revisão da PNPS, referente às oficinas regionais, às oficinas de sistematização, ao formSUS, ao delphis e ao seminário nacional de revisão da PNPS (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA, 2014; BRASIL *et al.*, 2014a; OFICINA DE REVISÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: TESTE DA METODOLOGIA, 2013; OFICINA REGIONAL NORTE DE REVISÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2014; OFICINA REGIONAL DE REVISÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE (NORDESTE), 2014; OFICINA DA REGIÃO NORDESTE DE REVISÃO DA POLITICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2014; OFICINA DA REGIÃO SUL DE REVISÃO DA POLITICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2014; OFICINA DE REVISÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE REALIZADA COM CONSELHEIROS DE SAÚDE, 2014; REUNIÃO DE SISTEMATIZAÇÃO DA REVISÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2014).

Pesquisou-se, na Folha de São Paulo, reportagens sobre PNPS para facilitar a compreensão do contexto ao qual está inserida. O recorte temporal foi de 2006 a 2014, mas não foi encontrada nenhuma citação à Política nesse período.

Por fim, utilizou-se de artigos encontrados em bibliotecas virtuais, como por exemplo, na Bireme e Scielo através das palavras-chave: promoção da saúde, análise de Política, política nacional de promoção da saúde as quais relacionavam-se aos objetivos desta pesquisa. A prioridade foi por publicações dos últimos dez anos. Entre dissertações e teses destacaram-se: Albuquerque (2011), Cruz (2010), Lyra (2009) e Araújo Jr. (2000).

A fase de análise documental se norteou por três etapas: (1) pré-análise; (2) análise do material; (3) tratamento dos resultados (BARDIN, 2009). Richardson (2011) comenta que, na primeira etapa, é realizada uma leitura superficial do material, escolhendo os documentos por exaustividade, representatividade, homogeneidade e adequação e assim foi feito. Depois se estabelece o processo de análise, no qual se codifica, categoriza e quantifica a informação. Assim, culminou-se com o tratamento aos resultados encontrados.

6.4.2 OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

A observação é uma técnica de coleta de dados que utiliza os sentidos na obtenção de determinados aspectos da realidade. Não consiste apenas em ver e ouvir, mas também em examinar fatos ou fenômenos que se deseja estudar (LAKATOS; MARCONI, 2001). Beaud e Weber (2007, p.99) acrescentam que, na observação, “é preciso [...] tornar familiar aquilo que é estranho e tornar estranho o que é familiar”.

A observação foi do tipo *participante*, tendo em vista que ocorreu a inserção do pesquisador durante a realização de eventos circunscritos ao processo da revisão da PNPS. Entre os quais na Oficina regional de revisão da PNPS da região nordeste, realizada nos dias 10 e 11 de abril de 2014, no Congresso da Rede Unida, na cidade de Fortaleza/CE; em duas Oficinas de Sistematização, destinadas à formulação da política revisada, ocorrida uma na Escola de Saúde Pública, Fortaleza (CE), nos dias 12 e 13 de Abril de 2014; e outra na Fiocruz, Brasília (DF), nos dias 05 e 06 de Maio de 2014. Por fim, no Seminário Nacional da Revisão da PNPS, ocorrido em Brasília, entre os dias 05 e 06 de Maio de 2014.

Para Queiroz *et al.* (2007, p.278), a observação participante é uma

[...] das técnicas muito utilizada pelos pesquisadores que adotam a abordagem qualitativa e consiste na inserção do pesquisador no interior do grupo observado, tornando-se parte dele, interagindo por longos períodos com os sujeitos, buscando partilhar o seu cotidiano para sentir o que significa estar naquela situação.

Os autores acrescentam que o pesquisador

[...] analisa a realidade social que o rodeia, tentando captar os conflitos e tensões existentes e identificar grupos sociais que têm em si a sensibilidade e motivação para as mudanças necessárias (QUEIROZ *et al.*, 2007, p.278).

Além disso, a observação participante foi de caráter sistemático, pois o observador sabia o que procurava e o que precisava ser destacado. Para isso, foi sistematizado um roteiro (APÊNDICE A), coerente com os objetivos desta pesquisa, no qual priorizou-se o entendimento do planejamento do processo de revisão, identificando-se as pressões em torno da entrada dessa pauta na agenda política. Ademais atentou-se às justificativas apresentadas para a realização desse processo.

Outro ponto observado foi a movimentação dos atores sociais na arena política, procurando compreender seu nível de participação e mobilização; seus interesses e alianças; suas preocupações; e seu poder de influência no processo de revisão. Por fim, observou-se também a maneira como os acordos e desacordos foram estabelecidos durante a formulação da Política revisada.

Lima (2004) destaca que as observações realizadas não atingirão credibilidade em função da quantidade, mas em função do nível de amplitude e aprofundamento atingido ao longo do processo de coleta de dados. Ele ressalta o fato de que quanto mais o plano da observação for flexível, mas pressupõe um tratamento qualitativo dos materiais reunidos.

Essa técnica de observação possui vantagens por permitir a evidência de dados não constantes no roteiro de entrevista, possibilitando o estudo de uma variedade de fenômenos (LAKATOS; MARCONI, 2001). Como também, pela possibilidade de se obter a informação na ocorrência espontânea do fato; mas há desvantagens, pois o observado tende a criar impressões favoráveis ou desfavoráveis no observador; a presença de fatores imprevistos pode interferir na tarefa do pesquisador e a duração dos acontecimentos pode ocorrer de forma variável, tornando-se difícil a coleta dos dados (LAKATOS; MARCONI, 2001; QUEIROZ *et al.*, 2007).

6.4.3 ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

De acordo com Flick (2004), a Entrevista Semiestruturada é considerada uma importante técnica de coleta de dados para pesquisa qualitativa pelo fato de ser mais provável que os pontos de vistas dos entrevistados sejam captados com mais fidedignidade em roteiros de entrevistas abertas e flexíveis do que através de estruturas de entrevistas padronizadas ou em questionários. Através desse método, existe uma tentativa de reconstrução da teoria subjetiva do sujeito, ou seja:

[...] refere-se ao fato de o entrevistado possuir uma reserva complexa de conhecimento sobre o tópico em estudo. Esse conhecimento inclui suposições que são explícitas e imediatas, as quais podem expressar espontaneamente ao responder a uma pergunta aberta, e que são complementadas por suposições implícitas (FLICK, 2004, p.95).

No planejamento do roteiro da entrevista (APÊNDICE B), foram abordadas perguntas condutoras com fins de compreender a revisão da Política, distribuídas na análise do *contexto*, cujos pontos-chave partiram de seus aspectos políticos, econômicos e sociais, como também da leitura do modelo de atenção à saúde e da priorização da PS na agenda política do Estado. Em relação ao *processo*, circunscreveu-se no entorno das justificativas e interesses pelo início da revisão em 2013, assim como no entendimento das metodologias utilizadas na realização do processo da revisão. Já nos *atores*, procurou-se identificar os atores participantes do processo; e por fim, o *conteúdo*, destinado a captar a compreensão sobre o produto elaborado, sejam aspectos positivos ou negativos. Além dessas especificações, os direcionamentos detalhados no tópico subsequente, sobre a análise de uma política de saúde, representaram a profundidade almejada

na condução das entrevistas semi-estruturadas. Esse roteiro foi elaborado de acordo com o que propõem Minayo *et al.* (2008), no que se refere a possibilitar maior ou menor espontaneidade aos depoimentos com o fim de explorar determinada temática, relato de experiência ou ponto de vista.

Para garantir a validade e a fidedignidade das informações recolhidas através do questionário, foram adotados quatro critérios, conforme explicita Flick (2004). O primeiro foi o *não-direcionamento*, obtido através da forma de elaboração das questões. O segundo critério utilizado foi o da *especificidade*, que significa que a entrevista deve ressaltar os pontos específicos do estudo a fim de que o sujeito não permaneça no âmbito de enunciados gerais. Tal critério visou assegurar que todos os aspectos e tópicos relevantes à questão da pesquisa fossem mencionados. A *profundidade e o contexto pessoal* revelados pelo entrevistado é um critério que garante que o sujeito exiba o máximo de comentários autorreveladores da visão subjetiva acerca do que se questiona, para que, dessa forma, não permaneça em respostas demasiadamente objetivas, como por exemplo, é importante ou não importante. Tais pontos foram aprofundados durante a aplicação do teste piloto.

Em resumo, Flick (2004) exige a utilização flexível do programa de entrevista, relatando o fato de o entrevistador abster-se, na medida do possível, de fazer avaliações precoces, devendo desempenhar um estilo não-diretivo de conversa.

O processo de aplicação da técnica entrevista iniciou-se no dia 15 de Maio de 2015, finalizando em 16 de Julho do mesmo ano, e foi feita com 16 entrevistados. Para isso, houve o deslocamento do entrevistador, autor desta tese, para a cidade de Brasília onde residia a maior quantidade de atores de interesse desta pesquisa. Conforme a disponibilidade dos entrevistados, agendou-se as entrevistas e parte delas foram realizadas nas sedes: do Conselho Nacional de Saúde (CNS); do Ministério da Saúde, especificamente na Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e Secretária de Atenção em Saúde (SAS); da Organização Panamericana de Saúde (OPAS); do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), bem como nos espaços da Universidade de Brasília (UNB). Além dessas, também se realizou uma entrevista na cidade de Recife, na Fundação Oswaldo Cruz – Pernambuco, por solicitação do entrevistado. Mesmo assim, devido às questões de distância e disponibilidade, foi necessária a utilização do programa Skype, para entrevistar outros quatro atores residentes em outros estados da federação.

Em todas essas situações a realização das entrevistas norteou-se das seguintes orientações: os entrevistados foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, posteriormente foi solicitada a permissão desses atores, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre

e Esclarecido (APÊNDICE C). As entrevistas foram gravadas por um gravador digital de áudio, em seguida, transcritas e analisadas.

6.5 ANÁLISE DOS DADOS

Segundo Deslauriers e Kérisit (2008), a etapa da análise está em primeiro plano em toda pesquisa, mas, principalmente, na pesquisa qualitativa. Isso porque é através dela que se encontra sentido para os dados coletados, estabelecendo relação com o problema da pesquisa que formulamos.

Assim, a padronização e a categorização dos conteúdos emergentes das entrevistas, da observação e dos documentos tratados foram norteadas pela Análise Qualitativa temática a partir de categorias conceituais (PAILLÈ; MUCCHIELLI, 2003). Flick (2004) a classifica como um procedimento clássico empregado para analisar material textual, sendo a utilização de categorias conceituais um aspecto essencial desse tipo de análise. Segundo Bardin (2009, p.42), esse tipo de tratamento de dados pode ser definido como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção destas mensagens.

A análise Temática, segundo Minayo (2004 *apud* MINAYO *et al.*, 2008), é uma das melhores opções de análise de conteúdo para pesquisas qualitativas na área de saúde. A noção de Tema está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto que pode ser representada por uma palavra, uma frase, um resumo. Consiste em descobrir os *núcleos de sentido* que compõem uma comunicação cuja presença signifique alguma coisa para o objetivo visado no estudo. Qualitativamente, a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamentos presentes no discurso do sujeito (BARDIN, 2009; MINAYO *et al.*, 2008).

Dessa maneira, a realização da análise de conteúdo desta pesquisa foi sistematizada em três fases distintas, embora complementares, conforme explicita Lima (2004):

- a) Pré-análise do material coletado: correspondeu ao momento em que as entrevistas foram transcritas, e posteriormente validadas pelo pesquisador; como também a organização no formato de relatório à observação do processo de revisão da PNPS; além da separação dos documentos considerados importantes para fundamentar o percurso da análise;

- b) A efetiva análise do material: foi realizado o processo de criação de rubricas aos núcleos de sentido identificados nos discursos dos entrevistados, na observação e nos documentos, partindo da coerência aos objetivos desta pesquisa. Posteriormente, ocorreram a aglutinação das rubricas em núcleos temáticos centrais, organizadas de acordo com categorias macro, pré-definidas, conforme aponta o item 6.5.1;
- c) Tratamento e interpretação dos materiais: a análise dos resultados reflete a etapa da categorização dos núcleos de sentido. Nessa etapa, ultrapassou-se o conteúdo manifesto pelas entrevistas, entre a gestão, os difusores da PS⁴ e o controle social; observação e documentos analisados e estabeleceu-se a integração argumentativa, aproximando-se do conhecimento latente evidenciado na coleta das informações. As categorias emergiram com o propósito de serem autoexplicativas em relação à temática abordada.

Vale salientar que todo o processo de análise dos dados se apoiou na sistematização proporcionada pelo software N'Vivo 9 por facilitar o processo de organização e construção das categorias temáticas.

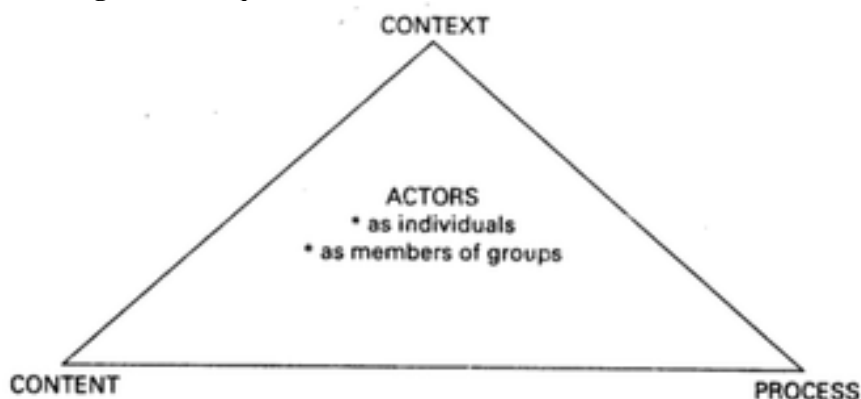
6.5.1 ANÁLISE DE POLÍTICA DE SAÚDE

A sistematização da análise dos dados se norteou, concomitantemente, com os direcionamentos teóricos para análise de uma política pública. Walt e Gilson (1994) propõem um modelo de análise de política, de simples sistematização, que, por sua vez, possibilita compreender as relações extremamente complexas inseridas no processo de construção e implementação de uma política. Seu modelo é representado por um triângulo, conforme ilustra a figura 6, cujas extremidades são ocupadas pelas seguintes categorias: contexto, processo e conteúdo. E no seu interior estariam os atores sociais, tencionando esses aspectos.

Como isso, as autoras retratam uma profunda interrelação entre esses componentes, ou seja, consideram que os atores influenciam e são influenciados pelo contexto no qual vivem e atuam. Como também, o contexto é acometido por aspectos processuais. E, conseqüentemente, o processo político é influenciado e determinado pelos atores envolvidos na política. Por fim, o conteúdo da política será o produto de todas essas interrelações e influências mútuas (WALT, GILSON, 1994).

⁴ Difusores de PS, “são profissionais que militam e/ou atuam na área da Promoção da Saúde no Brasil. A existência de um Grupo Temático de Promoção da Saúde na Associação Brasileira de Pós-Graduação em saúde Coletiva (ABRASCO) facilita a identificação desses difusores” (ALBUQUERQUE, 2011, p.15).

Figura 6 – Esquema referente ao modelo de Walt e Gilson



Fonte: Walt e Gilson (1994, p.354).

Portanto, a análise de determinada política de saúde, a partir da ótica apenas do seu conteúdo, é equivocada, pois se distanciaria da compreensão dos processos que esclarecem os porquês dos resultados esperados não terem sido alcançados (WALT, GILSON, 1994).

Com fins de facilitar a compreensão dessas categorias, Araújo Jr. e Maciel Filho (2001) definem ‘o quê’ e ‘como’ estudar cada uma delas, avançando na proposição de categorias pré-definidas. Com base nesse referencial teórico, a análise do contexto dividiu-se no *macro contexto*: representado pela *esfera política*, que englobam as políticas públicas, as ideologias, as influências internacionais e as mudanças políticas presentes no período do desenvolvimento da PNPS; a *esfera econômica*, representada pela política econômica e seus indicadores, como o produto interno bruto (PIB), a renda domiciliar per capita e o rendimento familiar per capita; e a *esfera social*, partindo do desenvolvimento humano e da qualidade de vida, analisando o índice de gini, o indicador de bem-estar social simples, a taxa de pobreza, a taxa de extrema pobreza e o índice de desenvolvimento humano (IDH). E no *microcontexto*: correspondente à *política setorial*, que se refere ao poder setorial, aos interesses e à política de saúde; *as finanças setoriais*, representada pelo orçamento e gastos setoriais do setor saúde, como os mecanismos e política de financiamento; e por fim, o *problema de saúde*, no que tange ao panorama sanitário e epidemiológico (ARAÚJO Jr., 2000).

A análise dos *atores sociais (institucionais)* se conduziu, primeiramente, pela sua identificação. Posteriormente, procurou-se compreender sua participação e mobilização na construção da PNPS revisada, como também seus interesses, alianças, preocupações, influências e a representação do seu poder.

Em relação ao *processo*, agregou-se a teoria do ciclo de políticas públicas e a teoria da justificação, no direcionamento de sua análise (BOLTANSKI; THÉVENOT, 1999). Para tanto, analisou-se a entrada da revisão da PNPS na agenda política do Estado; a tomada de decisão; a

formulação da política, especificamente a formulação metodológica condutora do processo, como a sistematização da política revisada, destacando o processo de construção dos acordos e desacordos, com base no modelo de justificação.

Do ponto de vista do *conteúdo*, a análise se direcionou à PNPS revisada, analisando o problema enfrentado pela Política, a sua estrutura, seus objetivos, diretrizes, estratégias e temas prioritários, comparando com sua versão anterior. Ademais, verificou-se sua factibilidade, as metas e a compreensão dos entrevistados.

A figura abaixo possibilita compreender como os itens descritos, anteriormente, dialogam na sistematização da análise da Política Nacional de Promoção da Saúde.

Figura 7 – Esquema explicativo do modelo operacional de análise de política desenvolvido para análise da Política Nacional de Promoção da Saúde



6.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/ Fundação Oswaldo Cruz, sob o parecer 822.162 (ANEXO A). Baseou-se de acordo com a resolução Nº 466/2012 preconizada pelo Conselho Nacional de Saúde para a pesquisa em seres humanos.

Dessa forma, os participantes foram esclarecidos sobre os propósitos desta pesquisa, com a garantia do anonimato e confidencialidade das informações prestadas, e lhes foram solicitados a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.

Para isso, foi utilizado o pseudônimo ‘entrevistado’ como estratégia para garantir o anonimato dos atores participantes das entrevistas, diferenciados por uma numeração aleatória. Além disso, o nome de atores citados nos discursos dos entrevistados foram substituídos pelo pseudônimo ‘ator citado’, especificando apenas a instituição da qual participavam.

As entrevistas foram utilizados, unicamente, para o alcance dos objetivos desta pesquisa e, depois de concluída a investigação, serão arquivados na referida instituição junto ao orientador desta pesquisa.

7 CONTEXTO

*“O homem não vê o universo a partir do universo.
O homem vê o universo desde um lugar.”
Milton Santos*

A célebre citação de Milton Santos (NAÇÕES UNIDAS *et al.*, 2013), epígrafe deste capítulo, ultrapassa o campo da geografia para reforçar a importância do lócus, ou seja, do contexto na compreensão de determinado objeto de estudo. Logo, quando se propõe analisar uma política pública, como a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), o contexto explicitado será o cenário brasileiro, contextualizado pela influência internacional. Sampaio e Araújo Jr. (2006, p.337) reforçam a importância desse aspecto ao comentarem que “a política surge como resposta ao contexto, interferindo e sendo reformulada pelo mesmo”. Por isso, explorar e compreender o contexto de uma política, através de sua análise, torna-se relevante:

[...] primeiro para o entendimento das complexas características de cada política, mas também para ser capaz de avaliar a política em termos e sua coerência: se tem uma boa chance ou não de impactar positivamente no contexto, e sua adequação, se a política é realmente necessária e suficiente em si para produzir o efeito desejado (ARAÚJO Jr., 2000, p. 47).

É nesse jogo de interferência mútua entre o contexto e a política, cuja sintonia interfere no seu processo de implementação, que se configurou o olhar sobre os aspectos políticos, econômicos e sociais. Isso possibilitou a reflexão sobre a indução ou limitação do contexto no avanço da compreensão da Promoção da Saúde (PS) no Brasil.

A organização deste capítulo segue a proposta de operacionalização para análise de política, incrementada por Araújo Jr. (2000), na qual ele propôs duas subdivisões para análise do contexto: o aspecto macro, circunscrito em torno da visão integral da sociedade, detalhando as esferas política, econômica e social; e o micro, relacionado às políticas e finanças setoriais, como também à situação do sistema de saúde.

7.1 MACRO CONTEXTO: ESFERA POLÍTICA

A variável política, analisada nesse eixo temático, se conduziu por reflexões em torno das políticas públicas, circunscritas por ideologias predominantes, e perpassadas por mudanças de governo. Ademais, abordou-se também a influência de modelos globais.

As categorias emergentes desse eixo, distribuídas nos seus subitens a seguir, demonstraram que, tanto o governo de Lula quanto o de Dilma Rousseff, foram reconhecidos pelo ‘fortalecimento das políticas públicas inclusivas’, nas quais observaram-se ‘o tema PS

surgindo como diretriz de políticas públicas’. Contudo, as ‘controvérsias entre a orientação vanguardista e a prática conservadora’ impossibilitaram romper com as iniquidades reproduzidas pelo sistema capitalista. Parte disso justificou-se na contradição ou reducionismo das práticas dos gestores apontados pelas categorias em torno da ideologia, pois enquanto existia o ‘reconhecimento da importância dos Determinantes Sociais em Saúde (DSS), no processo de saúde-doença’, predominava a ‘ótica comportamentalista conduzindo os interesses em torno da PS’, o que retratava desinteresse pela PS vinculada ao desenvolvimento social.

A mudança do governo de Lula para o de Dilma foi interpretada por ‘ênfase no planejamento intersetorial’, coerente ao pensamento ideológico conduzido pela importância dos DSS. Além disso, reconheceu-se a influência internacional, tanto no governo de Lula quanto de Dilma, sobre a agenda de saúde do Estado, ou seja, observou-se os ‘interesses internacionais pautando a PS no Brasil’. A seguir, detalhar-se-ão as categorias apresentadas, organizadas de acordo com os subitens, decorrentes do processo de análise.

7.1.1 POLÍTICAS PÚBLICAS

7.1.1.1 Categoria: Fortalecimento de políticas públicas inclusivas

Nos discursos da maioria dos entrevistados, destacaram-se o reconhecimento da força das políticas públicas, tanto no governo de Lula quanto de Dilma, na ampliação de estratégias inclusivas para parte da população, historicamente excluída. Essa postura se caracterizou no enfrentamento dos DSS, contextualizado pela criação da Comissão dos Determinantes Sociais em Saúde, demonstrando um período de onipotência do Estado brasileiro. Segundo os entrevistados, o resgate da cidadania apareceu como objetivo desses governos, pontuando como exemplo na política macro de Lula – o Programa Bolsa Família e o Fome Zero – e na de Dilma – o enfrentamento do crack, da violência contra a mulher e o desenvolvimento de estratégias para pessoas com deficiências. Ainda para alguns entrevistados, o que lhes chamou a atenção foi o entendimento de que as políticas macro articularam componentes da PS, entre as estratégias de governo, até mais que a própria PNPS.

[...] Eu acho que de 2006 a 2014, foi um tempo de vacas gordas, de otimismo, de política pública legitimada. [...] Então, eu acho que houve uma certa onipotência do Estado brasileiro e com isso vamos formular política. O estado tem um papel, o governo tem um papel e a formulação de política pública é o melhor caminho. [...] Eu acho que nesse interim a política de PS chegou. Entrevistado 07

[...] Houve uma mudança de cenário no Brasil, um contexto de fortalecimento de políticas públicas sociais. Isso foi o grande motivador para ela (PS) virar prioridade. Tanto antes como agora, nas duas revisões, porque enquanto se trabalhava fortalecendo o ministério de planejamento, vem o governo e cria uma priorização com foco na violência da juventude negra, como é que você vai fazer isso? Como é que a saúde entra? Entrevistado 14

Dentre as políticas públicas destacaram-se, nos discursos dos entrevistados, as políticas de promoção da equidade; o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), responsável por grandes investimentos públicos em infraestrutura; a política de interiorização do desenvolvimento com impacto positivo sobre a saúde, como por exemplo, a ampliação das universidades federais nos interiores do Brasil. Como também, o Programa Mais Médicos, importante para a implementação da Política Nacional de Atenção Básica, que destaca a importância da PS.

Além dessas políticas, apareceu também a PNPS acompanhada do reconhecimento da materialização de suas ações nas cidades brasileiras. Segundo a assessora técnica do CONASEMS, “a PNPS ganhou vida [...] e se materializou nos mais de 5.500 municípios existentes no Brasil” (BRASIL, 2015c, p.7).

7.1.1.2 Categoria: O tema PS surgindo como diretriz de políticas públicas

A relação entre as políticas públicas e a PS foi abordada nos discursos de alguns dos entrevistados, como por exemplo, ao pontuar a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN):

[...] A primeira política nacional que aplicou os princípios da PS foi a PNAN. [...] A nossa merenda escolar, trinta por cento tem que ser comprada do agricultor familiar para ter alimento fresco e gerar renda local. Então, não tenho dúvida que é uma das políticas que mais está induzindo o desenvolvimento social na perspectiva que a gente precisa avaliar. Entrevistado 08

Contudo, essa relação foi ampliada quando se observou, nas atas do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a quantidade de políticas, programas e pactos aprovados que apontavam seus propósitos, direto ou indiretamente, para a PS. Pôde-se listar em torno de quinze proposições de políticas públicas que estabeleceram essa relação, como por exemplo, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, a Política Nacional de Atenção Oncológica, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, a Política Nacional de Educação Popular, a Política de Combate ao Álcool e outras Drogas, a Política de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em

Saúde, o PAC, o Pacto pela Saúde, entre outras. Essa breve citação reforça o destaque conferido aos governos citados em relação ao fortalecimento de políticas públicas. A seguir, registra-se alguns fragmentos textuais, identificados nas atas do CNS, que corroboraram para essa análise:

[...] Ministro Interino da Saúde, José Agenor Álvares da Silva, que se manifestou nos seguintes termos: No “Pacto pela Vida”, nós definimos prioridades (PS) em função de lacunas em relação ao Sistema Único de Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2006a, p.21).

[...] Conselheira Raquel Rigotto sugeriu que a moção sinalizasse a necessidade de o Ministério da Saúde participar da discussão do PAC no sentido de que garantisse a PS e não trouxesse novos riscos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2007a, p.10).

[...] O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde 3) Incorporar, no processo de formação na área da saúde, a abordagem integral do processo saúde-doença e a PS (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2006b, p.17).

Ficou evidente o interesse do Estado brasileiro na priorização por políticas públicas, cujas proposições sinalizaram para o compromisso com demandas, historicamente excluídas, da agenda do Estado. O envolvimento da PS na fundamentação das políticas públicas possibilitou se reconhecer a importância dessa temática nesse contexto. Contudo, a categoria ‘ótica comportamentalista conduzindo os interesses em torno da PS’, a ser detalhada no próximo subitem como ideologia predominante, entre os gestores, permitiu inferir-se que a compreensão da PS foi reduzida ao estilo de vida, caso contrário se colocaria apenas como uma estratégia comunicacional.

7.1.1.3 Categoria: Controvérsias entre a orientação vanguardistas e a prática conservadora

No contraponto crítico em relação às conquistas reconhecidas pelas categorias anteriores, os entrevistados reconheceram retrocessos na política de saúde que comprometeram diretamente a universalidade do SUS. A mercantilização da saúde vinculada a uma agenda conservadora fez com que a luta pelo direito à saúde ainda fosse algo necessário.

Ademais, acrescentaram que a ausência de uma política de desenvolvimento, rural e urbana, que fosse capaz de romper com o modelo produtivo de desenvolvimento, não possibilitou resolver demandas estruturantes do Brasil. Déficits em estruturas públicas são exemplos pontuados por entrevistados, que reforçam a necessidade de mais investimentos em políticas de infraestruturas, como o PAC:

[...] Mesmo reconhecendo esses avanços, questões estruturantes não foram resolvidas. Aí olhando de novo o Brasil rural e o Brasil urbano, a questão agrária não foi resolvida e agravando-se mais ainda as questões urbanas, à medida que não faz reforma agrária, você também fica com pendências das questões urbanas gritantes. Os problemas não são transferidos, continuam no campo e na cidade. Entrevistado 01

[...] As pessoas estão botando fé nessa conferência mundial de promoção da saúde, que vai acontecer em 2016. Achando que vai ser um momento de comemorar os 10 anos. E aí eu vou perguntar: o que a gente vai comemorar com esse contexto assustador que a gente tem da política de saúde? A falta de verbas; a dificuldade do acesso nos níveis diversos do serviço saúde; a questão da diferenciação entre o público e o privado; a priorização de planos de saúde privados em detrimento do SUS. Entrevistado 09

De acordo com Atas do CNS, a respeito do Programa Mais Médicos, a presidente do CNS⁵, à época, reforçou a necessidade de uma política de desenvolvimento:

[...] Está em pauta o modelo de desenvolvimento do país e é preciso olhar para o interior de forma diferente (a tendência é olhar para as médias cidades e as de grande porte). Além disso, ponderou que ainda há uma disputa entre o campo/cidade e urbano/rural e uma desigualdade porque os recursos destinados a políticas de proteção são concentrados nas cidades. Disse que a Confederação defende outro modelo de desenvolvimento sustentável de modo a alterar o modelo de atenção à saúde e o debate deve centrar-se na saúde, no campo da promoção (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2013b, p.18).

Essas argumentações demonstraram controvérsias entre a orientação vanguardista dos governos para esse período, em detrimento das práticas conservadoras tanto para o setor saúde, quanto para as políticas de desenvolvimento. Essa problemática em torno dos retrocessos para o setor saúde pode ser compreendida também pelo modelo de coalizões de defesa, proposto por Sabatier e Jenkins-Smith (VICENTE; CALMON, 2011).

Não se pretendeu utilizar desse modelo na análise de contexto, mas o mesmo possibilitou reconhecer que o contexto era influenciado por um conjunto de coalizões, capazes de influenciar os governos e, conseqüentemente suas políticas públicas. Ao se observar o subsistema, inerente ao objeto saúde, pôde-se destacar a presença de duas coalizões, a do ‘mercado’ e a ‘coletivista’ (GURGEL Jr., 2015).

A coalizão do ‘mercado’ composta pelas instituições e empresas que defendem a saúde como bem de mérito, ou seja, bem de consumo, parte da compreensão de saúde como ausência de doença. Além de reconhecerem a saúde suplementar como proposta de política de saúde. Entre as convicções compartilhadas por essa coalização, destacou-se a defesa pela privatização da saúde, coadunando com preceitos neoliberais em defesa do Estado mínimo. No contraponto, surgiu através do movimento de mobilização social, pós-ditadura, uma coalizão que pode ser denominada por ‘coletivista’. Sua essência se configurou no movimento da reforma sanitária brasileira, a qual defende a saúde como direito social, fundamentada na compreensão do Estado de Bem-estar social (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2008; GURGEL Jr., 2015; SANTOS, 2013).

⁵ Com 31 votos, a conselheira Maria do Socorro de Souza foi eleita presidente do Conselho Nacional de Saúde, para o triênio 2012/2015, durante a realização da 50ª reunião extraordinária do CNS (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012d).

No capítulo de Seguridade Social, da constituição de 88, constata-se a compreensão da saúde como direito e dever do Estado, representado na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Seus preceitos doutrinários e organizacionais apontavam para um sistema de cunho participativo e universal, sendo um avanço na pauta do Estado de bem-estar social para a sociedade brasileira (BRASIL, 1988; SANTOS, 2013). Os princípios e diretrizes contemplados na Constituição de 1988:

[...] apontam para o resgate da solidariedade e da responsabilidade social do Estado, para a prática de uma “equidade nivelada por cima” e com investimentos capazes de assegurar o acesso a todos os níveis de atenção (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2008, p.26).

No transcorrer desses 28 anos de implementação do SUS, percebe-se que a coalizão do ‘mercado’ conseguiu legitimar, no núcleo central da política de saúde, a ideia da saúde como bem de mérito. Isso se reforça diante do crescimento dos planos privados de saúde, juntamente com o crescente repasse de recursos públicos à rede privada (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2008; SANTOS, 2013).

Ademais, pode-se apontar o fato do governo desconsiderar a indicação constitucional de 30% do Orçamento da Seguridade Social para o SUS; desvio de mais da metade da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) aprovada para a saúde em 1996; “esperteza” e imposição federal na aprovação da Emenda Constitucional 29 em 2000, definindo os percentuais mínimos da União com base na variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB), e não sobre a arrecadação da receita corrente bruta (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2008). Portanto, sob o ângulo da real política pública de Estado, pode-se dizer que o SUS:

encontra-se contra hegemônico, ainda engatinhando, com exaustão em quase todas as frentes de luta pela implementação das suas diretrizes constitucionais. Seu maior feito, a inclusão social, processa-se sob a hegemonia do “modelo da oferta”, medicalizado, privatizado e “modernizado” pelo “gerencialismo” (SANTOS, 2013, p.278).

Não se pode dizer que a coalizão de ‘mercado’ é contra o SUS, contudo o que deve ser pontuado é qual o SUS que ela defende? E conforme suas ações, pôde-se dizer que sua defesa é por um SUS com cobertura ampliada, mas distante da ideia de seguridade social, de um Estado provedor de políticas de bem-estar social. Defende-se um SUS com fins de atender às suas necessidades, as quais são pontuadas por serem viáveis ao mercado.

Gastão, em entrevista à revista Radis, comentou que “a lei está a nosso favor, a prática não: é uma privatização branca, velada”. E acrescentou que precisa-se de gestores que sejam capazes de enfrentar os impasses vividos pelo SUS (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2008, p.30).

7.1.2 IDEOLOGIA

As categorias construídas no transcorrer deste tópico apontaram para as ideias que legitimam a prática do gestor e, conseqüentemente influenciaram a indução de prioridades pelo Estado. Além do mais, possibilitaram problematizar até que ponto as ideologias evidenciadas seriam capazes de favorecer a mudança no modelo de atenção em saúde pautado na perspectiva do desenvolvimento social, conforme reconhece a PS.

7.1.2.1 Categoria: *Ótica comportamentalista conduzindo os interesses em torno da PS*

A força argumentativa presente nos relatos dos entrevistados, tanto do controle social, dos difusores da PS quanto da gestão, apontaram como ideologia, presente na gestão, a perspectiva comportamentalista na compreensão da PS. Todavia, mesmo diante dessa associação à prevenção de agravos, reconheceram que seus interesses ainda eram pontuais com relação à indução desse tipo de projetos pelo executivo, dependendo da existência de recursos novos para as ações. Ademais registraram, através dessa ideologia, que se configuraria o propósito de mudança no modelo de atenção à saúde pautado na PS.

[...] É uma política que ainda tinha dificuldade de entendimento, em algumas instâncias do próprio Ministério, da própria concepção de PS, que às vezes era reduzidas por alguns gestores na perspectiva só da intervenção no fator de risco. Entrevistado 12

[...] Eu faço saúde, eu faço PS pelo estilo de vida, pelo comportamento, pelo hábito e pelo consumo: consuma academia, consuma verdura, consuma isso, consuma aquilo e a classe média vai sofisticando isso: não consuma glúten, não consuma lactose, não consuma! Entrevistado 16

Outro exemplo, que corrobora com essa categoria, foram os discursos de conselheiros nas Atas do CNS, que ao projetarem mudanças no modelo de atenção à saúde, intrinsicamente priorizaram intervenção nas doenças crônicas:

[...] É preciso evoluir para melhorar a PS e reestruturar o Sistema, com mudança do modelo de atenção. Defendeu, nessa lógica, a construção de redes assistenciais com foco nas doenças crônicas (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2010, p.12).

Para Marco Franco, assessor técnico de PS para o CONASEMS, esse contexto foi marcado pelo revigoração de posições comportamentalistas em torno da PS, induzindo programas de mudanças de comportamento individual, em torno de “não fume, não coma gorduras, faça exercícios. - Escute o que o Estado diz, ele sabe das coisas, comporte-se bem e viva mais”. Essa postura, segundo o autor, é bem norte americana, característica do Centers for Disease Control and Prevention (CDC)” (FRANCO, 2011, p.1).

Segundo os entrevistados, o desinteresse dos gestores perante a pauta da PS relacionada ao desenvolvimento social, justificou-se em parte pela falta de credibilidade na efetividade dessa compreensão, como também pelo contexto que clama por investimentos na assistência curativa. Como consequência, reconheceu-se a redução de recursos que possibilitariam legitimar a PS sob essa perspectiva. Houve o entendimento, por parte dos entrevistados, de que essa pauta representaria interesse secundário na agenda do gestor, o que justificaria a ausência de interesses nas mudanças no modelo de atenção à saúde sob essa ótica:

[...] Nenhum governo quis mudar efetivamente o modelo de atenção à saúde. [...] Então, como o governo atual não foi eleito pra fazer uma gestão socialista, mas coordenar o capitalismo, essa opção não se expressa na devida dimensão. É meio utópico querer que um país numa dimensão como o Brasil, com duzentos milhões de habitantes, com tantas desigualdades já faça essa opção radical por um outro modelo de atenção à saúde, mas a gente não desiste. Não pode desistir. Entrevistado 01

[...] No contexto geral dos oito últimos anos a gente estava vivendo a política econômica, sem pautar especificamente a PS. [...] A gente vê algumas evoluções na educação, na própria saúde pública, mas a lógica ainda não é de PS, a lógica ainda não é de trabalhar a autonomia, participação social, a governança na cidade. Ainda estamos bastante distante disso e isso tem haver, logicamente, com os interesses principalmente econômicos do país. Entrevistado 04

Em decorrência dessa compreensão em torno da PS, os entrevistados exemplificaram a decisão da Câmara dos Deputados em não considerar a Academia da Saúde como gasto em saúde, por entendê-la como uma ação de PS e, portanto, intersetorial. Essa decisão se estabeleceu como entrave na expansão dessa estratégia, pois limitava a iniciativa do gestor em induzir estratégias, além da assistência, em função da necessidade de justificá-las de acordo com a Lei 141:

[...] A gente tá com grande problema, um problema seríssimo. O programa Academia da Saúde, ele não foi considerado na Câmara dos Deputados gasto em Saúde. O motivo [...] em não ser um gasto em saúde é porque é uma ação de promoção da saúde. E por ser uma ação de promoção da saúde é intersetorial, não é um gasto de saúde. Você tá entendendo a complexidade do negócio? Daqui a pouco nenhuma ação de promoção da saúde vai ser gasto em saúde! [...] Então, isso dentro da Lei 141 vai gerar um grande prejuízo. Como é que a gente vai justificar que os prefeito e secretários em saúde coloquem ações de promoção da saúde, se depois não vai poder colocar dentro daquele percentual mínimo que ele tem que gastar dentro da saúde? Entrevistado 13

Outro aspecto, apontado pelos entrevistados, se refere às emendas parlamentares que, em função da decisão de desconectar o Programa Academia da Saúde com ação de PS, impossibilitam os deputados de aplicarem suas emendas em projetos dessa iniciativa:

[...] Antigamente, os Deputados podiam, dentro das emendas parlamentares, colocar verba específica para a construção da academia. Então, a gente tem academia em qualquer Município, que o Deputado quiser, tem! Quer dizer, tinha, porque agora ele não pode mais. Então, é uma deturpação de olhar muito grave! Entrevistado 13

Essa problematização pode ser reafirmada, durante a observação da oficina de Sistematização da Revisão da PNPS, no discurso de atores da gestão ao demonstrarem preocupação com o fato do Programa Academia da Saúde não entrar como gasto justificável para o setor saúde. Como também, diante da preocupação da lei 141 não estimular ações de PS.

7.1.2.2 Categoria: Importância dos DSS no processo saúde-doença

Ainda do ponto de vista ideológico, evidenciou-se, nos discursos dos entrevistados, o reconhecimento da importância dos DSS na compreensão do processo saúde-doença pelos gestores. Lembraram que foi no governo de Lula que se estabeleceu a Comissão Nacional sobre o DSS, a qual reconheceu a importância da associação da PS aos DSS no enfrentamento das desigualdades, além de estratégias para contrapor a fragmentação e o foco exclusivo na doença. Por isso, reconheceram que essa ideologia marcou a postura dos governos de Lula e Dilma no enfrentamento das desigualdades. E segundo alguns entrevistados, a força desse reconhecimento, no contexto federal, induziu gestores estaduais e municipais ao interesse por ações de PS no enfrentamento do DSS:

[...] Eu acho que foi um momento de muitas mudanças, especificamente, no Brasil [...] trouxe também uma nova forma de operar no governo, priorizando o enfrentamento às desigualdades, aos determinantes sociais. Uma ação mais integrada, uma ação mais articulada. Isso do ponto de vista da PS, da intervenção dos determinantes. Entrevistado 10

[...] Eu acho começou haver por meio dos gestores municipais, estaduais e profissionais de saúde uma percepção (para) além do cuidado com a doença, de prover atenção à saúde, ações de vigilância, de prevenção, ações assistenciais. O sistema de saúde pode desenvolver agendas próprias da área de saúde e liderar agendas multi setoriais que tenham impacto sobre determinantes sociais e façam com que a PS seja capaz de alterar os destinos, os desfechos, digamos assim, da saúde. Entrevistado 11

Durante o Seminário Nacional de Revisão da PNPS pôde-se reafirmar essas ponderações no discurso da Sub Secretária de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, ao se reconhecer que “a promoção vem para se contrapor à perspectiva da fragmentação e do foco na doença” (BRASIL, 2015c, p.9). O Conselheiro Luiz Odorico de Andrade, na condição de Secretário de Gestão Participativa/MS, de acordo com Atas do CNS, também reconheceu a importância dos DSS ao comentar que “falar de DSS significa verificar se as políticas públicas respondem às desigualdades da sociedade”. E acrescentou que “a Constituição Federal do Brasil/88 é a única constituição que contempla os determinantes e condicionantes da saúde” (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2011a, p.13).

O Vice-Presidente de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde/FIOCRUZ, Valcler Rangel Fernandes, também em reunião do CNS, salientou que:

[...] é preciso considerar os determinantes sociais como fatores essenciais para pensar a saúde, ou seja, a partir desses determinantes pensar em uma matriz analítica para o modelo de desenvolvimento que articule saúde/ambiente, considerando um conjunto de categorias a serem consideradas: determinantes sociais em saúde, território, intersetorialidade, inter e transdisciplinaridade, Redes, participação/movimentos sociais, gênero, etnia/raça/cultura, tecnologia/ inovação e educação permanente (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2013a, p.3).

Entretanto, mesmo reconhecendo essa compreensão dos gestores, outros entrevistados esclareceram que debates em torno, por exemplo, da agenda ‘Saúde em Todas as Políticas’ (SeTP) ainda é algo incipiente. E, parte disso, se justificou, de acordo com as entrevistas, pelas limitações do Ministério da Saúde no reconhecimento do seu papel no enfrentamento dessa questão que, mesmo ao reconhecer responsabilidades, reduz à abordagem da PS a interesses políticos:

[...] O movimento de discussão sobre saúde em todas as políticas, pautar isso com diferentes setores, ainda é muito incipiente no Brasil. Entrevistado 05

A leitura dessas categorias apontou uma contradição ideológica, entre o interesse pela ótica comportamentalista, de um lado, e o interesse pela pauta da PS associada aos DSS, por outro. Entretanto, as categorias possibilitaram perceber que o reconhecimento da importância dos DSS, principalmente no âmbito da saúde, predomina sobre a ação ao estilo de vida. Isso justifica a compreensão de que os gestores não apresentaram interesse sobre a PS pautada no desenvolvimento social. Contudo, deve-se registrar que, mesmo havendo a predominância da pauta relacionada ao estilo de vida, suas ações foram consideradas dependentes dos programas induzidos pelo Ministério da Saúde.

7.1.3 MUDANÇA POLÍTICA

No segundo governo de Luiz Inácio Lula da Silva, Dilma Rousseff foi mantida como ministra chefe da Casa Civil, responsável, também, por gerenciar e acompanhar o PAC. E, posteriormente, seria ela a candidata à sucessão presidencial pelo Partido dos Trabalhadores.

As eleições de 2010 contaram com nove candidatos à Presidência da República. No Segundo turno, concorreram os candidatos José Serra e Dilma Vana Rousseff, sendo esta a eleita com mais de 55 milhões de votos (BRASIL, 2015b). Essa mudança política será tratada nesse subitem, como forma de compreender a principal característica no em torno dessa transição política.

7.1.3.1 Categoria: Ênfase no planejamento intersetorial

As mudanças políticas ocorridas, do governo Lula para o de Dilma, foram registradas, principalmente, pelos entrevistados vinculados à gestão. Segundo eles, a premissa em torno de um governo democrático e participativo foi fortalecido, possuindo maior destaque no planejamento intersetorial. A permanência do mesmo partido favoreceu a continuidade de projetos iniciados no governo anterior, com uma maior integração entre os setores. Ressaltaram que o monitoramento das marcas do governo e programas estratégicos pela Casa civil representaram um diferencial importante na integração dos setores em torno de planos intersetoriais, quando comparados ao governo Lula:

[...] uma grande diferença do governo Dilma para o governo Lula (se refere) ao monitoramento das marcas de governo e programas estratégicos. (Por exemplo,) o programa Mulher Viver Sem Violência é monitorado pela Casa Civil. Então, lá está Secretaria de Violência contra as Mulheres, a Caixa Econômica Federal, com toda a questão da geração de renda e emprego para essas mulheres que sofre violência, o Ministério da Justiça, com a questão da responsabilização da vítima, o IML, a Saúde. (Enfim, tudo em torno de) [...] metas: “Você fez isso? não fez! Se não fez, porque?” [...] E se não fez, vamos fazer, vamos correr atrás. Até isso que estão fazendo, estão articulando promoção da saúde. Entrevistado 12

[...] A Dilma ela é bem gerencial, senti essa diferença. É tão engraçado que ela era tão presente, nos primeiros anos, do primeiro governo, que a gente tinha a impressão que ela iria entrar porta a dentro pra pedir, pessoalmente, a meta que ela estava cobrando. Então, o planejamento tomou muita força. Entrevistado 15

O reconhecimento da intersetorialidade na qualidade de instrumento de gestão é algo positivo sobre a ótica do planejamento e da resolutividade de problemas. É uma das características inerentes ao discurso da Promoção da Saúde se refere à “mensagem de formação de ‘pontes’ de intersetorialidade” (FRANCO DE SÁ, 2008, p.35).

O estímulo a essa estratégia pela Casa civil demonstrou coerência com as suas competências, como por exemplo, “assistir direta e imediatamente o Presidente da República no desempenho de suas atribuições, especialmente: I) na coordenação e na integração das ações do Governo” (BRASIL, 2011, p.1).

De fato, a intersetorialidade é o mais amplo dos mecanismos de ação da gestão das políticas públicas, mas para ser efetivada necessita que o Estado se coloque “não como centralizador do seu caráter público, mas tendo compromisso com o interesse público e o bem comum” (HEIDMANN *et al.*, 2006, p.356; RODRIGUES, 2011). Apesar de haver o reconhecimento do caráter democrático e participativo, não se sabe até que ponto ocorre a participação da sociedade no processo de decisões e construções intersetoriais.

7.1.4 INFLUÊNCIA INTERNACIONAL

7.1.4.1 Categoria: Interesses internacionais pautando a PS no Brasil

A partir dos relatos dos entrevistados, constatou-se que foi forte a influência internacional, seja das agências, fundações e organização, sobre as prioridades da gestão federal em relação à PS. Como exemplo, os entrevistados apresentaram a demanda da violência como indução da fundação Bloomberg, Organização Pan-americana (OPAS) e Organização Mundial de Saúde (OMS); o enfrentamento das doenças crônicas pela Estratégia global, convenção-quadro do tabaco, acordo de cooperação com o CDC, agenda da Organização das Nações Unidas (ONU); o Programa Vida no Trânsito, Road Safety, pautada pela agenda da ONU.

Além disso, constatou-se também, nos discursos dos entrevistados, a influência das Conferências Internacionais de PS na incorporação de seus conceitos pelo contexto brasileiro, assim como na indução da agenda de transformação social através do enfrentamento dos DSS. Vale salientar que, devido à inserção dos entrevistados serem no setor saúde, suas exemplificações concentraram-se nessa área na perspectiva federal:

[...] A reunião de Nova Iorque, de dois mil e dez ou dois mil e onze, também trouxe pra agenda da ONU a discussão das doenças crônicas degenerativas. Então, saiu da esfera sanitária para ir para esfera da governança global. Entrevistado 07

[...] Duas grandes interferências internacionais, a mais importante é a do CDC, que tem uma concepção, norte-americana, de Estado e de sociedade diferente da nossa. Importar este modelo norte-americano e às vezes até ter orgulho de que isso estava acontecendo. Eu participei de alguns fóruns de discussão, junto com o pessoal do ministério da saúde, (diziam): “tem um pessoal do CDC trabalhando com a gente e essa é uma orientação deles”, diziam isso com orgulho. Para mim, isso é uma questão (minimamente) questionável politicamente. Entrevistado 03

Todavia, no contraponto a essa influência, para alguns entrevistados, foi durante os governos de Lula e de Dilma que o Brasil passou a ser referenciado como modelo para outros países, especificamente no desenvolvimento de alguns programas de saúde e no enfrentamento da fome, ou seja, tornou-se indutor da agenda dos DSS:

[...] A discussão dos determinantes sociais, inclusive foi puxada pelo Brasil, mas o fato de existir uma conferência de determinantes sociais no Brasil mobilizou a agenda de estados e municípios, (demonstrando) que isso é importante, que determinantes e promoção andam juntos. Entrevistado 10

Segundo Howlett, Ramesh e Perl (2013), a pressão de financiadores, seja como espelho de suas ideologias, ou mesmo parceiros, influencia diretamente no êxito da implementação de políticas. Isso caracteriza o importante papel do contexto internacional sobre as opções de políticas econômicas e sociais. E essa incompatibilidade entre os interesses dos financiadores e

as necessidades da população preocupavam os entrevistados do controle social, por induzir ações desconectadas ao modelo de sociedade brasileira. Por outro lado, essa categoria expressa contradição com as demais, pois enquanto outras apontam para a ênfase nos DSS, que valoriza a governança sanitária, através do diagnóstico situacional, na priorização sobre os problemas, essa categoria demonstra a influência internacional na priorização das ações de governo.

7.2 MACRO CONTEXTO: ESFERA ECONÔMICA

Os dados macro econômicos apontam que o Brasil apresentou um considerável crescimento econômico e progressivo, durante os governos de Lula e Dilma, sendo conduzido por uma política de desenvolvimento econômico com inclusão social. Contudo, evidenciou-se uma ‘inclusão social limitada pela influência de interesses econômicos’. A seguir detalhar-se-á a construção dessa categoria.

7.2.1 POLÍTICA ECONÔMICA E SITUAÇÃO MACRO ECONÔMICA

7.2.1.1 Categoria: *Inclusão social limitada pela influência de interesses econômicos*

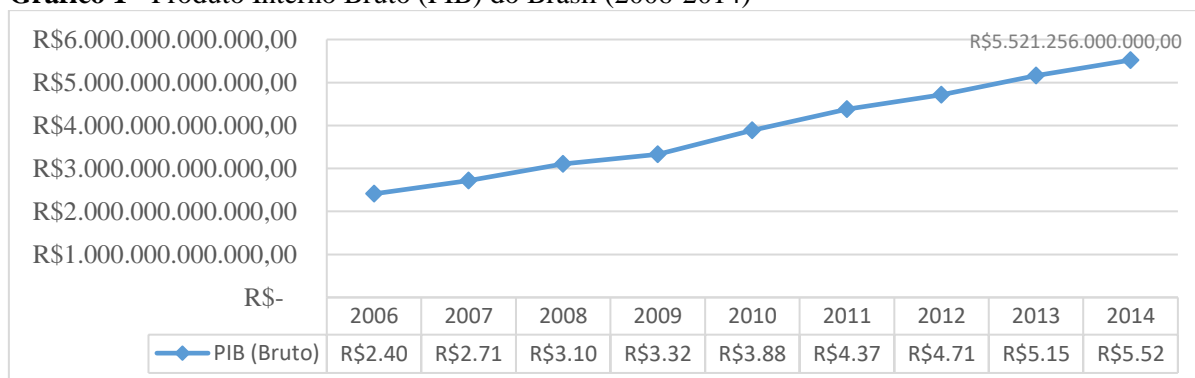
A força argumentativa dessa categoria está circunscrita em torno da onipotência do Estado no direcionamento da política econômica, conseguindo fomentar um crescimento econômico com inclusão social. Segundo os atores entrevistados, o período descrito foi de crescimento econômico, marcado por estratégias intervencionistas, principalmente durante o governo de Dilma Rousseff. Acrescentaram que os programas sociais, como por exemplo, o Programa Bolsa Família, dinamizou a economia local de muitos municípios brasileiros. Outro reflexo, relatado pelos entrevistados, foi o crescimento do empresariado na área de educação e saúde:

[...]Eu acho que o estado brasileiro, o governo brasileiro, forte, apesar de críticas, principalmente no período Dilma de que o Brasil era muito intervencionista na economia, mas favoreceu. A Dilma fez braço de ferro, mediu força com os bancos, mediu força com as empresas de eletricidade, congelando eletricidade, mediu força com a Petrobrás também, segurando o preço da gasolina. Então, eu acho que houve uma certa onipotência do estado brasileiro. Entrevistado 07

[...] Eu olho o Brasil de trás pra frente, digamos assim, olho a partir dos pequenos municípios às grandes capitais. [...] E a economia de muitos municípios ficou dinamizada a partir desses programas sociais, seja garantindo um aumento de renda e poder de compra da classe trabalhadora, sobretudo a classe do campo, com o salário mínimo, com a previdência e também com a transferência de renda do bolsa família. [...] Sem sombra de dúvida, (houve) aumento do poder de consumo, (ou seja), o poder de compra da classe trabalhadora. Entrevistado 01

O primeiro indicador a ser observado no contexto econômico foi o Produto Interno Bruto (PIB) por ser um dos mais utilizados na macroeconomia. Esse indicador representa a soma (em valores monetários) de todos os bens e serviços produzidos pelo país o que permitirá mensurar a sua atividade econômica. É considerado uma medida de bem-estar social, mas em sua essência não considera as diferenças entre pessoas, apenas a soma das riquezas produzidas (IPEA, 2012).

Gráfico 1 - Produto Interno Bruto (PIB) do Brasil (2006-2014)



Fonte: Elaborado pelo próprio autor a partir do banco de dados do IBGE.

De acordo com o gráfico 1, o comportamento do PIB demonstrou um acelerado crescimento econômico do país, de aproximadamente 130% de 2006 a 2014. Segundo o IPEA (2012), esse crescimento é, usualmente, atribuído a uma série de fatores, com destaque para uma favorável conjuntura internacional, retratada através do *boom* por matérias primas que beneficiou diretamente à economia exportadora brasileira; outros fatores foram o fortalecimento do mercado interno; crescimento da renda média da população; e incentivo ao consumo das famílias e expansão de crédito.

Para Teixeira e Pinto (2012, p.293), pode-se observar nesse período:

[...] uma certa flexibilização da política econômica por meio da adoção de medidas voltadas à ampliação do crédito ao consumidor e ao mutuário, do aumento real no salário mínimo, da adoção de programas de transferência de renda direta, da criação do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) e da ampliação da atuação do Banco Nacional do Desenvolvimento Econômico e Social para estimular o investimento público e privado e das medidas anticíclicas de combate à crise internacional a partir de 2009.

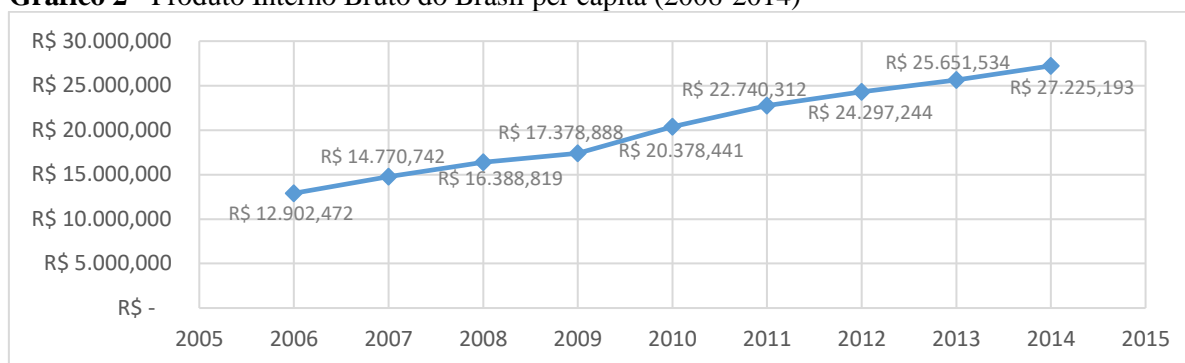
O regime de política macroeconômica do governo Dilma manteve-se ancorado nas metas de inflação e de superávit fiscal primário e na flutuação da taxa de câmbio. Apesar disso, outras mudanças importantes foram introduzidas na gestão desse regime, tornando-o mais flexível. “A obtenção de taxas mais elevadas de crescimento econômico (com destaque para a

recuperação da indústria) passou a ocupar uma posição central entre os objetivos dessa política em 2011 e 2012” (CAGNIN *et al.*, 2013, p.169).

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2011) detalhou que, no período de 2008 a 2009, o PIB das regiões Nordeste e Centro-Oeste foram as que mais avançaram, percentualmente, na participação do PIB brasileiro. Isso atestou que a região nordeste apresentou sinais de mudanças de padrão histórico, decorrente de políticas de distribuição de renda, associadas ao aumento dos investimentos público/privado na região.

Outro indicador também considerado importante para as análises macroeconômicas é o PIB per capita, que se obtém dividindo-se o valor do PIB pela população do país (IBGE, 2014).

Gráfico 2 - Produto Interno Bruto do Brasil per capita (2006-2014)



Fonte: Elaborado pelo próprio autor a partir do banco de dados do IBGE, 2015.

O gráfico 2 demonstra o movimento crescente do PIB per capita para o período, assumindo o valor máximo no último ano. Apesar do aspecto positivo constatado pelo aumento desse indicador, que representa o potencial de renda, deve-se considerar sua limitação por estabelecer a divisão da riqueza do Brasil de forma igualitária entre todos os seus cidadãos. Portanto, faz-se necessário acrescentar outros indicadores para compensar essa limitação e compreender o grau de distribuição da riqueza entre seus habitantes. Isso será importante para se ter um parâmetro dos fins desse crescimento, como por exemplo, na diminuição da desigualdade de renda. Essa problematização será descrita na análise do eixo social, vinculado ao macro contexto.

Mesmo diante do reconhecimento, pelos entrevistados, do crescimento econômico vinculado à inclusão social, surgiu como contraponto nas entrevistas o entendimento do modelo capitalista como o principal alimentador das desigualdades sociais. Além do mais, os entrevistados argumentaram que o Estado por ser submetido ao poder econômico, deixou de fazer alguns enfrentamentos importantes para o desenvolvimento social. Isso influenciou, inclusive, a formulação de políticas públicas. Vejam-se os depoimentos:

[...] Eu acho que a gestão fica submetida aos interesses econômicos, (ou seja) ao capital, ao poder econômico, que dinamiza a economia dos municípios e dos estados e não enfrenta determinados problemas. Entrevistado 01

[...] Um governo que acha que não pode impor certas normas à indústria alimentícia, por exemplo, com relação ao sal, o ministério da saúde fez até uma iniciativa louvável, mas ainda muito tímida. Porque se eu exigir isso da indústria, ela vai dispensar (trabalhadores), aumenta o desemprego, a atividade econômica é comprometida, e a minha reeleição não acontece. Então, há uma preocupação pelo viés econômico e não pelo viés sanitário. Então, como eu gosto das palavras claras da língua portuguesa, isso acaba para mim sendo um embuste, uma farsa. Entrevistado 02

De fato, existem diversos fatores que influenciam diretamente na tomada de decisão do gestor, no direcionamento das políticas públicas. E os interesses do capitalismo configurados, como por exemplo, no apoio financeiro às campanhas eleitorais, representam o pacto pela sustentabilidade do capital e um distanciamento ao enfrentamento das mazelas produzidas pelo sistema. Um governo de esquerda, dentro desse modelo econômico, se torna algo contraditório ou impossível de se estabelecer em sua concretude, caso deseje uma governabilidade. É nesse paradoxo que Howlett, Ramesh e Perl (2013, p.60) reconhecem que:

No capitalismo há sempre a busca dos setores privados de influenciar as decisões dos agentes do Estado, mesmo nos sistemas democráticos em que os processos eleitorais definirão a diretriz política de quem ocupa cargos públicos, exercendo algum tipo de pressão diretamente sobre a estrutura estatal ou sobre os setores da sociedade que estudam e formulam sobre determinada questão.

Portanto, não se tem como falar em política pública sem se refletir sobre o impacto neoliberal em sua formulação. Para Galvão (2008, p.155):

Longe de ser fraco, o Estado neoliberal tem uma preferência por uma modalidade de governo forte, via “ordem executiva e decisão judicial mais do que pelo processo decisório democrático e parlamentar.” [...] Entre os tantos paradoxos do pensamento neoliberal, constata-se, pois, o esvaziamento da democracia: embora ela tenha sido numericamente estendida e a despeito dos mecanismos de participação popular terem aumentado, as decisões são tomadas por “técnicos”, experts, supostamente apolíticos porque não submetidos a qualquer ordem de pressão, não sujeitos a controle pelo parlamento, imunes à crítica.

7.3 MACRO CONTEXTO: ESFERA SOCIAL

A categoria emergente em torno da esfera social demonstra que esse período foi marcado por uma ‘diminuição insuficiente das iniquidades sociais para se avançar na melhoria da qualidade de vida’. Mesmo reconhecendo que o enfrentamento da pobreza estava no centro da agenda do governo, com evidente diminuição das iniquidades sociais e maior distribuição de renda entre os estratos sociais da população brasileira, constatou-se, na análise, que a qualidade de vida ainda era um desafio. A seguir, detalhar-se-ão as categorias descritas, decorrente do processo de análise.

7.3.1 DESENVOLVIMENTO HUMANO: LONGEVIDADE, EDUCAÇÃO, RENDA E QUALIDADE DE VIDA

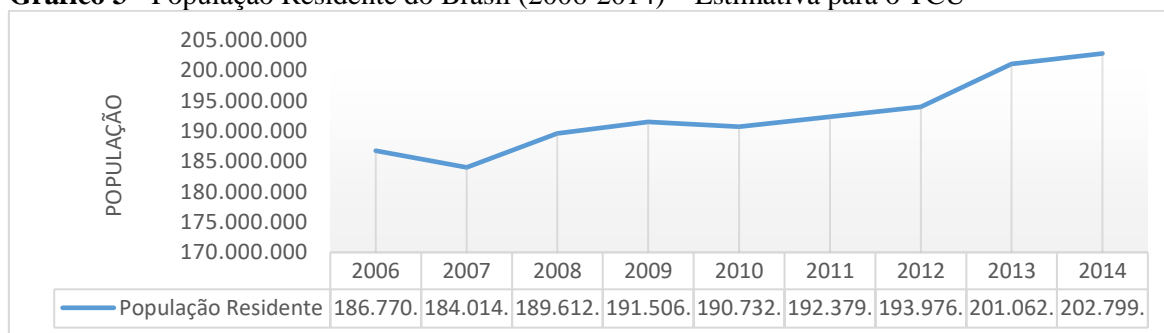
7.3.1.1 Categoria: Diminuição insuficiente das iniquidades sociais para se avançar na melhoria da qualidade de vida.

De acordo com os entrevistados, o período de 2006 a 2014 foi marcado por enfrentamento das iniquidades, refletidas diretamente no avanço dos indicadores em torno dos direitos humanos. O aumento da expectativa de vida, redução da taxa de fecundidade, redução da mortalidade precoce, segundo os entrevistados, são exemplos de fatores que corroboraram para o surgimento de um novo cenário, caracterizado pela rápida transição demográfica da população brasileira. Essas mudanças impactaram em novas demandas para o setor saúde e previdência:

[...] O novo cenário epidemiológico e demográfico do Brasil se acentuou muito. Nesse período, se modificou e hoje nos impõe uma situação de uma sociedade que vive mais.
Entrevistado 02

Ao se observar o crescimento da população brasileira no período em estudo, conforme detalha o gráfico 3, nota-se que houve um crescimento da população de aproximadamente 8,6%, uma média anual de 1,08%.

Gráfico 3 - População Residente do Brasil (2006-2014) – Estimativa para o TCU



Fonte: Elaborado pelo próprio autor a partir do banco de dados do IBGE.

Alessandra Schneider, assessora técnica do CONASS, comentou que essa rápida mudança demográfica foi marcada pelo envelhecimento da população e pela queda da taxa de fecundidade (BRASIL, 2015c). Déborah Malta, diretora do DANTPS-SVS, concordando com essa proposição, acrescentou que a estimativa para 2050 será de proporção similar de idosos e crianças de 0-14 anos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2011d, p.5).

De acordo com os entrevistados, o aumento da escolaridade e do acesso a serviços de educação, tanto pelo crescimento do número das universidades federais ou pela ampliação de vaga no setor privado via Fundo de Financiamento Estudantil (FIES) ou pelo Programa Universidade para Todos (PROUNI), assim como os estímulos à pós-graduação marcaram avanços na educação brasileira:

[...] O acesso à universidade aumentou via PROUNI, via FIES, mas isso basicamente em escola privada, apesar de ter também crescido muito a universidade federal. Nunca antes na história desse país se criou tanta universidade federal. Entrevistado 07

[...] Nos últimos oito anos, possibilitou muito que várias pessoas fizessem mestrado, doutorado, não só pra estudar o assunto, mas também pra ir para fora. O próprio ministério viabilizou algumas questões em relação a isso. [...] Isso é interessante, tem um lado positivo importante. Entrevistado 04

Em 2004, foi criado o PROUNI que oferece bolsas de estudo em instituições privadas a estudantes de baixa renda e institui uma política afirmativa em favor de negros e indígenas (FAGNANI, 2011).

Para os atores entrevistados, tanto a gestão, os difusores da PS e o controle social, mostraram que houve o reconhecimento de que o enfrentamento da pobreza estava no centro das políticas públicas dos governos. Para eles, esse contexto foi marcado pela redução da miséria e da pobreza do povo brasileiro. E destacaram que o estereótipo da pobreza no Brasil acomete, principalmente, as mulheres, a população negra e a rural.

A renda, outro aspecto relacionado ao desenvolvimento humano, apresentou aumento no período de 2006-2014, mobilizando a economia local. Seu resultado, vinculado à proposta de enfrentamento da pobreza, foi decorrente de uma política de valorização do salário mínimo; incremento em políticas sociais, principalmente, de políticas intersetoriais em torno do Programa Bolsa Família; ampliação do acesso à previdência e investimentos públicos na ampliação da oportunidade de emprego formal.

Outro ponto argumentado, pelos entrevistados, se referiu ao entendimento de que o governo de Luiz Inácio Lula da Silva foi mais efetivo na diminuição das iniquidades, como, por exemplo, no enfrentamento da pobreza, do que no governo de Dilma Rousseff. Apesar dos avanços na distribuição de renda, apareceu nos relatos, que o problema da concentração de renda ainda era evidente, e continuava sendo o principal gerenciador de iniquidades sociais.

[...] Agenda nacional inclusive (direcionada) para o enfrentamento da pobreza, dos determinantes sociais, com a prática intersetorial de trabalhar cada vez mais no enfrentamento da miséria. O Brasil sem miséria foi liderado pela casa civil, pelo gabinete da presidência, pelo MDS. E o ministério da saúde entrou, transversalmente, inclusive com a condicionalidade do bolsa família. Entrevistado 10

[...] Sem sombra de dúvida, (houve) aumento do poder de consumo, (ou seja), o poder de compra da classe trabalhadora [...] Sem sombra de dúvida, outras políticas sociais garantiram também a inserção de muita gente no mercado de trabalho formal. Por exemplo, o incremento na estratégia de saúde da família que contratou agentes comunitários de saúde ou outros profissionais na área da saúde (que) gerou empregos nos pequenos municípios. [...] Um estudo do Márcio Poschmann coloca que boa parte dos empregos gerados no Brasil tem sido motivado por esse incremento do investimento público. [...] No Brasil pobreza tem cara, tem lugar, tem endereço. A gente sabe que afeta mais as mulheres, mais as populações negras, mais as populações rurais. Entrevistado 01

No segundo governo de Lula (2007-2010), continuou a política de transferência direta de renda por meio do Programa Bolsa Família. Alguns estudos sugeriram que a priorização desse programa, no seu primeiro governo, teve impacto significativo na sua reeleição (ABENSUR *et al.*, 2006). No Governo de Dilma Rousseff, a erradicação da extrema pobreza e miséria do país foram colocados como principal meta. E como estratégia, apresentou o Plano Brasil sem Miséria, lançado ainda em seu primeiro ano de governo, com o objetivo de elevar a renda e as condições de bem-estar da população, especificamente os brasileiros cuja renda familiar era de até R\$ 70 por pessoa. Esse plano agregou diversas áreas e iniciativas, como transferência de renda, acesso a serviços públicos nas áreas de educação, saúde, assistência social, saneamento, energia elétrica e inclusão produtiva (IPEA, 2012).

A intervenção do Estado, através de políticas destinadas à movimentação da economia local, foi importante tendo em vista que “grande parte dos municípios no país é de pequeno porte, com pequena base econômica de sustentação e, portanto, dependente de transferências intergovernamentais” (CASTRO; MACHADO, 2010, p. 694).

A ampliação da renda, conforme descrito, culminou em um processo de mobilidade de classe social, caracterizado pela redução da miséria e crescimento da classe C. Esse processo proporcionou aumento do poder de consumo do brasileiro, em que parte dele, historicamente, era excluído. Entretanto, segundo os entrevistados, a aquisição de produtos através do consumo foi superior à aquisição de direitos através do Estado. E pontuaram que os direitos dos trabalhadores eram diferentes dos direitos da classe média. Essa inversibilidade tornou a saúde, por exemplo, um produto, não mais um direito. E conseqüentemente, observaram a ocorrência do seu crescimento pelo consumo e uma maior reivindicação por planos de saúde pelos trabalhadores brasileiros:

[...] Nós tivemos uma geração de empregos muito expressiva, [...] entre oito a dez milhões de novos empregos. Trinta milhões de pessoas fizeram mobilidade de classe, saíram da classe E e D foram para classe B e C. Isso gerando novas demandas para saúde, mudou também do ponto de vista de saúde e dos indicadores sociais. Entrevistado 10

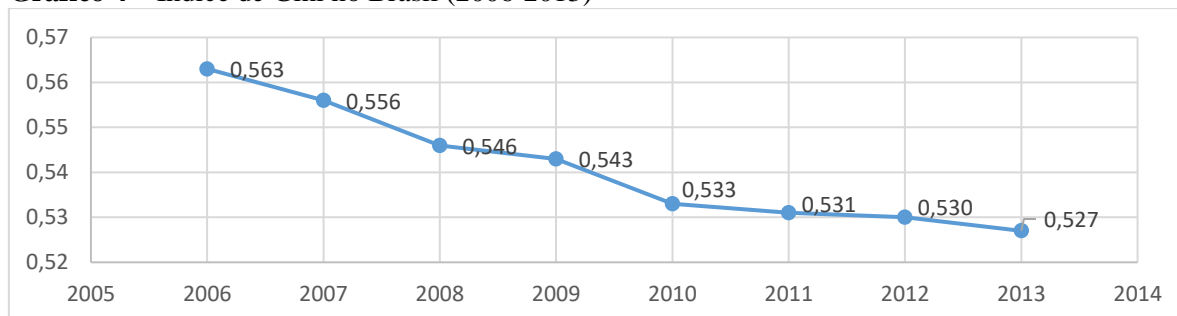
[...] Eu sou leitora do atual presidente do IPEA, do Jessé. Ele discute muito esse (BUM) da mídia e até de uma certa propaganda do governo de que nós viramos todos classe média e nós todos acessamos um estado de bem-estar a la Brasil. Eu não acho que isso tenha acontecido. Eu concordo com ele quando diz que houve uma inclusão num certo mercado consumidor, determinadas classes que antes estavam fora disso, foram incluídas. [...] Não entrou a escola, não entrou a saúde, pelo menos não maciçamente, não em todos os cenários, e o que entrou foi a net pra cobrar a net, a light pra cobrar a light, o que entraram foi uma inclusão como mercado consumidor. Entrevistado 16

A mobilidade descrita pelos entrevistados foi observada no discurso do conselheiro Luiz Odorico de Andrade, na condição de Secretário de Gestão Participativa/MS, ao ressaltar “que é preciso levar em conta os 34 milhões de brasileiros que passaram da classe D e E para a C, nos últimos anos, e o esforço para garantir um desenvolvimento econômico em uma perspectiva sustentável” (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2011e, p.14).

Machado, Baptista e Nogueira (2011) comentaram que no governo Lula, entre 2003 e 2008, as políticas de redução da pobreza tiveram destaque nas decisões governamentais, contribuindo para a redução da desigualdade de renda no país. Os autores acrescentaram que, em termos do gasto social federal, as duas áreas que contaram com maior incremento foram a assistência social e a previdência.

Entre os indicadores que abordam a desigualdade de renda, destaca-se o índice de Gini, considerado um instrumento para medir o grau de concentração de renda em determinado grupo. O Gini varia de 0 a 1, estabelecendo para o seu mínimo a conclusão de que todos são iguais, enquanto para o seu ápice, o entendimento de que todo recurso da economia estaria com uma pessoa. Logo, seu valor aponta para a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos (IPEA, 2012).

Gráfico 4 – Índice de Gini no Brasil (2006-2013)



Fonte: Elaborado pelo próprio autor a partir do banco de dados do IPEA

O Gráfico 4 detalha o acompanhamento desse indicador no transcorrer desse período, o qual demonstrou que no Brasil estava ocorrendo um processo de redução da desigualdade de renda.

Segundo o IPEA (2012), esse movimento de queda iniciou-se nos anos 2000, depois de trinta anos de alta desigualdade inercial. Para esse Instituto, o ponto de partida e desfecho da redução da desigualdade social no Brasil se assimila a outras nações. Por exemplo, a saga dos chineses e indianos rumo a melhores condições de vida é similar a dos analfabetos, negros e nordestinos brasileiros. Sendo assim, o Brasil é uma miniatura do mundo, na qual se observa que sua distribuição de renda caminha lado a lado com a do mundo (BRASIL, 2014a).

Nessa série histórica, observou-se que o menor índice foi para o ano de 2013, decorrente de constante redução no transcorrer da série. Em função do IPEA (2012) apresentar que o índice de Gini de 2010 era o mais baixo de toda a série histórica, iniciada no censo de 1960, pode-se dizer que essa conclusão continuou até o ano de 2013. Entretanto, apesar desses avanços a desigualdade no Brasil permaneceu:

entre as 15 maiores do mundo, e levaria pelo menos 20 anos no atual ritmo de crescimento para atingir níveis dos Estados Unidos, que não são uma sociedade igualitária. Porém, isso significa que existem consideráveis reservas de crescimento pró-pobre, que só começaram a ser exploradas na década passada (IPEA, 2012, p.8).

Ao destrinchar as causas decorrentes da redução do índice de Gini, entre 2001 e 2008, constatou-se que os rendimentos do trabalho justificam 58% desse processo, sendo 19% em função do aumento dos benefícios da previdência social e 13% pelo Bolsa Família. Observou-se que, para cada ponto percentual de redução do Gini pelas vias da previdência, custou 352% mais que o obtido pelas vias do Bolsa Família. Além disso, todas essas transferências cresceram no período o que possibilitou perceber que a desigualdade poderia ter caído ainda mais se a opção preferencial pelos pobres pela via do Bolsa Família fosse adotado (IPEA, 2012).

Entre os fatores que corroboraram com a redução da desigualdade estiveram o aumento da renda relacionado em parte com o crescimento econômico e por um conjunto de políticas e conjunturas que iam desde a valorização do salário mínimo acima da inflação real observada, a programas de transferência de renda e a uma crescente formalização do trabalho, sobretudo até a crise de 2008-2009 (IBGE, 2014).

Para aprofundar a compreensão do índice de Gini, fez-se necessário agregar outros indicadores que possibilitaram compreender esse processo de redução da desigualdade de renda, como por exemplo, a renda domiciliar *per capita*; a renda média e o bem-estar social simples.

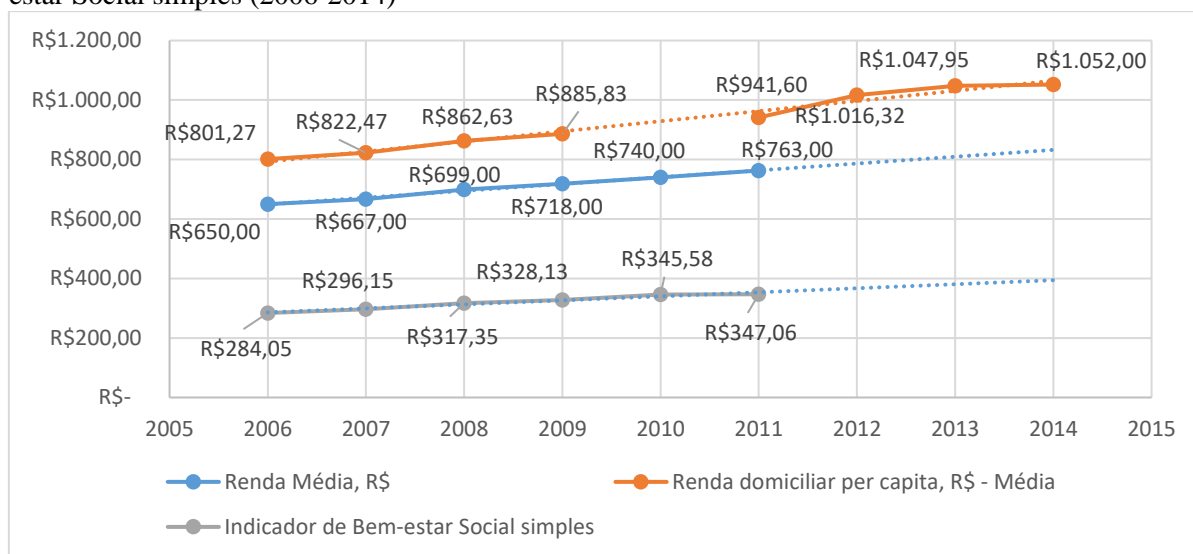
O primeiro indicador consiste na média das rendas domiciliares *per capita* das pessoas residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Vale salientar que se considera como renda domiciliar *per capita* a soma dos rendimentos mensais (trabalho, previdência, benefícios, bolsa família e outras rendas) dos moradores do domicílio, em reais,

dividida pelo número de seus moradores. A limitação desse indicador refere-se a eliminação de toda a desigualdade existente no seu cálculo entre os diferentes membros de uma mesma família.

O segundo indicador apresentado no relatório “A Década Inclusiva (2001-2011)”, considerou a renda domiciliar *per capita* como a soma de todas as rendas médias de cada fonte de renda. O resultado da renda média partiu da multiplicação da proporção de indivíduos que receberam cada fonte de renda pelo valor médio recebido por eles, isto é, pela média condicional a receber um determinado tipo de rendimento (IPEA, 2012).

Por fim, o último foi proposto por Amartya Sen que inseriu a desigualdade como um fator redutor de bem-estar em relação ao nível da renda média. Seu resultado foi decorrente da multiplicação entre a renda média pela medida de equidade, definida por um, menos o índice de Gini (IPEA, 2013).

Gráfico 5 – Comparação entre a renda domiciliar per capita – média, renda média e o indicador de Bem-estar Social simples (2006-2014)



Fonte: Elaborado pelo próprio autor a partir do banco de dados do IPEA (2012;2015) e IBGE (2015).

Nota-se, no gráfico 5 que, independente do indicador utilizado, os valores para renda apresentaram crescimento no período. Entretanto, ao se comparar os seus valores constatou-se que, apesar do crescimento, o Brasil ainda apresentava grande desigualdade de renda. No ano de 2011, a renda média foi de R\$763 reais mensais por brasileiro, superior ao valor do salário mínimo da época de R\$511 reais. Dessa maneira, esse valor da renda média corresponderia ao valor de bem-estar social, segundo a medida simples de Sen, caso a equidade fosse plena. Como o Brasil estava mais próximo da inequidade do que da equidade quando o assunto era

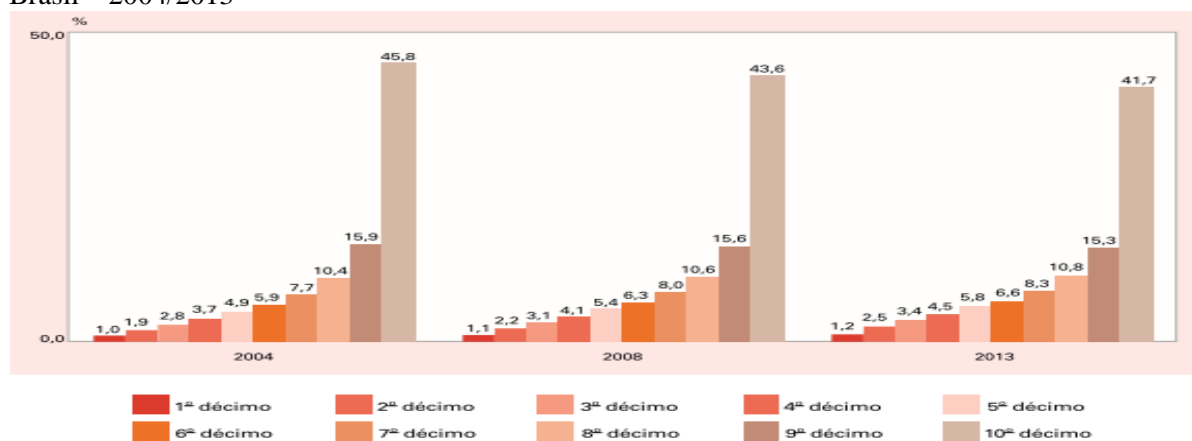
distribuição de renda, a renda média real devido à desigualdade seria de R\$347,07 reais, 45,5% do valor da renda média.

É interessante frisar que a desigualdade de renda no Brasil vinha caindo continuamente desde 2001, conforme detalha a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Entre 2001 e 2011 observou-se uma progressão nos ganhos de renda obtidos do topo para a base da distribuição de renda. A renda *per capita* dos 10% mais ricos aumentou 16,6% em termos acumulados, enquanto a renda dos mais pobres cresceu notáveis 91,2% no período. Ou seja, a do décimo mais pobres cresceu 550% mais rápido que a dos 10% mais ricos (IPEA, 2012).

Outro aspecto interessante observado na distribuição de renda se referiu ao fato da renda daqueles que se identificaram como pretos e pardos sobe 66,3% e 85,5%, respectivamente, contra 47,6% dos brancos. Dessa maneira, a renda de grupos tradicionalmente excluídos que tinham ficado para trás foi a que mais prosperou nesse período (IPEA, 2012).

Em 2012, esse movimento foi excepcionalmente forte em todas as camadas da pirâmide social brasileira, exemplo disso que os 10% mais pobres obtiveram o maior crescimento na renda, ou seja, cresceram 14%, descontada a inflação. Os 40% mais pobres, de 9,9%. Ao passo que os 10% mais ricos cresceram 8,3%. O segundo grupo dos 10% mais rico de 6,5% (IPEA, 2013).

Gráfico 6 – Distribuição percentual do rendimento familiar per capita, por décimos de rendimento – Brasil – 2004/2013



Fonte: IBGE (2014, p.153).

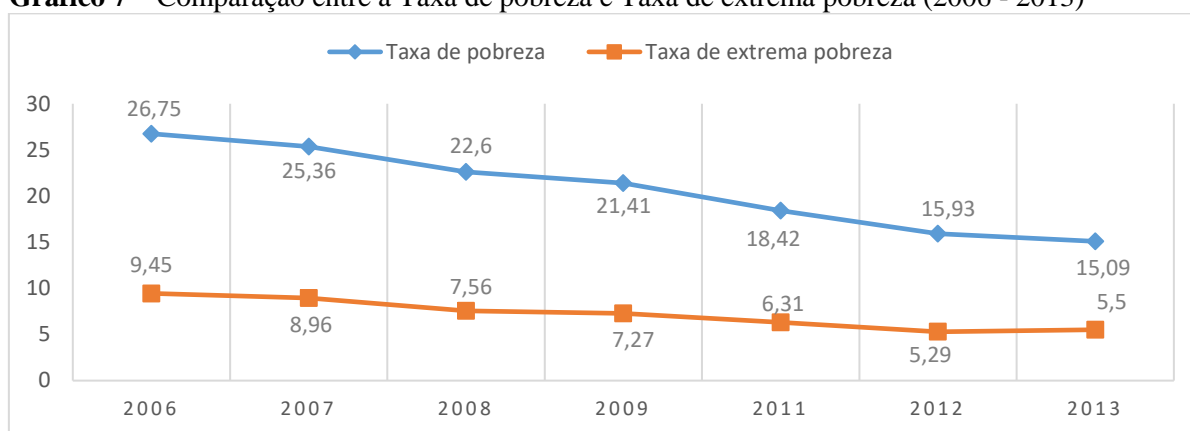
Outra maneira de observar a concentração de renda consiste em analisar os décimos da distribuição de rendimentos familiar *per capita*, conforme detalha o gráfico 6.

Numa sociedade perfeitamente igualitária, cada décimo (10% das pessoas com rendimentos) teria 10% da soma desses rendimentos (IBGE, 2014). A partir desse gráfico, constatou-se que mesmo com os avanços histórico no aumento da renda, eles não foram

suficientes para alterar substancialmente o quadro de desigualdades na distribuição de rendimentos. Em 2013, as pessoas com os 10% menores rendimentos concentraram apenas 1,2% da renda total. Enquanto isso, o décimo mais rico concentrou, durante todo o período analisado, mais de 40% da totalidade da renda *per capita* (IBGE, 2014).

Isso possibilitou concluir que, apesar dos avanços, o Brasil ainda apresentava uma desigualdade de renda severa. Contudo, esse movimento de redução da desigualdade de renda foi suficiente para proporcionar uma redução de aproximadamente 44% da taxa de pobreza e 42% da taxa de extrema pobreza para o período, conforme detalha o gráfico 7.

Gráfico 7 – Comparação entre a Taxa de pobreza e Taxa de extrema pobreza (2006 - 2013)



Fonte: Elaborado pelo próprio autor a partir do banco de dados do IPEA.

Comentário:

Taxa de Extrema Pobreza - Percentual de pessoas na população total com renda domiciliar per capita inferior à linha de indigência (ou miséria, ou extrema pobreza). A linha de extrema pobreza aqui considerada é uma estimativa do valor de uma cesta de alimentos com o mínimo de calorias necessárias para suprir adequadamente uma pessoa, com base em recomendações da FAO e da OMS. São estimados diferentes valores para 24 regiões do país. Série calculada a partir das respostas à Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad/IBGE).

Taxa de Pobreza - Percentual de pessoas na população total com renda domiciliar per capita inferior à linha de pobreza. A linha de pobreza aqui considerada é o dobro da linha de extrema pobreza.

Segundo o IPEA (2014), o Brasil, em função do tamanho de sua população, foi um dos países que mais contribuiu para o alcance global da meta A do objetivo do milênio, ao reduzir a pobreza extrema não à metade ou a um quarto, mas a menos de um sétimo do nível de 1990: de 25,5% para 3,5% em 2012. Esse cálculo foi estabelecido pelas Organização das Nações Unidas (ONU) que colocou o patamar de redução da extrema pobreza do Brasil ainda maior que a série histórica disponibilizada pelo IPEA.

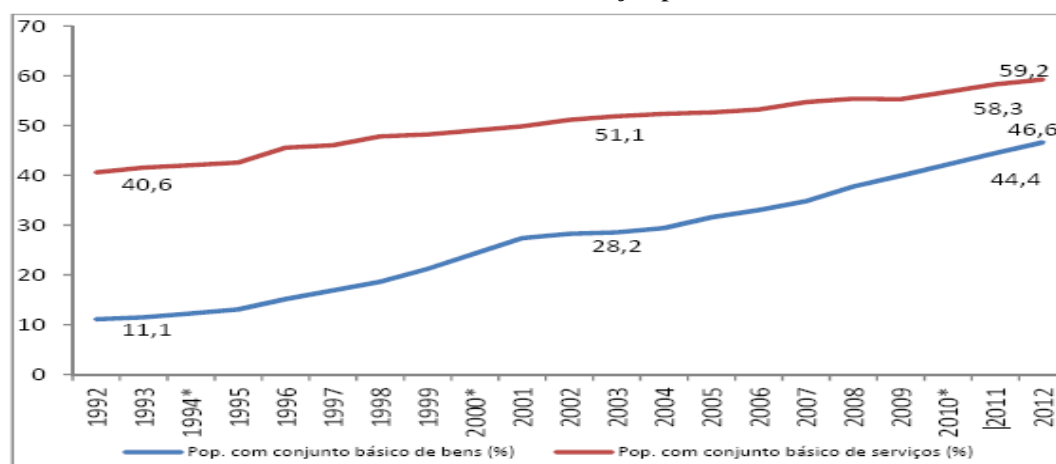
De fato, o Brasil cumpriu o compromisso de um quarto de século em um decênio. Ou seja, se fez mais que o previsto para 25 anos em menos de 10 anos. Isso em função de se conseguir manter o crescimento econômico juntamente com programa de transferência de renda, o bolsa família, que objetiva reduzir a desigualdade de renda, diminuindo a transmissão intergeracional da pobreza através de benefício monetário mínimo às famílias pobres (IPEA, 2012). Além do mais, não se pode deixar de frisar que:

não há na história brasileira, estatisticamente documentada desde 1960, nada similar à redução da desigualdade de renda observada desde 2001. A queda é comparável ao aumento da desigualdade dos anos 1960 que colocou o Brasil no imaginário internacional como a terra da iniquidade inercial (IPEA, 2012, p.40)

No Brasil, o Programa Bolsa Família foi associado a uma queda de 16% da taxa de extrema pobreza. No período de 2008-2009, esse programa custou 0,3 por cento do PIB e teve um peso de 20–25% na redução da desigualdade (NAÇÕES UNIDAS, 2014).

A melhoria na distribuição da renda foi importante para a ampliação do mercado consumidor brasileiro, pois proporcionou um aumento do consumo das classes C e D. O efeito desse novo cenário foi, particularmente, importante para evitar uma maior retração da economia após a eclosão da crise financeira global em 2008 (CURADO, 2011). O gráfico 8 demonstra essa evolução na posse de bens duráveis e acesso a serviços públicos essenciais.

Gráfico 8 – Posse de bens duráveis e acesso a serviços públicos essenciais, 1992-2012



Fonte: IPEA (2013, p.8).

Nota: Conjunto básico de bens = telefone (fixo ou celular), televisão em cores, fogão com duas bocas ou mais, geladeira, rádio e máquina de lavar. Conjunto básico de serviços = eletricidade, coleta de lixo (direta ou indireta), esgotamento sanitário (rede geral ou fossa séptica ligada à rede), água (rede geral).

Segundo o IPEA (2013, p.8), pode-se concluir que “as condições privadas de vida das famílias – representadas tanto pela renda domiciliar per capita quanto pela posse de bens duráveis – avançaram mais do que a provisão de serviços públicos essenciais por parte do Estado”.

Em 1990, surgiu outro indicador como alternativa ao PIB para medir o desenvolvimento de um país. Esse indicador proposto pelo economista paquistanês Mahbub ul Haq e com a colaboração e inspiração no pensamento do economista Amartya Sen foi denominado por Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) (NAÇÕES UNIDAS *et al.*, 2013).

A construção do indicador parte de três requisitos: saúde – como oportunidade de se ter uma vida longa e saudável; educação – baseado no acesso ao conhecimento; e renda –

possibilidade de desfrutar de um padrão de vida digno. Eles são considerados os requisitos mais importantes para expansão da liberdade das pessoas (NAÇÕES UNIDAS *et al.*, 2013).

Tabela 1 – Índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM) no Brasil

Brasil	1991	2000	2010	Legenda:		
IDHM	0,493	0,612	0,727	Muito Baixo	Alto	
IDHM Renda	0,647	0,692	0,739	Baixo	Muito Alto	
IDHM Longevidade	0,662	0,727	0,816	Médio	Alto	
IDHM Educação	0,279	0,456	0,637			

Fonte: Elaborado pelo próprio autor a partir de Nações Unidas; IPEA e Fundação José Pinheiro (2013).

A tabela 1 discrimina os valores do IDH médio e de seus requisitos, desde a sua primeira coleta, estabelecendo o nível de desenvolvimento para o Brasil nos respectivos períodos. É possível perceber através desses dados que o Brasil avançou no desenvolvimento humano no que tange à longevidade, educação e renda. Para se ter uma ideia, em 2010, quase 70% dos municípios brasileiros tinham o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) maior que a média de 2000 e menos de 1% ainda estava abaixo da média de 1991 (NAÇÕES UNIDAS *et al.*, 2013).

Em 2013, o Relatório de Desenvolvimento Humano, vinculado ao Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, considerou o Brasil um país de ‘alto desempenho’. Isso se justificou em função do país apresentar, nas últimas duas décadas, um percurso no desenvolvimento de políticas públicas com foco nas pessoas (NAÇÕES UNIDAS *et al.*, 2013).

O avanço da média do IDH da educação retratou o inegável avanço dessa área na vida dos brasileiros, nas últimas duas décadas, desde a expansão do acesso quanto na melhoria do fluxo escolar (IPEA, 2013). Outro aspecto se trata da implementação de políticas de discriminação positiva na educação, como a lei de cotas para a entrada preferencial de estudantes afro-brasileiros e mestiços, para tentar reduzir as disparidades raciais existentes (NAÇÕES UNIDAS, 2014). Contudo, ainda existem grandes desafios, tanto quantitativos quanto qualitativos, no âmbito do acesso ao conhecimento pelos brasileiros. Uma das preocupações consiste em garantir que as crianças e jovens avancem nos ciclos escolares, nas idades certas (NAÇÕES UNIDAS *et al.*, 2013).

Em relação ao aumento no IDHM longevidade pode-se sugerir uma melhoria das condições de vida e de acesso a serviços de saúde da população. Além disso, no Brasil, esse aspecto também está diretamente relacionado às consideráveis diminuições da fecundidade e da mortalidade infantil (NAÇÕES UNIDAS *et al.*, 2013).

Por fim, a renda *per capita* também avançou, conforme detalhado pelos indicadores anteriores, ressaltando a limitação desse requisito no IDH por não considerar a desigualdade de renda em seu cálculo (NAÇÕES UNIDAS *et al.*, 2013).

Enfim, foram evidentes os avanços na área de educação, renda e longevidade, contudo, sabe-se que ainda existe um grande percurso a se trilhar para se atingir um desenvolvimento pleno da sociedade. Não se pode deixar de frisar que isso foi decorrente de um legado negativo no passivo percurso histórico de enfrentamento das desigualdades sociais. O Brasil ainda se encontra atrás de muitos países quando o assunto é qualidade de vida e nível educacional da população brasileira (NAÇÕES UNIDAS *et al.*, 2013)

Segundo os entrevistados, a mobilidade de classe social decorrente de mudanças no poder aquisitivo influenciou positivamente os indicadores de saúde. Contudo, esse processo fomentou novas demandas para esse setor, circunscritas pelo legado, ainda existente, de dívida social.

[...] Esse contexto de mudança no poder aquisitivo, na escolaridade, nos acessos a bens de serviços, isso tem um preço. Entrevistado 14

[...] O Brasil enfrentou o problema da fome, da pobreza, um pouco do emprego, do desemprego ou do subemprego, mas deixou ainda um legado enorme de dívida social com impacto na saúde. Entrevistado 01

A necessidade de se avançar na qualidade de vida, ainda se colocava como desafio inerente desse contexto. Apesar dos avanços dos indicadores sociais e de saúde o que remeteu a uma melhoria da qualidade de vida, não se observou, nesse período, uma ruptura com o modelo de desenvolvimento que possibilitasse uma qualidade de vida sob uma perspectiva ampliada de saúde e integrada com o ambiente.

[...] A gente não rompeu o modelo produtivo que dá sustentação a esse modelo de desenvolvimento. Ao mesmo tempo que a gente melhora indicadores, isso não significa dizer que a gente mudou o padrão de qualidade de vida. [...] basta ver a entrada absurda de agrotóxico na produção de alimentos, de sementes transgênicas, um modelo produtivo que desequilibra o ambiente, que polui água, o rio. Então, o padrão de qualidade de vida do brasileiro do ponto de vista mais integrado, social, ambiental e econômico não alterou significativamente. Entrevistado 01

Pôde-se evidenciar avanços nesse período, em relação ao enfrentamento das iniquidades sociais, contudo tornaram-se insuficientes para se avançar na melhoria da qualidade de vida sob a perspectiva ampliada de saúde e integrada com o meio ambiente.

7.4. MICRO CONTEXTO: POLÍTICO SETORIAL

A PNPS, segundo o organograma do Ministério da Saúde (MS), está localizada na Secretária de Vigilância em Saúde (SVS), sendo a responsável em conduzi-la na esfera federal. Por isso, a análise do microcontexto circunscreveu em torno da política setorial, finanças setoriais e problemas de saúde dessa secretaria, perpassadas pelo MS.

As categorias oriundas da análise da política setorial reconheceram a ‘SVS como poder representativo da PNPS’, contudo com ‘dificuldade na escuta’ no gerenciamento do poder setorial, predominando o modelo de planejamento top-down em suas decisões. Ademais, constataram-se as ‘doenças crônicas legitimando os interesses em torno da PS’, diante da ‘fragilidade na transversalidade da PNPS pelo seu Comitê Gestor’. Essa problematização trouxe nas entrelinhas uma contraditória prioridade à PS na agenda do Estado, contextualizada pelo movimento de retirada da PS das diretrizes da SVS, o que colocou em discussão os seus interesses.

Por fim, a política de saúde conduzida pelo Ministério da Saúde, refletida na SVS, demonstrou-se incoerente com a macro política governamental, apresentando hegemonia do modelo hospitalocêntrico na condução de suas ações. A seguir, detalhar-se-ão as categorias descritas, distribuídas nos subitens subsequentes, decorrente do processo de análise.

7.4.1 PODER SETORIAL

7.4.1.1 Categoria: SVS como poder representativo da PNPS

O fato de a PNPS estar sob a responsabilidade da SVS, lhe concedeu poder representativo no âmbito do Ministério da Saúde (MS), conforme esclareceram os entrevistados. Esse poder possibilitou nortear as prioridades da política, de acordo com seus interesses. E a inserção da PS dentro de um departamento formado por epidemiologistas, destinado a trabalhar com a doença, retrata a principal direção que foi estabelecida para esse saber. Ademais, os entrevistados pontuaram que a inserção da PNPS na SVS, se estabeleceu pela possibilidade dessa secretaria priorizar esse saber em sua agenda de trabalho.

Todavia, apenas em 2012, no governo de Dilma Rousseff, foi que a PS se apresentou no título de um departamento do MS, denominado por Departamento de Vigilância de Doenças e agravos não-transmissíveis e Promoção da Saúde. Pela primeira vez, os entrevistados

pontuaram que o lócus da PS ficava localizado no organograma do MS, o que empoderava a PS no campo simbólico.

[...] A SVS assumiu o papel de liderança de toda a política de promoção do ministério. [...] Foi quase que algo natural, exatamente, porque a gente era quem tocava, promovia e colocava isso (PS) na agenda do ministério. Entrevistado 11

[...] A PNPS estava ligada ao departamento de análise de situação de saúde, DASIS. A DANTPS é agora no governo de Dilma. Então, ela ficava em um departamento teórico, de análise de situação de saúde, que era um grupo que assessorava a SVS. É o lugar que toma conta do que acontece em termos de doenças. O DASIS é um departamento de epidemiologistas. Entrevistado 14

A partir da análise documental, verificou-se que, após a reestruturação organizacional do MS, 2003, a Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT) ficou responsável pelo “gerenciamento da implantação/implementação das ações de vigilância e prevenção das doenças e agravos não transmissíveis e seus fatores de risco, de proteção e de promoção da saúde”. E a partir disso, sua equipe da área técnica coordenou o processo de elaboração e implementação da PNPS (ROCHA *et al.*, 2013).

Para um entrevistado, a SVS até tem o direito de compartimentalizar a PS no âmbito da gestão, mas jamais induzir uma ação fragmentada na prática.

7.4.1.2 Categoria: *Dificuldade na escuta: modelo top-down conduzindo as decisões*

Os discursos de alguns entrevistados apontaram que a condução das decisões no âmbito da gestão da SVS, se estabeleceu, principalmente, com base no modelo top-down, ou seja, de cima para baixo. Isso se reforçou ao se constatar nos discursos o reconhecimento de que a SVS apresentava dificuldades na escuta, o que interferiu na proposta da intersectorialidade.

[...] Muita coisa não dá certo, por quê? Continua vindo (pautas) de cima para baixo. Entrevistado 04

[...] Nós temos um governo, uma gestão democrática, mas digamos que pra certas coisas a escuta ela não é, no caso da SVS, comum. Entrevistado 15

De acordo com entrevistados, essa postura remete a uma das fragilidades na implementação da PNPS.

7.4.1.3 Categoria: *Fragilidade na transversalidade da PNPS pelo seu Comitê Gestor*

Constatou-se no discurso dos entrevistados, vinculados à gestão, um reconhecimento da transversalidade da PNPS no MS. Esse fundamento reconheceu que o lócus da política não se estabeleceu apenas na SVS, estando presente em todas as secretarias. Segundo os entrevistados,

a criação do comitê gestor da PNPS exemplificou esse pensamento, sendo a arena destinada a fomentar a articulação entre os setores vinculados à temática.

[...] A PNPS é transversal. Não tem um locus na vigilância, mas em todas as outras secretarias do ministério da saúde. Portanto, ela tem que ter representação das demais secretarias no (comitê gestor da PNPS). Entrevistado 10

[...] A Promoção não está dentro unicamente do locus do SVS. Ela tem vários locus dentro do ministério. E a gente faz muito essa articulação com o Comitê Gestor (PNPS), que tem uma regularidade de ser mensal. Mas, se fosse uma Secretaria que perpassasse todas e tivesse um certo poder de hierarquia, talvez conseguisse transitar melhor. Entrevistado 13

Essas reflexões teóricas se coadunaram com a análise documental que apontava que a SVS devia conduzir o processo de articulação que se estende intra-ministério da Saúde até para além do Ministério, em todo o SUS (BRASIL, 2015c).

As categorias descritas: ‘SVS como poder representativo da PNPS’ e a ‘dificuldade na escuta: modelo top-down conduzindo as decisões’ foram contrárias à proposta do Comitê Gestor da PNPS transversalizar a PS no MS, o que possibilitou inferir que esse comitê encontrava dificuldades em torno do desenvolvimento de seu papel na PS.

7.4.2 PRINCIPAIS INTERESSES

7.4.2.1 Categoria: *Doenças crônicas legitimando os interesses em torno da PS*

Ao indagar os entrevistados sobre o nível de prioridade conferido à PS pela agenda do Estado, durante o período de 2006-2014, surgiram nos discursos argumentos que a qualificaram como elevada; frágil; inexistente e não saberia responder. A força argumentativa dos discursos ressaltaram as variáveis elevada e frágil, contudo os demais aspectos também foram analisados. Essas observações possibilitaram entender que, apesar de elevada prioridade em relação à PS, seus resultados foram frágeis em relação à perspectiva teórica do desenvolvimento social. Portanto, existia uma nítida contradição em torno da prioridade desse saber em nível federal.

Segundo os entrevistados, a prioridade elevada tanto no governo Lula quanto de Dilma estava justificada ao se observar um maior destaque ao tema da PS na esfera federal. Para alguns, essa subcategoria poderia ser descrita de forma crescente entre os governos.

No governo Lula, os entrevistados relataram que essa priorização inicial se estabeleceu a partir da formulação da PNPS. Em contrapartida, acrescentaram que mesmo com essa Política, contraditoriamente à PS se apresentou mais forte na política macro do governo que em sua própria política.

[...] Se a gente pensar na implementação e na priorização de políticas que interferiram nos determinantes ampliados da saúde e considerá-las como política de PS. Toda mobilização que teve para redução da pobreza, para inclusão, para diminuição de iniquidades, para ampliação de emprego e renda, o governo Lula foi muito mais ativo em relação a isso. [...] Nos governos Dilma isso se consolida em alguns aspectos e em outros isso muda de rumo. Isso em termos de políticas ampliadas de proteção social que tem impacto direto sobre PS. Entrevistado 05

Além disso, a priorização da PS e a intersetorialidade também foram constatadas no discurso de posse, do Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, ao apresentar seus 22 compromissos, entre os quais:

[...] Priorizar a PS e políticas de prevenção voltadas para as doenças prevalentes como as cardiovasculares, câncer, as que resultam das violências, acidentes de trabalho e de trânsito, do uso de drogas psicoativas e álcool, de hábitos alimentares, do tabagismo entre outras (TEMPORÃO, 2007, p.5).

Como também, em várias participações do ministro no Conselho Nacional de Saúde (CNS) ao defender, como por exemplo, a tentativa da criação da Secretária de Atenção Primária e Promoção da Saúde, referendado pela Comissão Nacional dos Determinantes Sociais, no enfrentamento à captura de recursos para assistência. Essa proposta objetivava “fortalecer a atenção primária e a promoção” (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2008a, p.7).

[...] Nós temos que valorizar muito a saúde pela sua característica, tem essa natureza da intersetorialidade e, de outro lado, a PS sempre foi vista com peso menor, quer dizer, nunca houve colocação em prioridade absoluta das iniciativas e das políticas ligadas à PS. A ideia é que nós possamos dar um grande destaque a esse eixo (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2007c, p.19).

[...] Nós temos que apostar, investir cada vez mais em políticas de promoção. Tão importante quanto construir um hospital é investir na educação, na informação e na construção de consciência política diferenciada sobre hábitos saudáveis de vida, mudança de padrão comportamental (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2008a, p.3).

A Ministra da Saúde em exercício, Márcia Bassit, alegou os motivos que conduziram a proposta pela criação dessa nova secretaria:

[...] A ideia do Ministro Temporão, ao trabalhar com essa reformulação do modelo de gestão, era deixar bastante clara a diretriz do presidente Lula, do MS e dos conselhos, enfim, das conferências de que a atenção primária é, de fato, uma prioridade nossa. E a promoção é de fato a nossa preocupação maior. Nós tínhamos necessidade de deixar isso claro porque num organograma frio, ele não deixa demonstrar no seu formato o que o Ministério faz, quem quer saber o que qualquer instituição faz em termos de ações numa primeira abordagem mais geral, vai direto ao organograma, aí você procura ali alguma ação, alguma área que mostre de fato o que é prioridade naquela instituição e no nosso organograma não existia isso. Onde é que está a promoção? Onde é que está a atenção primária? Nós temos uma Secretaria de Assistência, de Atenção à Saúde com uma série de áreas e setores sem identificar claramente o que o MS faz. Então, desses estudos surgiu a necessidade de darmos destaque à questão da promoção e atenção primária (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2008b, p.2).

Esse interesse na priorização da PS dentro do SUS pôde ser percebido também no Plano Nacional de Saúde quando evidenciou, na qualidade de diretrizes, a preocupação com o desenvolvimento e fortalecimento desse saber:

[...] Objetivo 3 – Promover e participar da adoção de medidas voltadas à prevenção e ao controle de determinantes e condicionantes da saúde da população. 8. Desenvolvimento e fortalecimento da PS (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2009, p.5).

No Governo Dilma Rousseff, os entrevistados consideraram que a PS pode ser retratada através da presença significativa no plano pluri anual (PPA); indução de conferências em torno dessa temática: conferência global de segurança no trânsito; priorização da rediscussão da PNPS, culminando em sua revisão, entre outras políticas existentes.

[...] Se for pensar nos temas da PS da forma como está na política (2006), o governo Dilma trouxe muito mais prioridade para os temas da PS do que Lula. [...] Na verdade, no governo de Lula, a política ficou mais restrita (ao setor saúde), no de Dilma eu acho que ficou menos. Entrevistado 14

Alguns entrevistados consideraram que, ao menos em nível de discurso do Ministro da Saúde, tanto do Alexandre Padilha quanto do Arthur Chioro, a PS se configurava como estratégia prioritária.

[...] Tanto o Ministro atual (Chioro) quanto o Ministro Padilha, ambos dizem, no discurso, que PS é uma prioridade. E quando falam que é prioridade, olham para o impacto das doenças crônicas degenerativas na vida das pessoas; como também seu impacto de mortalidade para o sistema de saúde. Então, eles vão falar: “PS é prioridade”. Entrevistado 07

Isso pode ser constatado ao se observar o discurso de posse do Ministro da Saúde Arthur Chioro, em 3 de fevereiro de 2014, que assumiu a PS como prioridade:

[...] Refiro-me à necessária adoção de medidas de controle do sedentarismo e enfrentamento da obesidade (em adultos e, em particular, na infância); de ações de prevenção e controle das violências (no trabalho, no trânsito, nas ruas, nas famílias e contra as pessoas); de políticas destinadas à saúde da população negra e dos povos indígenas. São questões que merecerão na minha gestão absoluta prioridade. Tratam-se, entretanto, todas, sem exceção, de ações de promoção e prevenção que precisam ser realizadas – sempre - de forma articulada com outras políticas públicas, com as demais esferas de governo e com a sociedade civil organizada para que tenhamos sucesso (CHIORO, 2014, p.5).

Além disso, em passagens pelo CNS, o ministro convocou os conselheiros da saúde para produzirem a maior conferência de saúde, reconhecendo como problemas do sistema de saúde, o fato de a “dimensão da promoção, da prevenção, que acabava sempre ficando colocada em segundo plano na construção das nossas políticas em detrimento da política de assistência” (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2014d, p.28).

A importância da PS na agenda do Estado apareceu também nas Atas do CNS ao ser lembrada, diante da relação de outras estratégias governamentais:

[...] Explicou que a lista de produtos estratégicos para o SUS será revisada anualmente, pelo MS, considerando a importância para o SUS, conforme as políticas de promoção, prevenção e atenção à saúde; alto valor de aquisição para o SUS (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2014c, p.2).

[...] Não é possível trabalhar na perspectiva da promoção à saúde sem colocar o tema da alimentação saudável na centralidade da agenda da saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2014f, p.3).

Entretanto, mesmo com essa sinalização em torno da prioridade da PS na agenda do Estado, para outros entrevistados, essa prioridade ainda era frágil. Primeiramente, devido ao seu direcionamento ser em torno de ações comportamentalistas, o que conferiu fragilidade conceitual aos pressupostos e princípios da PS. Assim como sua tímida inserção no PPA, por não conferir o destaque necessário para sua implementação. Outro aspecto referiu-se à inserção da PS como anexo no Departamento de Vigilância de Doenças, o qual sinalizava a sua real prioridade. Ademais, o fato de existirem temas prioritários na PNPS também não significava que estariam na agenda do Estado.

Entre outros fatores que corroboraram para a frágil prioridade da PS na agenda do Estado, apontados pelos entrevistados, foram: o contexto de financiamento que privilegiava a média e alta complexidade, inserindo a PS em segundo plano; restrição ao espaço de discussão, mas distante de propostas com possibilidades de enfrentarem o modelo de desenvolvimento; uma política de comunicação de PS que priorizasse o estilo de vida; e a apresentação da PS de forma etérea, como campanha. Um dos entrevistados pontuou que o recurso destinado para formulação da PNPS, no primeiro momento, foi desviado para a formulação da Política Nacional de Humanização, o que reforçava a sua frágil prioridade desde a sua origem.

[...]Foi prioridade mesmo em alguns vários momentos. [...] Eu acho que era mais, muito mais pauta e discussão, muito mais “vamos fazer evento”. Era muito mais estimulado alguns espaços pra discussão do que atualmente. Entrevistado 04

[...] É uma prioridade! Eu acho que ainda não tá priorizada como deve ser, mas a prioridade que está sendo dada é com uma característica etérea: é a história da campanha. Você pega a promoção e coloca em uma grande nuvem. [...] Até o ministério se confunde nas coisas de PS. Entrevistado 15

[...] Eu te falo que ela não foi priorizada no primeiro momento do governo Lula, porque o dinheiro (para formulação dela) foi até alocado em uma outra política - a política nacional de humanização. Entrevistado 08

Entre os argumentos apresentados que retrataram a contraditória prioridade a PS na agenda no Estado, destacou-se entre os entrevistados, o fato das doenças crônicas legitimarem os interesses em torno da PS. Esse entendimento partiu do reconhecimento de que a PS estava entre os temas prioritários da SVS, principalmente quando o objetivo se tratava do enfrentamento das doenças crônicas. Ou seja, a leitura da PS associada à perspectiva

comportamentalista predominava na indução de ações e interesses, reflexo da essência dessa secretaria. Outro ponto abordado pelos entrevistados referiu-se ao reconhecimento de que o Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil reforçou o lócus da PNPS na SVS.

[...] A visão que a gestão tem da PS, realmente, é relacionada muito com as doenças crônicas. A gente tá dentro do departamento dessas crônicas, por estar nesse lócus. A gente tem um olhar meio que voltado para isso. Isso realmente é um espelho. Entrevistado 13

[...] A SVS reforçou o lócus da PS dentro da SVS e da coordenação da (DANTS). Assim, como se viram um pouco mais ameaçados de perder a política, eles fizeram todo um esforço para dizer: “não, nós estamos trabalhando”. Aí vem o plano de crônicas e começou a colocar a PS dentro desse plano. Entrevistado 06

Quando se tratava de PS, de acordo com os entrevistados, existia a preferência, pelos formuladores de política, em consolidar o enfrentamento das doenças crônicas, exatamente as ações prioritárias descritas na agenda da PNPS (2006). Isso apresentou consonância com a questão do Brasil ser signatário, como por exemplo, no enfrentamento das crônicas, do tabagismo, da violência e das problemáticas em torno da segurança viária. E alguns entrevistados reconheceram que a força da agenda de crônicas veio com a Estratégia global, em 2005, mesmo período em que estava ocorrendo a formulação da PNPS.

[...] Na época a gente tinha um movimento global, estratégia global, que era uma prioridade da Vigilância. E dentro dessa estratégia (estava) o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis. Então, veio com muito peso essa (agenda), coordenada pela OMS, em 2005. E foi o mesmo ano em que a gente estava elaborando a PNPS, que foi lançada em 2006. Entrevistado 12

[...] Basta você ver aquilo que os editais apontavam como prioridade: foi a questão da violência, da alimentação, do álcool e outras drogas. [...] O restante da política não, entendeu? Entrevistado 03

Pode-se constatar o evidente interesse na associação da PS às doenças crônicas. Apesar dessa frágil e incoerente associação foi ela que possibilitou a publicização da expressão “Promoção da Saúde” no governo federal. E essa preferência projetada que a entrada da revisão da PNPS na agenda do Estado deverá se nortear com base nessa forte indução. Alguns outros exemplos identificados, nas Atas do CNS, reforçam essa associação:

[...] No primeiro eixo, que é o da PS e Ações Intersetoriais, os principais problemas são: alta incidência de doenças cardiovasculares (principal causa de mortes no Brasil), diabetes, hipertensão, acidentes de trânsito e de trabalho; o câncer também deveria estar aí. Ministro da Saúde, José Gomes Temporão (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2007c, p.20).

A apresentação da Déborah Carvalho Malta, na reunião do Conselho Nacional de Saúde, sobre o Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis, demonstrou essa associação entre a PS e as doenças crônicas:

[...] Disse se tratar de um plano de Estado para dez anos que, inclusive, seria apresentado pela Presidente da República e a delegação brasileira na Assembleia da ONU. [...] Nessa lógica, disse que as ações do MS em relação às doenças crônicas não transmissíveis são: 1) Vigilância; 2) Promoção da Saúde: Programa Academia da Saúde, Política anti tabaco, acordo com a indústria para redução gordura trans e sal, rotulagem alimentos; 3) Expansão da atenção primária (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2011d, p.6).

Assim como a Coordenadora da Área de Acidentes e Violências do Ministério da Saúde, Marta Silva, reconheceu essa associação durante o Congresso da ABRASCO ao comentar que a “PNPS está centrada no objetivo de interromper o desenvolvimento das doenças crônicas e, para tanto, propõe ações e estratégias ligadas diretamente aos fatores de risco, como o sedentarismo, o tabagismo e a má alimentação” (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2015, p.1).

O Secretário Executivo Adjunto do MS, Adriano Massuda, ao apresentar os dezesseis objetivos estratégicos do Ministério da Saúde para 2011-2015, especificou a PS, associada à prevenção, entre os objetivos, exemplificando a problemática relatada por essa categoria:

[...] No Objetivo 2 (Reduzir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde), as estratégias são as seguintes: redução da mortalidade e aperfeiçoamento do Programa Nacional de Controle da Dengue; reestruturação do Sistema de Vigilância de Doenças Transmissíveis; ampliação da integração da Vigilância em Saúde com a Rede de Atenção à Saúde; aperfeiçoamento das ações de vigilância e controle da hanseníase e outras doenças transmissíveis relacionadas à pobreza; aperfeiçoamento da prevenção, vigilância, diagnóstico e tratamento da malária na região amazônica; construção do Plano Nacional de Resposta às Emergências de Saúde Pública e Desastres; ampliação da vigilância e prevenção do HIV/Aids e qualificação do enfrentamento das hepatites virais; ampliação da detecção precoce da sífilis em gestante; ampliação do uso das vacinas existentes e introdução de novas vacinas no Calendário Básico de Vacinação; ampliação das ações de vigilância de violência doméstica, sexual e/ou outras violências; intensificação da vigilância das populações expostas a agrotóxicos; e intensificação das ações de vigilância na área de saúde do trabalhador (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012a, p.1).

Outra fragilidade que contestou a prioridade estabelecida à PS na agenda do Estado, referiu-se ao interesse de utilizá-la na qualidade de estratégia comunicacional, limitando a extensão desse saber. Esse direcionamento favoreceu a comunicação dos interesses do lócus da gestão, distanciando-se das especificidades do território em torno dos sujeitos.

[...] Conversando com o [...], peruano, que está no MS do Peru, trabalhando a questão da PS, ele diz o seguinte: que a maioria dos MS, aí o nosso também, vê PS como estratégia comunicacional. Então, gastar onze milhões e oitocentos para política nacional de PS é gastar dinheiro para comunicação, não é gastar dinheiro pra empoderamento. [...]. E aí, ele falou assim, que nós do MS precisamos de romper com essa visão comunicacional da PS. Entrevistado 07

Como complemento, a Patrícia Constante Jaime, Coordenadora Geral de Alimentação e Nutrição – CGAN/MS, na reunião do Conselho Nacional de Saúde, considerou a PS como estratégia comunicacional importante para o empoderamento do cidadão.

[...] Ressaltou que a informação empodera o cidadão e por isso é necessário divulgar o que significa uma alimentação adequada e saudável para que ele não dependa apenas de informações com interesses comerciais e publicitários (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2014a, p.253).

Os interesses na comunicação da associação entre a PS e as doenças crônicas favoreceu à cristalização da compreensão da PS como prevenção, ocasionando uma confusão conceitual que refletia diretamente na prática profissional, o que demonstrava uma limitação na indução de ações em torno de uma concepção ampliada de saúde.

Essa associação, segundo o entrevistado, entre doenças crônicas e PS justificou-se por acreditar que a ação sobre o DSS, implicaria em sair do setor saúde, o que não conferia governabilidade ao setor sobre isso. Para ele, essa ação necessitaria de um compromisso de Estado.

[...] Tem uma visão de que PS é só uma ação nos determinantes, aí a gente sai do setor saúde. É difícil você achar que o setor saúde vai aumentar renda, melhorar a moradia das pessoas. Isso tem que ser um compromisso maior, do Estado, da sociedade.
Entrevistado 11

Apesar de um contexto político favorável para a construção de ações em torno dos DSS, com olhar sobre as especificidades territoriais, percebeu-se que havia uma decisão em reduzir a PS ao estilo de vida. Havia o entendimento, pelo gestor, da incapacidade do setor saúde atuar sobre os DSS, pois sairia de suas atribuições. Contudo, era contraditória a postura crítica perante a decisão da Câmara dos Deputados em não considerar a PS como ação da saúde, ao se perceber que, indiretamente, se coadunaria com o mesmo pensamento.

De fato, analisando o lócus no qual a Política estava localizada, seria difícil pensar que a PS poderia ocupar um papel diferente. A sua inserção na SVS, cuja competência circunscreve em torno da prevenção de agravos, naturalmente, seria influenciada por suas características. Todavia, a observação do entrevistado para um movimento de retirada da PS das diretrizes da SVS, apesar da pouca força argumentativa, chamou a atenção por caminhar na contramão da elevada prioridade da PS pela agenda do Estado. Segundo o entrevistado, a palavra PS estava sendo extinta das diretrizes da SVS, o que apontava para o nível de interesse a essa temática.

[...] A portaria um três sete oito que regulamenta a SVS - o que é o serviço, como funciona - a palavra PS foi extinta, enquanto a três dois cinco dois, que era a anterior que regia a vigilância, falava em PS o tempo inteiro no processo de trabalho. [...] Todas as atribuições da vigilância não parece promoção, parece prevenção.
Entrevistado 14

Ao se analisar essas duas portarias, apontadas pelo entrevistado, observou-se que estava ocorrendo um movimento de extinção da palavra PS das diretrizes e competências da SVS. Em uma busca simples pela expressão “promoção da saúde” nesses dois documentos, constatou-se que na portaria nº 3.252, de 22 de Dezembro de 2009, a expressão procurada apareceu 27 vezes;

enquanto que na portaria nº1378, de julho de 2013, esse número caiu para três vezes menos. Em contrapartida, as competências em torno da prevenção ficaram mais evidentes na escrita da portaria (BRASIL, 2009b, 2013).

Na Portaria nº 3.252, de 22 de Dezembro de 2009, a PS foi reconhecida como ação da vigilância a qual se configurou no enfrentamento dos DSS (BRASIL, 2009b, p.66).

Art. 2º A Vigilância em Saúde constitui-se de ações de promoção da saúde da população, vigilância, proteção, prevenção e controle das doenças e agravos à saúde, abrangendo:

II - promoção da saúde: conjunto de intervenções individuais, coletivas e ambientais responsáveis pela atuação sobre os determinantes sociais da saúde;

Art. 8º As ações de promoção da saúde são voltadas para a redução da vulnerabilidade e das desigualdades existentes, buscando intervir sobre os determinantes e condicionantes da saúde.

Enquanto que na portaria nº1378, de julho de 2013, a Promoção da Saúde apareceu como ação, mas relacionada à Academia da Saúde ou a ações em torno de doenças transmissíveis (BRASIL, 2013).

Art. 2º A Vigilância em Saúde constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde (BRASIL, 2013, p.48).

Art. 19. O incentivo para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde, do PVVS, será composto pela unificação dos seguintes incentivos: [...] VIII - Ações de Promoção da Saúde do Programa Academia da Saúde (BRASIL, 2013, p.49).

Art. 20. O incentivo para as ações de Vigilância, Prevenção e Controle das DST/AIDS e Hepatites Virais será composto pela unificação dos seguintes incentivos:

I - Qualificação das Ações de Vigilância e Promoção da Saúde as DST/AIDS e Hepatites Virais; (BRASIL, 2013, p.49).

Através dessas informações, juntamente com os demais interesses descritos, pôde-se perceber que a SVS está deixando evidente que sua competência principal é a prevenção. E isso se reforçou ao se constatar o interesse pela transversalidade da PS, tirando do seu lócus a responsabilidade única por induzir demandas em torno dessa temática. Contudo, a análise dessas portarias apontou para o distanciamento da PS, vinculada aos DSS, e a priorização da PS como ação sobre o estilo de vida e estratégia comunicacional perante o enfrentamento das doenças não-transmissíveis.

Se a problemática antes circunscrevia pela cristalização da PS à prevenção, pode-se dizer que nessa ocasião ela se intensificou, contudo trazendo uma nova problemática: a PS relacionada aos DSS está perdendo lócus no MS.

Para alguns entrevistados, a realidade era a de que a PS nunca foi prioridade, os quais justificaram que, desde a constituição, a temática vinha sendo tangenciada. E quando presente, estabelecia-se em torno de temas específicos que existiriam independentes da Política. Além disso, pontuaram que o fato de os governos não enfrentarem os interesses do mercado, demonstrava a pouca priorização que davam ao tema. Por isso, acreditavam que não houve diferença entre os governos de Lula e Dilma quanto a essa questão.

[...] A PS surge mais intensamente na SVS e, claramente, já não é prioridade. Para mim, não foi prioridade. Isso não invalida o esforço de uma série de atores que durante esse período tentavam tocar a promoção. [...] (A PS) nunca foi colocada, efetivamente, como um quadro da política do estado do Brasil. Entrevistado 09

[...] Eu não tenho elementos pra acreditar que essa política seja verdadeiramente um desejo político. [...] As evidências são muito eloquentes para nos mostrar que as graves complicações de saúde que acometem nossa população em grande medida são fruto de maus hábitos de vida: alimentação, sedentarismo e uma série de coisas. Se nós sabemos que excesso de sal, açúcar e gordura são nocivos e que determinam, conseqüentemente, doenças ou condições de enfermidades com as quais o país é obrigado a gastar rios de dinheiro, seria mais lógico pensar, por exemplo, em ter uma regulação da indústria alimentícia para que não pusesse nas nossas prateleiras, sobretudo ao acesso mais fácil da população mais pobres, verdadeiras bombas para a saúde das pessoas. [...] Aí você fala assim “estou hipertenso” - o senhor precisa fazer caminhada “eu não tenho dinheiro para ir para academia” Não, mas o senhor caminha. Caminhar como, se nem calçadas nós temos? Então, isso é ridículo. Entrevistado 02

Ao passo que outros entrevistados afirmaram que não saberiam responder ou desconheciam a prioridade conferida à PS na esfera federal. Enfim, a realidade é que a PS entra na agenda do Estado de forma fragmentada, conforme interesses do gestor. Contraditoriamente, o fato de se consolidar uma política em relação à PS, não significava dizer que ela estaria na agenda do Estado. A força da PS como estratégia comunicacional pelo governo federal direcionava a mudança do modelo de atenção à saúde, mas com ações em torno da prevenção de agravos.

7.4.3 POLÍTICA DE SAÚDE

7.4.3.1 Categoria: Política de saúde incoerente com a macro política governamental

A presença de governos de esquerda possibilitou a inserção de pautas marginalizadas nos governos anteriores, as quais puderam ser priorizadas nesse período na agenda sistêmica. Destacou-se, de acordo com os entrevistados, a atuação sobre os DSS. Contudo, a priorização desse saber ao se chegar ao setor saúde, deparou-se com uma disputa entre o modelo biomédico, apoiado pela reivindicação por assistência da população, e o modelo da produção social da saúde.

[...] No cotidiano o usuário cobra mais assistências dos governos em todos os níveis da gestão, porque bate na porta o problema da fila, da falta de profissionais, sobretudo profissional médico, a insuficiência de medicamentos, de leitos. [...] O SUS é um grande mercado que dinamiza o estado. Tem um poder de compra muito grande: compra medicamento, compra vários outros tipos de insumos, o governo federal contrata serviços. O SUS alimenta bastante o setor privado. Entrevistado 01

Apesar do aumento dos investimentos em torno da PS, na prevenção de doenças e na ampliação da atenção primária em saúde, ainda não foram suficientes para ocasionar uma mudança no modelo de atenção à saúde. Segundo os entrevistados, a PS caminhava contra toda a hegemonia do SUS, ainda focado na doença e na fragmentação das ações dentro do próprio Ministério da Saúde.

[...] O problema é que o ministério fragmenta muito: política de equidade para um lado, promoção para o outro, de alimentação para outro, de vigilância pra outro, aí fica uma colcha de retalhos. Entrevista 01

[...] A PS, querendo ou não, vai sempre contra toda a hegemonia preponderante do SUS. Entrevistado 13

Á época, o Ministro José Gomes Temporão, em reunião do Conselho Nacional de Saúde, manifestou-se nos seguintes termos:

[...] Eu diria, sem medo de errar, que não é uma política de saúde que nós temos no Brasil. Nós temos uma política de atenção à saúde que está sempre focada na atenção, no hospital e de preferência no viés da alta tecnologia (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2007b, p.14-15).

É em função da priorização da ação assistencial e curativa, segundo análise do Delphi do processo de revisão da PNPS, que a PS não se configurou como política de Estado em quaisquer dos âmbitos: nacional, estadual ou municipal (WESTPHAL, 2014).

Valcler Rangel Fernandes, vice-Presidente de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde/FIOCRUZ, reconheceu a incoerência na condução da política de saúde, ao afirmar:

[...] Inicialmente, o pensamento de Sérgio Arouca, 2002, a ser considerado para pensar o contexto saúde e meio ambiente: “Nós fizemos a Reforma sanitária que criou o SUS, mas o núcleo dele, desumanizado, medicalizado está errado. Temos de entrar nesse modelo e mudar. Qual o fundamento? Primeiro, é a promoção da saúde, e não da doença. O SUS tem de, em primeiro lugar, perguntar o que está acontecendo no cotidiano da vida das pessoas e como eu posso interferir para torná-las mais saudáveis” (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2013a, p.3).

Essa tensão entre a política macro, indutora de ações em torno dos DSS, e a política de saúde, predominante no desenvolvimento de ações em torno da doença, demonstrou uma contradição ou limitação na indução de interesses do executivo o que demarcou o processo em torno da entrada da revisão na agenda de Estado.

7.5 MICRO CONTEXTO: FINANÇAS SETORIAIS

A distribuição do orçamento e dos gastos setoriais retrataram as prioridades na indução de políticas, circunscritas ao modelo de atenção à saúde. Como também, influenciaram a extensão de uma política pública na prática.

[...] A linha orçamentária, o financeiro determina muito a estrutura, a dinâmica de um programa, de uma política. Entrevistado 15

Ao se tratar sobre as finanças setoriais, as categorias evidenciaram que o ‘orçamento do Ministério da Saúde era capturado pela assistência’, assim como a predominância de suas ações voltadas para a doença. Em contrapartida, percebeu-se iniciativas e induções por parte do Ministério da Saúde com o intuito de ampliar as ações, principalmente, em torno da prevenção de agravos e da PS. Porém, os ‘mecanismos restritivos e indutores de incoerências no âmbito da PS’, juntamente com a insuficiência de recursos foram entraves na legitimação da PS no SUS.

As vias de acesso à atenção à saúde no Brasil se estabeleceram pelo setor público, através do atendimento universal do SUS, e pelo setor privado, representado no gasto direto das famílias com saúde. Vale salientar que, independente do sistema de saúde, sempre haverá gastos com o setor privado. A tabela 2, a seguir, referente ao ano de 2011, serviu de modelo para refletir sobre a participação desses setores nos gastos em saúde, comparando-os às despesas de saúde entre países com sistemas de saúde universais.

Apesar da quantidade de informações, descritas na tabela, a reflexão se deu em torno dessas especificações.

Tabela 2 - Indicadores econômicos e de despesas em saúde mundiais

Países/ Descritor	Canadá	França	Austrália	Reino Unido	União Europeia	Espanha	Argentina	Brasil	China
PIB <i>per capita</i> (dólar corrente)	50.343,69	42.379,26	61.789,48	38.974,32	34.923,04	31.984,73	10.941,96	12.593,89	5.444,79
PIB <i>per capita</i> , PPC (1)	35.714,79	29.820,09	34.852,66	32.808,79	28.048,60	26.952,35	-----	10.278,63	7.417,89
Despesas <i>per capita</i> de saúde (dólar corrente, US\$)	5.629,73	4.952,00	5.938,65	3.608,65	3.550,68	3.026,65	891,80	1.120,56	278,02
Despesa <i>per capita</i> em saúde, PPC (const. 2005 internacional \$) (1)	4.519,96	4.085,48	3.691,55	3.321,67	3.259,80	3.040,78	1.433,70	1.042,73	432,28
Despesas privadas de saúde, (% do PIB)	3,31	2,70	2,84	1,61	2,33	2,49	3,19	4,83	2,28
Despesas públicas de saúde, (% do PIB)	7,87	8,92	6,19	7,71	7,82	6,95	4,92	4,07	2,89
Despesas públicas de saúde (% do total de despesas em saúde)	70,41	76,74	68,51	82,70	77,04	73,59	60,64	45,74	55,89
Despesas totais de saúde (% do PIB)	11,18	11,63	9,03	9,32	10,15	9,44	8,11	8,90	5,16

Fonte: Gurgel e Bittencourt (2013, p.6).

Em 2011, o gasto total com saúde no Brasil (público e privado) atingiu o equivalente a 8,9% do PIB. No comparativo com os demais países de cobertura universal, observou-se que esse valor estava um pouco abaixo, pois quando se comparou a participação do setor público e

privado no gasto total de saúde, constatou-se o predomínio, de 54,3%, do investimento da instância privada no gasto total em saúde. Essa informação demonstrou uma incoerência no financiamento: como um país que defende um sistema universal de saúde apresenta predomínio de despesas privada no gasto total com saúde? Enquanto países com sistema de saúde universal investiam acima de 60%, representando uma participação significativa do setor público, no Brasil esse valor era de 45,7%.

Fundamentado nesses dados foi que a Fundação Oswaldo Cruz (2012), em sua Publicação sobre “A Saúde no Brasil em 2030”, reconheceu o sistema de saúde brasileiro como pluralista, tanto em termos institucionais quanto no que diz respeito a fontes de financiamento e a modalidades de atenção à saúde. Apesar de o país apresentar um sistema universal de saúde, conforme especifica a constituição de 88, na prática, o gasto em saúde, majoritariamente, era e ainda é privado, o que justifica o termo pluralista para esse sistema. E acrescentou que

[...] essa pluralidade se expressa em quatro vias básicas de acesso da população aos serviços de saúde: (i) o Sistema Único de Saúde (SUS), de acesso universal, gratuito e financiado exclusivamente com recursos públicos (impostos e contribuições sociais); (ii) o segmento de planos e seguros privados de saúde, de vinculação eletiva, financiado com recursos das famílias e/ou dos empregadores, composto em junho de 2009 por 1.116 operadoras de planos de assistência médico-hospitalar e 406 de planos exclusivamente odontológicos; (iii) o segmento de atenção aos servidores públicos, civis e militares e seus dependentes, de acesso restrito a essa clientela, financiado com recursos públicos e dos próprios beneficiários, em geral atendidos na rede privada; (iv) o segmento de provedores privados autônomos de saúde, de acesso direto mediante pagamento no ato (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2012, p.172).

Essa contextualização é importante para se visualizar de forma macro a problemática em torno do subfinanciamento do SUS. A seguir, detalhar-se-ão as categorias descritas, distribuídas nos subitens subsequentes, decorrentes do processo de análise.

7.5.1 ORÇAMENTO E GASTOS SETORIAIS

7.5.1.1 Categoria: Orçamento do MS capturado pela assistência

A força argumentativa dessa categoria se estabeleceu na compreensão de que o orçamento do MS foi capturado pelas demandas da assistência. Segundo os entrevistados, isso ocorreu por pressão da sociedade por demandas curativistas, em função das próprias necessidades, e pela força do modelo clínico no discurso e prática de atores da gestão, caracterizando o modelo hegemônico do SUS.

[...] No cotidiano, o usuário cobra mais assistências dos governos em todos os níveis da gestão, porque bate na porta o problema da fila, da falta de profissionais, sobretudo profissional médico, a insuficiência de medicamentos, de leitos. Sem sombra de dúvida, o que a população mais demanda é a assistência. Entrevistado 01

[...] A gente está dentro de um contexto onde a Secretária de Atenção à Saúde, que vai ter as grandes unidades Hospitalares, de reabilitação. De onde vai ter o maior recurso e deslocamento de interesses. E a promoção da Saúde? Sempre vai ficando meio capenga. A gente vai brigando por espaço, mas sempre uma briga contra toda a hegemonia do próprio modelo político do País como um todo e o próprio SUS, que por mais que brigue por um conceito ampliado de saúde sempre vai para um olhar que a população demanda. É o olhar que o jornalista vai bater. É o olhar que a população sempre pede: “Eu quero hospital”. Entrevistado 13

Isso ainda se agravou a partir do momento que as emendas parlamentares foram orçadas dentro do orçamento do Ministério da Saúde, contudo, totalmente desconectadas do seu planejamento.

[...] Eles (deputados) agora podem, por emenda parlamentar, promover custeio de hospital. É uma coisa esdruxula! Você tira qualquer controle que o Ministério pode regular de dizer não. Agora o deputado vai decidir. Entrevistado 13

Em reunião do Conselho Nacional de Saúde, registrou-se a satisfação com o aumento da execução do orçamento do MS, porém destacou o ‘faz-de-conta no orçamento’ que, em função da necessidade de aprovar o orçamento, pactuou emendas para os parlamentares.

[...] Em termos de valor (quase R\$ 80 bilhões), todavia, em termos percentuais, essa execução pode ser menor por causa do contingenciamento de emendas parlamentares, na ordem de R\$ 5 bilhões. Considerando o esclarecimento sobre a possibilidade de oscilação entre o previsto no orçamento e o efetivamente pago, questionou a dinâmica que permite ao Estado uma espécie de “faz de conta no orçamento”: para aprovar o orçamento no Congresso Nacional, as emendas parlamentares são aceitas, mas, em seguida, o Executivo define o contingenciamento (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012b, p.13).

Segundo os entrevistados, antes da PNPS não havia destinação de recursos específicos para a PS. Entre 2006 e 2014, observou-se o surgimento de rubricas específicas para ações de PS. Esse aumento na destinação de recursos foi capaz de mobilizar a agenda dos municípios para novas demandas em torno da PS.

[...] Só depois dessa política, de dois mil e seis, é que teve rubrica no orçamento financeiro para promoção. Entrevistado 08

[...]A gente priorizou recursos específicos (PS) pros municípios. E isso foi uma política de indução muito forte porque os municípios começaram a apresentar projetos e a ter um recurso suficiente, não totalmente suficiente, mas um recurso específico para práticas de PS. Entrevistado 10

Em entrevista, o Ministro da Saúde, Arthur Chioro, considerou que estava ocorrendo um movimento de ampliação dos investimentos em ações de PS e prevenção:

[...] Nos últimos dez anos ao invés de só investir em postos de saúde, hospitais, clínicas especializadas, o governo brasileiro também teve a capacidade de ampliar o investimento em prevenção. É isso que faz com que a gente hoje tenha equipes, no governo federal, nos governos estaduais, nos governos municipais, prontas pra atuar nas ações de prevenção e promoção à saúde, porque eram áreas que historicamente ficava sem recursos, não se tinha investimento pra formar pessoas, pra comprar equipamentos, pra investir em sistemas de informação, pra incorporar medicamentos que são usados na prevenção e fundamentalmente pra articular esses sistema, sem recursos a área não funciona. Então eu quis fazer uma demonstração clara de que HÁ intencionalmente uma decisão tomada desde dois mil e quatro de ampliar os recursos no orçamento do ministério da saúde pra área de promoção e prevenção da saúde (BRASIL, 2014d).

Entretanto, destacou-se no relato dos entrevistados, que os recursos destinados à PS pela SVS eram insuficientes para ampliar de forma significativa a indução por ações de PS e prevenção de agravos. E justificada, em parte, a limitação orçamentária por ser uma das secretarias com menor recurso dentro do MS. Consequentemente, insuficiente para induzir algum tipo de mudança no modelo de atenção em saúde, ou, simplesmente implementar a PNPS.

[...] Não havia recurso suficiente, porque a SVS não é a secretaria com mais recursos do ministério. Muito pelo contrário, é uma das secretarias com menor orçamento. Entrevistado 10

[...] É um ponto que a gente ainda precisa avançar muito. Eu acho que houve (recursos para PS), mas ainda é muito pouco, muito pouco. Ele ainda é insuficiente para as ações, ainda precisa aumentar. Entrevistado 12

Outro fator apontado que preocupou a gestão orçamentária, durante a observação participante, referiu-se à decisão da Câmara dos Deputados em reconhecer que investimentos em ações de PS não poderiam ser considerados investimentos em saúde, o que fragilizaria ainda mais a destinação de recursos.

Nesse processo de discussão orçamentária, o que parecia certo era o subfinanciamento do SUS (SOARES; SANTOS, 2014). Mesmo reconhecendo o discurso de autoridades econômicas da possibilidade de se fazer mais com menos recursos, a verdade era que o SUS vinha “tirando água das pedras” (SANTOS, 2010, p.18). Segundo Soares e Santos (2014), ao se analisar o financiamento da saúde, no período de 1995 a 2012, constatou-se que o subfinanciamento tornou-se uma política de Estado. Esses autores acrescentaram que, no âmbito federal, os governos do Partido dos Trabalhadores (PT) não diferiram dos governos do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB).

Os gastos com saúde do governo federal, praticamente, não cresceram em relação ao PIB. Apenas houve um ligeiro aumento nos dois primeiros anos do governo Dilma, mas ficando os gastos sempre abaixo do crescimento da receita corrente bruta (SOARES; SANTOS, 2014).

[...] As razões das dificuldades de evolução dos gastos podem ser explicadas, em parte, pelo compromisso do governo central em fazer superávit primário para pagamento da dívida pública, em detrimento do aumento substancial e necessário dos gastos com saúde, para fazer cumprir a lei (SOARES; SANTOS, 2014, p.25).

A Emenda Constitucional nº 29, aprovada somente em janeiro de 2012, através da Lei Complementar nº 141, reforçou o subfinanciamento do SUS, ao não definir o percentual a ser aplicado pela União em ações e serviços públicos de saúde (SOARES; SANTOS, 2014). Então, constatou-se que o perfil dos gastos em saúde eram insuficientes para atender aos ditames do sonho da reforma sanitária dos anos 1980.

7.5.2 MECANISMOS E POLÍTICA DE FINANCIAMENTO

7.5.2.1 Categoria: Mecanismos restritivos e indutores de incoerências no âmbito da PS

De acordo com os entrevistados, o mecanismo de financiamento que se estabeleceu, por exemplo, na indução de ações em torno da PS variou no transcorrer do período. E detalharam o processo de financiamento da PNPS da seguinte forma: editais com critérios de seleção; portarias mediante a apresentação de projetos específicos; repasses únicos com critério de inclusão. Para os entrevistados, a crítica a esses mecanismos se justificou por não ser universal, sendo restritivo aos municípios selecionados. Além disso, apareceu em um relato, dentre os entrevistados, que não se visualizava um planejamento no gerenciamento dos recursos.

Posteriormente, esclareceram os entrevistados, que o mecanismo de financiamento passou a ser universal, em forma de bloco único: vigilância e PS, com a manutenção de incentivos específicos para projetos, como por exemplo, o Academia da Saúde e a Vida no Trânsito, de interesse da gestão federal, compartilhado com a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). Outra problemática apontada pelos entrevistados foi que, apesar das mudanças de estímulo às ações de PS, nesse novo mecanismo de financiamento, não houve a inserção de recursos novos.

[...] Estruturada em forma de edital. Edital é aquele que cumpre requisitos específicos, (ou seja) não era para todos. [...] Era apenas para aqueles se inscreviam dentro de editais específicos. [...] Depois no final do ano quando havia saldo orçamentário, o ministérios passavam isto de uma vez só para os municípios e estados. Então, sempre foi feito de uma forma de improviso, a minha percepção administrativa. Nunca houve uma coisa planejada dentro de orçamentos, sempre era muito do que podia ser feito.
Entrevistado 14

[...] A SVS, antes, tinha um recurso que era destinado para a PS que financiava os núcleos de violência e isso foi colocado tudo dentro do pacote da vigilância. [...] Se o gestor achar que ele deve fazer uma ação de PS, ele vai pegar o recurso que tá ali para vigilância. Então, não tem mais essa questão de seleção dos projetos, o gestor vai definir se ele vai colocar recurso para os núcleos de prevenção e violência, para a PS do recurso que já era aplicado para vigilância. Entrevistado 06

A inserção da PS em um mesmo bloco com a vigilância reforçou a problemática em torno da destinação, predominante, de recursos para assistência. Isso foi apontado pelos entrevistados e constatado nos discursos do Secretário de Vigilância em Saúde, durante sua participação no Conselho Nacional de Saúde ao apontar:

[...] A respeito do financiamento, lembrou que cada município adapta os recursos a sua realidade. Disse que se estima que 70% do Piso Financeiro de Vigilância e Promoção da Saúde, de R\$ 950 milhões, é gasto com ações de dengue de maior custo e continuada e outros recursos específicos como R\$ 40 milhões em campanha de mídia (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2011a, p.23).

Essa valorização das doenças transmissíveis pôde ser constatada, inclusive, na deliberação de projetos de PS oriundos de editais, conforme o registro abaixo:

[...] Sobre o edital de ações de promoção a saúde – 2010, explicou que 45 projetos passaram a incluir as hepatites virais durante as atividades de massa (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2011b, p.12).

Por isso, a presidente do CNS, Maria do Socorro de Souza, considerou que

[...] é preciso valorizar a pauta da promoção da saúde e o papel da vigilância, com apropriação do controle social sobre essa agenda. Avaliou que alguns esforços do MS não têm repercussão nas ações dos estados e municípios e citou, por exemplo, que o Ministério repassa recursos para os serviços e ações de vigilância aos estados e municípios e não há execução desse financiamento ou a aplicação é feita com outros fins (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2013c, p.38).

7.6 MICRO CONTEXTO: PROBLEMAS DE SAÚDE

As categorias elaboradas em torno desse eixo temático caracterizaram como problema de saúde ‘a rápida transição epidemiológica- das transmissíveis às crônicas’ e a ‘ineficiência do setor saúde no enfrentamento dos DSS’. A seguir, detalhar-se-ão as categorias descritas, decorrentes do processo de análise.

7.6.1 CATEGORIA: RÁPIDA TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA – DAS TRANSMISSÍVEIS ÀS CRÔNICAS

O aumento da expectativa de vida foi acompanhado por um aumento na prevalência das doenças crônicas, associada ao aumento considerável do sobrepeso e da obesidade. Essa rápida mudança epidemiológica, relatada pelos entrevistados, evidenciou-se como uma transição de

superposição, não de transição como se imaginava, pois, concomitantemente, ainda se deparava com doenças transmissíveis. Outro fator, relatado pelos entrevistados, que favoreceu essa mudança, referiu-se ao processo de transição nutricional, no qual a população passou a consumir uma maior quantidade de alimentos ultra processados. Assim como, reconheceu-se que os pobres apresentaram um risco maior para as doenças crônicas, em função da carga dos DSS sobre sua vida.

[...] Hoje nos impõe uma situação de uma sociedade que vive mais, porém que já tem uma prevalência muito grande de sobrepeso e obesidade, (ou seja) de doenças crônicas, [...] com as quais o país é obrigado a gastar rios de dinheiro. Entrevistado 02

[...] É um contexto de conclusão de uma mudança muito importante, tanto do perfil epidemiológico, na transição demográfica e nutricional, ocorrendo com muita velocidade, (quanto) sobre os determinantes, taxa de fecundidade, redução da mortalidade precoce. [...] Incide sobre (os mais pobres) o que a gente chama de uma tríplice carga, (com) mais riscos de doenças crônicas, mesmo no Brasil. Os dados que a gente tem no sistema de monitoramento permanentes de fatores de risco, demonstra, por exemplo, que [...] mulheres com menos de oito anos de ensino tem quase o dobro da prevalência de obesidade das mulheres com mais de doze anos. O tabagismo é exatamente o dobro. Homens com menos de oito anos de educação fumam quase o dobro dos homens com mais de 12 anos de educação. Entrevistado 11

Nas Atas do CNS pôde-se contatar que o Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) representava um plano de Estado para dez anos, com a finalidade de enfrentar essa rápida mudança epidemiológica. Ademais, a diretora do Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde (DANTPS/SVS/MS) explicou que as DCNT

[...] são as doenças de maior magnitude do país (72% dos óbitos e maior carga de morbidade) [...] Salientou ainda que as DCNT criam um círculo vicioso com a pobreza (OMS, 2011), reduzem 2% ao ano no PIB da América Latina, afetam mais as pessoas de baixa renda e causam custo elevado e crescente para os sistemas de saúde. [...] Além disso, ressaltou que é consenso a importância de priorizar esse tema para alcançar indicadores e metas de Desenvolvimento do Milênio (OMS, 2011) (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2011d, p.5).

Além disso, acrescentou que, na década de 30, quase 45% das mortes eram causadas por doenças transmissíveis, e foram reduzindo para 5%. Essa diferença foi transferida para as doenças não transmissíveis. Outro aspecto se referia à acelerada transição nutricional, detalhando que

[...] prevalência de excesso de peso e obesidade na população com 20 ou mais anos, por sexo; e prevalência de excesso de peso e obesidade na população de 5 a 9 anos (no caso do excesso de peso, de 10,8% na década de 50 para 35% em 2008; e, no caso da obesidade, de 2,9% para 16,6% em meninos e 11,8% em menina) (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2011a, p.5).

Apesar da diminuição do número de casos em torno das doenças transmissíveis, apareceu nas entrevistas, que ela continuava sendo prioridade. Isso se justificou, de acordo com

os entrevistados, pelo seu impacto no imaginário das pessoas, no que referia à relação entre morbidade e mortalidade.

[...] Você tem o aumento da carga das não transmissíveis, mas as transmissíveis continuam a ser uma preocupação importante, tanto pela carga real como pelo imaginário. Quer dizer, mesmo com o número de casos pequeno de uma doença nova, que seja uma doença, de baixo impacto sobre a morbi-mortalidade, mas causa uma apreensão muito grande nas pessoas. Então, doenças transmissíveis continuam também como uma prioridade. Entrevistado 11

Alessandra Schneider, assessora técnica do CONASS, reconheceu que esse cenário implicava na necessidade de mudanças rápidas e estruturantes no modelo de atenção. Para a assessora, a atenção primária representa um papel importante nesse processo, reconhecendo a importância da PS na qualificação desse nível de atenção (BRASIL, 2015c).

7.6.2 CATEGORIA: INEFICIÊNCIA DO SETOR SAÚDE NO ENFRENTAMENTO DOS DSS

Entre os problemas reconhecidos pelos entrevistados, destacou-se a dificuldade do setor saúde em dar resolutividade, sozinho, ao objeto da PS. E pontuaram em seus relatos a permanência, ainda, de um perfil de iniquidades, fossem sociais ou de acesso ao SUS, e de aumento das violências como exemplo da limitação do setor saúde no enfrentamento dos DSS. Como também corroborado pela dificuldade da gestão, de fazer a população compreender o significado do bem público e pelo desinteresse da população por projetos coletivos, conforme registrado nas entrevistas.

Ademais, ressaltaram nas entrevistas que, apesar de haver o reconhecimento da influência do DSS no processo saúde-doença, ainda não existia um interlocutor desse saber dentro do Ministério da Saúde.

[...] Ainda permanece um perfil claro de iniquidades dentro do Brasil. Então, (existe) um movimento, uma tendência de modificação desses indicadores, mas a gente também tem observado em alguns aspectos específicos, por exemplo, aumento de iniquidades regionais, locais, intraurbanas. Então, nós continuamos com o processo de incremento de populações vulneráveis, com iniquidade de acesso também a essas políticas promotoras de saúde. Entrevistado 05

[...] A PS chama para processos coletivos e as pessoas estão muito desencantadas. O PT fez um desserviço às militâncias, aos projetos coletivos. Entrevistado 08

Em contrapartida, apareceu, no relato de entrevistados, o entendimento de que as demandas do setor saúde não dependiam apenas dos DSS. E, para tanto, a importância de delimitar a responsabilidade do setor saúde no enfrentamento das causas.

[...] Entendendo também a própria insuficiência de que mesmo ela (PNPS) sendo transversal, ainda está dentro do setor saúde. Ela ainda não dá conta do objeto da PS, porque pressupõe também superar as desigualdades. Então, toda a questão da ação dos DSS não tem instrumentos suficientes para reversão desse processo de desigualdade. Entrevistado 10

[...] Eu acho que a gente tem no setor saúde, muitas vezes, uma atitude que eu diria de dizer assim: “Tudo que a gente tinha para fazer já foi feito e a agora só depende dos DSS.” Isso é uma mentira. Os dados vão contra isso. [...] Eu me lembro que quando estava fazendo saúde pública, tinha uns dogmas, “mortalidade infantil como é muito relacionado com os DSS não mudará significativamente enquanto não...” Isso foi pro espaço. A maneira de organizar diferente a atenção, a gestação, ao parto, ao recém-nascido, as vacinas, com maior acesso fez com que a mortalidade infantil mudasse significativamente, por outro lado se é verdade que a gente tem uma ação que é pra fazer dentro do setor saúde, nós não podemos ignorar que temos que agir também sobre as causas, né? Agora sobre as causas, o setor saúde tem que colocar muito bem qual é o nosso objetivo, a nossa capacidade de mobilização. [...] Tem alguns pensamentos que eu discordo completamente que é assim, “Abandonemos a doença e trabalhemos só com a Saúde”. Entrevistado 11

Notou-se que essa categoria apresentava uma contradição entre as falas dos entrevistados, pois parte deles considerava que as variáveis inerentes à PS eram responsabilidade, também, do setor saúde, por isso lhe cabia o estímulo a projetos coletivos, a defesa do público, a superação das iniquidades, ou seja, o enfrentamento das variáveis em torno dos DSS. Portanto, eram problemas do setor saúde. A outra parte dos entrevistados reconhecia a importância desses elementos, mas demonstrava cautela no reconhecimento dessa problemática como responsabilidade do setor saúde, justificando sua incapacidade de enfrentar tamanha desigualdade. Essa argumentação possibilitou a reflexão de que existia um problema em torno da governança pois, mesmo reconhecendo a importância e as dificuldades, era preferível retirar ou diminuir a responsabilidade com a temática do que liderar projetos intersetoriais. A dificuldade de trabalhar a intersetorialidade refletia as limitações do organograma do Ministério da Saúde, e na comunicação entre suas secretarias e demais ministérios em prol de projetos coletivos.

É interessante perceber que, mesmo reconhecendo as limitações do setor saúde em lidar com os DSS, diante da oportunidade da criação de uma secretaria de atenção primária e Promoção da saúde, para lidar com os DSS, concomitantemente com a PNPS, apareceram críticas em relação à retirada dessa política da SVS, conforme aponta o entrevistado:

[...] A comissão dos determinantes (recomendou) a criação de uma secretaria especial, ligada diretamente ao ministro, para os DSS e puxaria a PS também. Isso foi visto pela SVS, pela área, como uma coisa/ porque eles estavam fazendo um trabalho tão maravilhoso. Então assim, não estou entendendo por que tirar daqui, mas a secretaria de saúde indígena ganhou espaço e acabou não indo pra frente. Tanto que os determinantes da saúde até hoje não tem um interlocutor no MS, não que tenha que ficar num lugar só, mas você não sabe a quem se referir. Entrevistado 06

O quadro a seguir representa uma síntese, através das categorias evidenciadas, das informações sobre o contexto apresentado por esse capítulo.

Quadro 3 - Organização das categorias referentes ao macro e micro contexto da Política Nacional de Promoção da Saúde

MACRO CONTEXTO (BRASIL)		
Esfera Política	POLÍTICAS PÚBLICAS	Fortalecimento de políticas públicas inclusivas
		O tema PS surgindo como diretriz para políticas públicas
		Controvérsias entre orientação vanguardista e a prática conservadora
	IDEOLOGIA	Ótica comportamentalista conduzindo os interesses em torno da PS
		Importância dos DSS no processo saúde-doença
	MUDANÇA POLÍTICA	Ênfase no planejamento intersetorial
INFLUÊNCIA INTERNACIONAL	Interesses internacionais pautando a PS no Brasil	
Esfera Econômica	POLÍTICA ECONÔMICA E MACRO ECONOMIA	Inclusão social limitada pela influência de interesses econômicos
Esfera Social	DESENVOLVIMENTO HUMANO QUALIDADE DE VIDA	Diminuição insuficiente das iniquidades sociais para se avançar na melhoria da qualidade de vida
MICRO CONTEXTO (SVS - MS)		
Política Setorial	PODER SETORIAL	SVS como poder representativo da PNPS
		Dificuldade na escuta: modelo top-down conduzindo as decisões
		Fragilidade da transversalidade da PNPS pelo seu Comitê gestor
	PRINCIPAIS INTERESSES	Doenças crônicas legitimando os interesses em torno da PS
POLÍTICA DE SAÚDE	Política de saúde incoerente com a macro política governamental	
Finanças Setoriais	ORÇAMENTO E GASTOS SETORIAIS	Orçamento do MS capturado pela assistência
	MECANISMOS E POLÍTICA DE FINANCIAMENTO	Mecanismos restritivos e indutores de incoerências no âmbito da PS
Problemas de Saúde	Rápida transição epidemiológica: das transmissíveis as crônicas	
	Ineficiência do setor saúde no enfrentamento dos DSS	

Fonte: Elaborado pelo próprio autor, a partir das categorias evidenciadas neste capítulo.

8 ATORES

Ator é alguém que representa, que encarna um papel dentro de um enredo, de uma trama de relações.
(SOUZA, 1984, p. 12)

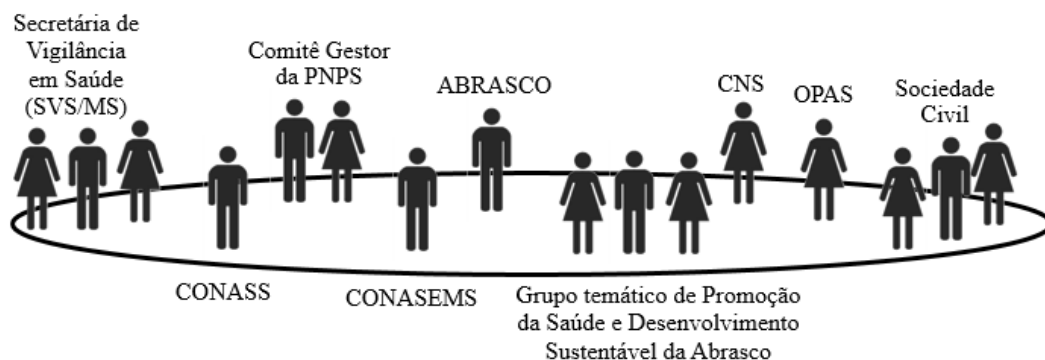
A partir da citação de Souza, contextualizada pelo fato de o Estado se configurar enquanto lócus de disputa política (SERAFIM; DIAS, 2012), este capítulo objetiva compreender o enredo desenvolvido pelos atores sociais, no processo de revisão da PNPS, na defesa de seus interesses.

Para Walt e Gilson (1994), os atores são fundamentais em todos os momentos ou etapas do processo político, por isso os colocam no centro do triângulo de análise de políticas públicas, formada pelo contexto, processo e conteúdo. Em contrapartida, Araújo Jr. (2000) reconhece a importância dos atores nesse processo de análise, mas os enfoca como categoria complementar junto às demais especificações.

Independente desses posicionamentos, compreender as posições dos atores em relação à política em análise, identificando seus interesses ou como eles influenciaram os resultados do processo político, tornou-se fundamental para publicizar as entrelinhas do processo de formulação da PNPS revisada (VARVASOVSKY; BRUGHA, 2000).

Partindo dessas problematizações teóricas, este capítulo, primeiramente, identificou, através da análise de documentos, entrevistas e da observação, os principais atores sociais participantes da arena política circunscrita pelo processo de revisão da PNPS, conforme demonstra a figura abaixo. Vale salientar que, os atores individuais do processo de sistematização do conteúdo da política revisada também foram identificados (APÊNDICE D), porém não foram o centro de análise deste capítulo.

Figura 8 – Atores sociais identificados na arena de construção da revisão da PNPS



Fonte: Elaborado pelo autor com base nas informações desta pesquisa.

Comentário: a representação gráfica utilizada para caracterizar os atores na arena política não correspondeu à realidade, tanto a quantidade quanto o gênero foram escolhidos de forma aleatória para representar a diversidade de atores existentes.

Entre os atores sociais identificados, destacaram-se segundo a análise no processo de revisão da PNPS: o GT de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável da Abrasco; a Secretária de Vigilância em Saúde (SVS), e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Além disso, também foram identificados o Comitê gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde (CGPNPS), o Conselho Nacional de Saúde (CNS), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e a Sociedade civil.

A análise desses atores participantes procurou abordar as seguintes informações, distribuídas em forma de tópicos: *característica dos atores*, referência aos seus propósitos e limitações; *participação e mobilização no processo de revisão da PNPS*, apontando a sua participação com base no ciclo de política pública; bem como o seu envolvimento no processo na defesa de seus interesses; *interesses e alianças desenvolvidas*, representando as intenções que estão em jogo na arena política, perante a PS para o processo de revisão da PNPS; como também retratou as articulações entre os atores na legitimidade dos seus interesses; *preocupações*, pertinente aos direcionamentos do processo de revisão para com a PNPS e, por fim, *poder e influência* dos atores na decisão dos seus interesses e sua influência no processo de revisão. Vale salientar que, a depender do ator social a ser identificado, não se conseguiu analisar todos os itens apresentados, devido à ausência de informações.

Ao final deste capítulo, será apresentado um quadro síntese dessas informações, com base nas categorias emergentes desses tópicos, o qual retratará aspectos referentes à participação dos atores na arena política.

8.1. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

A Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), considerada um ator externo ao governo, é composta por vários grupos de trabalho, entre os quais apresenta o GT de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável (GT PSDS), do qual o autor da tese é membro. Partindo do fato de que esta pesquisa preocupou-se em entrevistar membros da Abrasco, mas que também não faziam parte do GT PSDS, optou-se por separá-los como atores na tentativa de identificar diferenças na priorização em relação à PS.

De acordo com as categorias construídas, a Abrasco apresenta como propósito ‘resgatar o movimento da reforma sanitária brasileira’. Além disso, pode-se dizer que teve uma ‘participação através do seu GT de PSDS’ no processo de revisão da PNPS.

Em relação às demais categorias de análise como interesses, preocupação, poder, e influência, não se observaram elementos suficientes nos discursos para qualificá-los como categoria. Entretanto, a observação do processo agregado às categorias descritas possibilita inferir que não houve influência sobre o processo de revisão de membros da Abrasco não participantes do GT PSDS. A seguir, detalhar-se-ão as categorias descritas, distribuídas nos subitens subsequentes decorrentes do processo de análise.

8.1.1 CARACTERÍSTICAS DO ATOR

8.1.1.1 Categoria: *Resgatar o movimento da reforma sanitária brasileira*

Para os entrevistados, entre os seus propósitos, destacaram a defesa por políticas regionais e a luta por uma política única de saúde. Essa última foi considerada prioritária, pois resgataria o movimento da reforma sanitária brasileira.

[...] A prioridade da ABRASCO, se você der uma olhada no programa da chapa do candidato [ator citado]⁶: está falando da reforma sanitária brasileira; está falando de realizar a estruturação do SUS por macrorregiões. [...] Não que ela não lide com a PS, mas ela está muito mais voltada para uma política macro de saúde, uma política única de saúde, com um sistema que seja de fato universal e que inclua várias outras questões. E a promoção tá aí. [...] Ela tá preocupada com a agenda estratégica para o país, com a saúde macro. Entrevistado 09

A maneira como a PS foi inserida ao abordar sobre os propósitos dessa instituição, possibilitou inferir que esse saber foi considerado uma estratégia secundária dentro de um projeto de luta por uma política macro para a saúde no Brasil. Ademais, a crítica apontada por um entrevistado sobre a premissa da ‘Saúde em Todas as Políticas (SeTP)’, direcionamento conferido por uma das Conferências Internacionais de PS, corrobora com essa consideração:

[...] Não acho que a política de saúde está em todas as políticas que estão por aí. Agora, a saúde em todas as políticas, acho que isso é muito irrisório/ilusório, é irrisório mais é illusório também. Eu acho que a gente tinha que conversar um pouco mais sobre isso e não deixar que a saúde vá se meter em todas as outras políticas. O que falta é uma intersetorialidade, não só externa dela, mas também dentro dos próprios passos de gestão. As pequenas caixas do ministério e das secretarias nem sempre conversam. Entrevistado 09

E quando presente no discurso dos entrevistados, a leitura sobre a PS estabeleceu-se a partir do território, conforme aponta o trecho da entrevista abaixo:

[...] Estão fazendo atenção básica, atenção primária, mas está medicando e fazendo clínica terapêutica lá e não se consegue mudar o modelo. [...] Só que as pessoas não pararam para atender aqueles territórios e não escutam o território. Eu acho que ali que a PS tinha que ter entrado. Entrevistado 09

⁶ O ator citado era membro da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO).

Outro fato que apareceu nas entrevistas, mesmo com pouca força argumentativa, que pode reforçar a compreensão da PS como estratégia secundária, foi a provável preocupação de membros da Abrasco com a postura do GT PSDS ao apresentar a PS como campo de saber. E com isso, desejar substituir o projeto da saúde coletiva no Brasil. Contudo, atores do GT PSDS questionaram essa intencionalidade.

[...]Inicialmente, quando o [ator citado]⁷ tirou o dinheiro da PNPS e botou na humanização, a gente começou a fazer as oficinas e ele falava que a PS disputa com a saúde coletiva, (ou seja) ameaça o projeto da saúde coletiva, pois quer ser o projeto de saúde pública do Brasil. E a gente nunca falou isso, mas alguns acham que esse GT da promoção quer ser a saúde coletiva. Entrevistado 08

Segundo Albuquerque (2011), a problemática da indefinição conceitual entre Saúde Pública e Saúde Coletiva se reflete na construção da identidade profissional, possibilitando a identificação, para além dessas especificações, como por exemplo, ao saber da PS. Nesse contexto, o autor observou sinais para o fato da PS estar deixando de ser núcleo do campo da saúde coletiva e saúde pública para se colocar na qualidade de campo de saber.

8.1.2 PARTICIPAÇÃO NO PROCESSO DE REVISÃO DA PNPS

8.1.2.1 Categoria: Participação através do GT de PSDS

A participação da Abrasco na revisão da PNPS ocorreu através do seu GT de PSDS. Contudo, observou-se um envolvimento específico dessa instituição, por atores que não faziam parte daquele GT, na administração dos recursos liberados pela Opas para a realização das oficinas regionais do processo de revisão.

[...] Eu acho que a medida que tem o GT de promoção da saúde, a Abrasco está trabalhando a promoção da saúde. Entrevistado 09

[...] A Abrasco ajudou bastante ao administrar os recursos para fazer as oficinas e a publicação. Entrevistado 07

Além disso, acrescentaram que o reconhecimento do seu papel pelo MS, favoreceu à credibilidade e à construção de parcerias juntos ao GT.

[...] Eu acho que grande parte foi coordenada pelas pessoas que constitui o GT de PSDS da Abrasco. De certa forma, esse grupo com o nome que a Abrasco tem, desde a sua (afinidade) junto ao ministério. Eu acho que foi uma estrutura que contribuiu. Entrevistado 09

⁷ O ator citado era membro da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO).

Os demais tópicos de análise, acerca da participação desse ator, não apareceram nos discursos enquanto interesses específicos da instituição Abrasco, partindo da possibilidade de interesses divergentes aos do GT de PSDS no processo de revisão.

8.2 GT DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL DA ABRASCO

A ‘expertise e militância na área de PS’ fundamentou a principal característica desse ator social, além da ‘habilidade na análise de políticas públicas’. Em contrapartida, a ‘dificuldade de sair do mundo acadêmico’ se destacou como sua principal limitação.

De acordo com as categorias evidenciadas, o GT teve uma ‘participação ampla’ na revisão da PNPS, caracterizada por uma ‘mobilização expressiva’ que refletiu o seu ‘interesse significativo em ampliar a PNPS’. Além disso, demonstrou interesse em ‘intensificar a participação de atores na revisão da política, como também em ‘ampliar a densidade democrática do processo de revisão’.

É interessante destacar a estratégia por ‘alianças na indução por ampliação da política’, em parte pelo ‘medo da revisão da PNPS não avançar’, como também por estratégia para possibilitar ‘ampliar a densidade democrática’ do processo de revisão. Outra preocupação evidente desse ator foi a ‘possibilidade dos participantes da revisão não se verem na política’. Já o poder do GT pode ser observado através da ‘ponderação por parte do grupo condutor’, além de ser detentor de uma ‘influência significativa’ no processo de revisão.

No transcorrer desta pesquisa, observou-se com frequência, nas entrevistas, a utilização da denominação academia, às vezes universidades, para abordar sobre o GT PSDS. Não se realizou uma análise específica sobre essa questão, tendo em vista que, para entendê-la, seria necessário uma investigação de todos os atores individuais. Partindo da observação do processo, não se identificou uma representação formal desses atores, participantes do GT, como representantes de suas universidades, superior a identidade com o GT. Portanto, considerou-se como justificativa para a associação, o fato de o GT ser composto, predominantemente por professores acadêmicos. A seguir, detalhar-se-ão as categorias descritas, distribuídas nos subitens subsequentes, decorrentes do processo de análise.

8.2.1 CARACTERÍSTICAS DO ATOR

8.2.1.1 Categoria: *Expertise e militância na área de PS*

Segundo os entrevistados, o GT de PSDS da Abrasco compunha-se predominantemente de atores acadêmicos, de instituições governamentais e não-governamentais, com expertise e militância na área de PS. Em contrapartida, não se restringiu a intelectuais, mas predominou a formação na área de saúde como competência primária. Houve a participação de profissionais e gestores dos serviços, inclusive de atores vinculados à Opas. Não apresentava vínculo partidário, havendo em sua composição atores com diversas identidades políticas.

Desde 2002, esse GT discutia e colaborava com o alinhamento teórico e metodológico da PS no Brasil, assim reconheciam os entrevistados. Por isso, alguns deles comentaram que, parte dos atores envolvidos com o processo da revisão da PNPS, participou também do processo de formulação dessa Política em 2006.

[...] Eu acho que essa militância e esse compromisso de diferentes grupos com a discussão de PS foi certamente um facilitador. Se no começo dos anos dois mil havia uma dispersão muito grande de pessoas que trabalhavam no campo da PS, hoje a gente tem uma rede de pessoas que entendem a PS de uma forma muito próxima, (mesmo) com as suas especificidades. Entrevistado 05

[...] O grupo que fez a revisão foi o grupo que estava em dois mil e dois e foi grupo que estava em dois mil e seis. O grupo acadêmico não mudou nada, uma vírgula. Na verdade, ele vai agregando os doutores e recém-doutores de cada uma dessas instituições. Entrevistado 16

Portanto, constatou-se nas entrevistas o reconhecimento de que a participação desse GT conseguiu construir um espaço importante dentro da instituição Abrasco, em parte devido à parceria em projetos, como na elaboração de publicações e traduções como o guia de avaliação de comunidades e municípios saudáveis.

Em termo de publicações científicas, de acordo com os entrevistados, esse GT produziu tanto na visão ampliada da PS quanto na lógica da vigilância, mas sobretudo colocou-se sensível a metodologias qualitativas. Apesar da pouca força argumentativa, surge nas entrevistas o reconhecimento de que esses atores são resistentes aos epidemiologistas. Não se constataram os motivos que pudessem justificar esse posicionamento.

[...] O grupo que é da PS tem uma resistência maior aos epidemiologistas. Entrevistado 09

Alguns enfrentamentos importantes foram apontados pelos entrevistados, tanto no contexto nacional quanto internacional que corroboraram para o fortalecimento de sua rede de atores. Destacou-se, como exemplo, o envolvimento com a realização da Conferência Mundial de PS no Brasil. Houve a leitura, por alguns entrevistados, de que inicialmente o GT se

apresentava muito disperso, mas que, com o tempo, foi se fortalecendo por laços de confiança. Talvez tenha sido em função disso que surgiu, nos discursos de alguns entrevistados, a compreensão de que o grupo era fechado. No entanto, houve o contraponto nas entrevistas de que o mesmo era permeável à entrada de novas vozes.

[...] Nós temos alguns consensos e a gente agrega, principalmente, pela confiança. [...] Uma coisa interessante de destacar que esses atores têm vínculos pessoais afetivos, mas têm alguns valores éticos e alinhamento conceitual que possibilita um processo desse. Entrevistado 08

[...] Pode parecer para alguns como clubes fechados, por mais que a gente fale que é aberto. [...] Nós estamos permeáveis às novas gerações, a olhares dissonantes da PS que a gente defende. [...] Porque a gente tem que ter autocrítica que não pode ser sempre os mesmos, ser uma panelinha. Entrevistado 08

Em contrapartida, uma dificuldade identificada nos discursos referiu-se à manutenção da articulação e coesão entre os atores do GT. Apesar das características em comum, apontadas na análise dessa categoria, as singularidades de seus atores interferiram em sua motivação individual e, conseqüentemente na coesão no grupo. Para atores entrevistados, essa dificuldade pode ser observada no começo do processo da revisão, no qual se evidenciou que o GT não estava homogêneo, demonstrando desarticulação devido o predomínio de interesses individuais.

[...] É um desafio porque é um grupo que sempre lutou, que se tornou em momentos bastante coesos, em outros momentos se dispersou pela própria pressão política mesmo, pressão do tempo, pressão das pessoas. Entrevistado 04

[...] Caracterizar a academia, eu acho difícil, porque não tem como você dizer uma característica única. São indivíduos muito singulares, o olhar para cada um é difícil. Entrevistado 13

Segundo Franco de Sá *et al.* (2016, p.1711), o GT existe oficialmente desde 2002. No entanto, comentaram que “a semente do GT surgiu com o interesse da então Secretaria de Políticas de Saúde (SPS) do Ministério da Saúde na implantação do projeto de pesquisa ‘Linha de Base da Promoção da Saúde no Brasil’ (Projeto BRA 98/006)”.

Logo, a partir de 2002, pode-se constatar uma trajetória desse GT pela militância da PS, conforme detalham alguns acontecimentos a seguir. Em 2006, ocorreu a elaboração da PNPS com a participação de membros do GT em etapas pontuais, mas já marcante junto aos tomadores de decisão do MS. Outra ação marcante foi a realização do projeto Ações Intersetoriais em Promoção da Saúde, parceria Abrasco / Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) / Canadian Public Health Association (CPHA) / Canadian International Development Agency (CIDA), envolvendo projetos coletivos com participação de diferentes instituições e regiões brasileiras. Como também, participou de pesquisa multicêntrica com a Universidade de São Paulo (USP),

envolvendo diferentes universidades das regiões do Brasil, dentre outros (FRANCO DE SÁ *et al.*, 2016).

A trajetória de militância, agregada à expertise em PS, conferiu importância a esses atores na arena política, principalmente ao reconhecer que os fluxos da política são influenciados por informações. Por isso, deve-se lembrar de que possuir conhecimento técnico é uma prerrogativa essencial no processo de formulação de uma política (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013).

8.2.1.2 Categoria: *Habilidade na análise de políticas públicas*

Entre as atribuições e propósitos conferidos a esse ator social pelos entrevistados, destacaram-se a habilidade em refletir sobre os processos de uma política pública, corroborando com a gestão quando solicitado tanto na formulação quanto na avaliação de uma política. Ademais, também foi considerado importante na identificação de ações com evidências.

[...] Claro, que na academia tem mais espaço para reflexão [...] O olhar é diferente de quem está na Academia. Eu estou avaliando as políticas, apoiando a gestão, contribuindo com a formulação, mas eu não sou a executora. É fundamental a academia ajudar a gente a avaliar para ver até as evidências e também até rever.
Entrevistado 12

Esse papel foi reconhecido pela Subsecretária de Vigilância em Saúde, durante o Seminário Nacional de Revisão da PNPS, ao constatar que o GT de PSDS representou um ‘olhar’ de fora, acadêmico e reflexivo qualificando as propostas políticas e estratégicas de atuação na saúde, durante o processo constituído pela revisão (BRASIL, 2015c).

Segundo os entrevistados, esse ator defendeu a importância de processos participativos na análise e formulação de uma política, apoiando-se no consenso como estratégia norteadora na construção de propostas para enfrentar as limitações evidenciadas na análise.

[...] É um grupo que vem atuando com posicionamento crítico em relação à política.
[...] A gente compra briga, mas a gente tem ainda uma história de atuar buscando consensos. Onde é que a gente agrega? Vamos (rachar) sempre? Não tem uma relação bélica. Entrevistado 08

Entretanto, apesar dessa habilidade, houve o entendimento, mesmo com pouca força argumentativa, de que seus difusores da PS, não pressionaram o governo, necessitando do envolvimento de outros atores, junto ao seu discurso, para conseguirem legitimar seus interesses.

[...] A academia com a perspectiva de dizer: agora é a nossa hora. Só que sozinha não adianta. A academia não bate no governo. Quem mobiliza o governo são os atores que fazem parte da gestão. [...] Universidade não pressiona gestão, não pressiona governo.
Entrevistado 15

8.2.1.3 Categoria: *Dificuldade de sair do mundo acadêmico*

Entre as limitações reconhecidas pelos entrevistados, destacou-se a dificuldade de ampliar o discurso da PS para além do mundo acadêmico. Isso se justifica, conforme evidencia o entrevistado, por possuir um discurso ainda predominante para o setor saúde.

[...] Eu acho que esse grupo de PS da Abrasco é um grupo importante, mas não pode estar falando para si, entendeu? Não posso dizer que não adianta ficar entre a gente, que acho que é a forma da gente sobreviver nessa loucura e lutando pela PS.
Entrevistado 09

Ademais, apareceu também, nos relatos, a dificuldade do GT PSDS se colocar no lugar do gestor, decorrente da necessidade de acompanhar o ritmo de suas decisões quando em parceria na construção de projetos.

[...] Eu acho que existe olhares diferentes de cada um. Então, às vezes, a academia não se coloca muito no lugar do gestor. Fica até mais fácil você chegar e somente criticar, mas é muito difícil estar aqui no papel do MS. Entrevistado 13

[...] Por ser uma agenda para responder um tempo político, que tinha que sair o documento, que tinha que sair e isso oprime muito, “tem que fazer, tem que fazer”.
Entrevistado 04

A condensação dos significados na categoria apresentada demonstrou a preponderância das questões acadêmicas no desenvolver de suas habilidades, o que, evidentemente, não pode ser entendida enquanto fragilidade por se tratar de seu papel. No entanto, a observação desses atores retratou, como desafio para o GT, a necessidade de se aproximar tanto do universo do usuário quanto da gestão para melhor compreenderem seu contexto.

Durante as oficinas regionais, isso também pode ser constatado através da observação participante, na qual foi registrada a preocupação dos participantes com possíveis distorções teóricas na formulação das propostas para a Política. Essa consideração partiu do reconhecimento de que existiam diferenças entre os difusores da PS, com forte característica acadêmica, e o usuário. E por isso, o questionamento deles sobre a presença dos usuários na formulação da política para legitimar suas necessidades.

8.2.2 PARTICIPAÇÃO E MOBILIZAÇÃO NO PROCESSO DE REVISÃO DA PNPS

8.2.2.1 Categoria: *Participação ampla*

De acordo com os entrevistados, o GT de PSDS participou da maioria dos momentos inerentes ao processo de revisão. Pôde-se listar as seguintes etapas de acordo com o ciclo das

políticas públicas: (1) Entrada da revisão da PNPS na agenda política, colaborando na pressão e na construção por um contexto favorável; (2) Formulação da metodologia norteadora da revisão, como autoria da proposta; (3) Implementação dos instrumentos inerente à metodologia para revisão da PNPS, dentro os quais destacou-se as oficinas regionais, o delphi e a sistematização dos resultados para análise; e (4) na formulação da política revisada, assumindo a condução e liderança do processo junto com a SVS e a OPAS.

[...] Estava a Opas, a Abrasco e o MS. Então, [ator citado]⁸, ainda estava lá também, (comentou:) a gente podia colocar na mesa agora a revisão da política para ver o que rola. Entrevistado 06

[...] Partimos de um documento preliminar do GT da Abrasco. Então, não partiu de uma cabeça de iluminados daqui, a gente partiu de documentos já existentes, produzidos por um grupo de pessoas com expertises em PS. O GT foi um grande facilitador do processo. Entrevistado 12

Por fim, (5) na participação, indireta, no processo de aprovação da PNPS nas instituições representativas do SUS, como na Comissão Intergestores da Tripartite.

[...] Fui para mesa de negociação que o ministério estava chamando. Neste momento era uma mesa tripartite, portanto a academia não iria participar, mas o ministério pediu permissão para própria academia vir sentar para negociar. [Ator citado]⁹ veio e sentou conosco. Entrevistado 03

[...] Quando foi para as instâncias, a gente não teve uma devolutiva. Nem esse grupo menor que coordenou, que ficou no processo direto com o MS, recebeu a devolutiva do que foi discutido no conselho e na tripartite. [...] A gente não foi convidado para participar do processo de colocar essas recomendações dentro do texto da política. Entrevistado 06

A expressão indireta retratava que, embora o convite fosse direcionado a um ator do GT PSDS, não havia o envolvimento desse grupo de trabalho nesse processo. Isso foi identificado, em discursos de entrevistados, devido à compreensão de que o GT não foi convidado para participar do processo de aprovação da PNPS.

8.2.2.2 Categoria: *Mobilização expressiva*

Para os entrevistados, não restava dúvida sobre a importância desse GT na mobilização do processo de revisão. Por isso, o reconhecimento do seu protagonismo nesse processo. Esse envolvimento ainda foi maior, entre os atores participantes do grupo articulador, formado dentro do GT de PSDS, responsáveis pela condução desse processo.

[...] Eu acho que a academia, sem dúvida alguma, foi importante. Entrevistado 02

⁸ O ator citado era vinculado à Secretária de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde.

⁹ O ator citado era membro do GT de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável/Abrasco.

[...] Eu começaria pelo grupo do GT de PS da Abrasco que teve uma participação direta. E algumas pessoas com envolvimento mais direto e mais ampliado na condução, inclusive, das oficinas regionais. Entrevistado 05

Na observação participante da oficina da região nordeste, como em outros documentos relacionados ao processo, fica evidente o papel do GT na coordenação da revisão da PNPS juntamente com o Ministério da Saúde, Comitê Gestor da PNPS e a Opas (ROCHA *et al.*, 2013). Ademais, seu empenho foi reconhecido, por atores do MS, em reuniões da comissão intergestores tripartite (COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE, 2014a).

Além desses aspectos, a participação do GT PSDS nas reuniões no CGPNPS, como membro, também foi pontuada como ação referente à sua mobilização pelos entrevistados. Ademais, estava sob a responsabilidade, desse GT, publicizar o processo de revisão e discutir sobre as suas etapas inerentes junto aos demais membros do comitê. Outro ponto registrado, nas entrevistas, refere-se ao papel assumido na divulgação e mobilização da participação de atores ao processo da revisão da PNPS.

[...] Eu vejo que o GT da Abrasco assume esse papel de mediação entre essa agenda mais (reducionista) e essa ampliação da discussão e implementação da política. [...] Hoje, o GT tem assento no comitê gestor da política. Entrevistado 06

Aliás, também foi importante, para categorizar a mobilização expressiva desse ator, o seu papel na mediação e articulação entre os atores participantes da arena política na construção de acordos.

[...]. [Ator citado]¹⁰, [ator citado]¹¹, [ator citado]¹² exerceram o papel de mediação entre o MS e o GT. Entrevistado 07

8.2.3 INTERESSES E ALIANÇAS DESENVOLVIDAS

8.2.3.1 Categoria: Interesse significativo em ampliar a PNPS

A partir dos discursos dos entrevistados, associados à observação participante, evidenciou-se que o interesse maior do GT nesse processo de revisão se concentrou em torno da possibilidade de ampliar a PNPS.

Para esse objetivo, foi possível identificar um conjunto de interesses complementares: ampliar o conceito de PS, para além do setor saúde, contextualizado pela importância do desenvolvimento sustentável; não abordar sobre a prevenção de agravos, por entender que a

¹⁰ O ator citado era membro do GT de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável/Abrasco.

¹¹ O ator citado era membro do GT de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável/Abrasco.

¹² O ator citados era membro do GT de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável/Abrasco.

Política deve induzir ações no âmbito da PS. Ou seja, sua redação não deve apresentar termos característicos do saber da prevenção.

[...] A gente sempre debatia com o grupo a importância de trabalhar a ampliação desse conceito para além do setor saúde, para além de profissionais focados na questão da atenção à saúde. Entrevistado 05

[...] A gente está trabalhando com a perspectiva do desenvolvimento sustentável porque em nome da vida humana está se justificando muitas aberrações. Entrevistado 08

O interesse em ampliar a PNPS também objetivava, acrescentaram os entrevistados, aproximar a PS das singularidades do território, associada ao fortalecimento dos interesses das regiões excluídas (centro-oeste, norte e nordeste); articular a PNPS com outras políticas, com a finalidade de favorecer à intersetorialidade; inovar em sua operacionalização, com o intuito de superar a sua agenda reducionista; e retirar suas ações prioritárias.

[...] Nós não queríamos ter os temas prioritários, a gente achava que isso não devia existir. Se é PS, é território, (devia) ser planos territoriais, cada município, cada lugar pensar suas políticas. Entrevistado 07

O significativo interesse em torno da ampliação da política, nos discursos dos entrevistados, demonstrou que havia o desejo por uma nova política. Todavia, escondida nos bastidores do processo, devido ao contexto político que limitou o seu processo a uma revisão.

[...] A academia almeja ainda uma reformulação completa. Almeja uma política com um outro olhar, com até mesmo com outras prioridades. Entrevistado 13

Em uma das reuniões do CNS, Marco Akerman, coordenador do GT PSDS, projetou como produto do processo de revisão uma “nova Política de Promoção da Saúde” (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2013c, p.38). A utilização do termo “nova” não demonstra com clareza a sua dimensão, no entanto as informações descritas por essa categoria possibilita associar ao termo o interesse em ampliar a PNPS.

8.2.3.2 Categoria: Ampliar a densidade democrática do processo de revisão

Em relação ao processo de revisão, apareceu nos discursos o interesse em torná-lo participativo e regionalizado, através de uma dinâmica que estimularia a solidariedade na construção da política. E como resultado, demonstraria que ser possível um processo de construção coletiva para formulação de uma política pública.

[...] Há a expectativa de uma maior participação (no processo de revisão) e todo o movimento que nós fizemos nacionalmente nas cinco regiões brasileiras com diferentes atores, revendo a política em si. Entrevistado 05

De acordo com os entrevistados, a preocupação em ampliar a quantidade de atores na participação da revisão, também deveu-se à possibilidade de fortalecer o interesse aos enfrentamentos necessários em ampliar a PNPS.

[...] Eu acho que foi mais nas oficinas que tinha essa intencionalidade e cobrança: cadê o número de participantes? Por isso, que a gente teve que fazer outra de sudeste. Entrevistado 08

Esse interesse referendado por essa categoria pôde ser confirmado na análise da proposta metodológica para a revisão, como na observação participante de como foram conduzidas as oficinas regionais.

8.2.3.3 *Categoria: Alianças na indução por ampliação da política*

No transcorrer do processo de revisão, algumas alianças foram pontuadas pelos entrevistados, cujo objetivo era facilitar a concretização dos interesses pela ampliação da política.

[...] A gente teve que fazer essa identificação de atores que poderiam ser aliados. Então, a gente também teve que fazer nesses movimentos, quem que poderia ir fazer um trabalho de bastidor. Entrevistado 06

De acordo com os entrevistados, destacaram-se a aliança do GT com a SVS e a Opas na condução do processo de revisão, no desejo de ampliar o enfrentamento aos DSS na Política. A relação estabelecida com a Opas já demonstrava confiança, tendo em vista que sua representante na arena política, também membro do GT, sintonizava com os interesses desse grupo. Essa condução, conforme se identificou nas entrevistas, foi estabelecida com o propósito de ampliar a política, partindo de uma pedagogia do possível como estratégia na construção de acordos.

[...] Esse processo de fazer junto com a academia, de fazer junto com o GT de PS e a Opas, ajudou a gente a qualificar a política, ajudou a gente trazer um outro olhar, menos prescritivo, menos normativo, muito mais estratégico, muito mais dentro daquilo que a PS trabalha, [...] dentro da perspectiva de intervir nos determinantes e condicionantes. Entrevistado 12

Percebeu-se nos discursos dos entrevistados, que a confiança e respeito em torno da aliança com a SVS foram se fortalecendo com o tempo, o que corroborou na compreensão dos propósitos do GT. Ainda na SVS, segundo os entrevistados, os funcionários técnicos da SVS, envolvidos diretamente com a revisão, foram importantes na mediação do diálogo com o Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde (DANTPS) e a Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT) em torno dos interesses do GT.

[...] O GT PS, no início, era meio que inimigo do ministério, ao longo do processo, a [ator citado]¹³ ficou amiga da gente. Começou a entender mais coisas, levava coisa para [ator citado]¹⁴, [ator citado]¹⁵. Então, a gente foi ganhando no processo de revisão o pessoal do ministério, também. [...] Fomos fazendo com que o pessoal do ministério ganhasse confiança, porque a gente ia passando coisas, produzindo. Eles viram que não o deixamos na mão. Entrevistado 07

[...] Nos últimos tempos e, principalmente, nesse processo da revisão, sinto que ficou muito mais claro para [ator citado]¹⁴, quais são os objetivos desse GT, com o que estamos compromissado. Entrevistado 05

Em contrapartida, surgiu, nas entrevistas, o fato de a rede interna de apoio do GT estar dividida em relação à aceitação da aliança com a SVS, pois existia a desconfiança da possibilidade desse processo ser chapa branca, se utilizando da presença do GT para legitimar as mínimas alterações de interesse do gestor.

[...] Algumas pessoas dentro do próprio GT se colocavam contra essa aproximação com a SVS para condução da revisão. Até questionando se isso não seria uma revisão de chapa branca, para só fazer uma legitimação de umas mudanças que seriam propostas a princípio pelo gestor nacional, pelo ministério da saúde e SVS. Entrevistado 05

Essa desconfiança se converteu em frustração no processo de revisão, para alguns entrevistados, tendo em vista a necessidade de ‘respeito’ ao formato da política proposto pela SVS.

[...] Houve também um formato do ministério que a gente tinha que respeitar. Eu me lembro: “a fulana não vai aceitar isso”, “a beltrana não vai aceitar isso”, Aquilo me corroía muito, porque uma política não pode ser construída numa concepção como essa. É uma política ou é para agradar? Mas tem todo aquele movimento, muito mais pessoas do que eu ou outras pessoas que estavam ali eram coniventes com o processo. Eu fui conivente também com isso. É que existe uma demanda que teria que se montar uma política até tal data. Então, teria que respeitar e formatar com o modelo preestabelecido. Entrevistado 04

Outra aliança, que apareceu nas entrevistas, foi com o CONASEMS, fomentada diante da construção de projetos coletivos, cujos interesses foram sintonizando para o avanço da revisão e aprovação da proposta de revisão da PNPS.

[...] [Ator citado]¹⁶ levou uma demanda para nós: Estou fazendo, inclusive, a revisão do PMAQ, a parte de PS, para ver como monitorar. Como que a gente insere, porque eu não concordo com o que está lá. [...] Estou tendo um pouco de dificuldade, até se vocês pudessem ajudar. (Resposta:) A gente pode. A gente foi lá para o CONASEMS, para a mesa dele, para poder ajudar a colocar a questão da PS no PMAQ. Com isso, ele acalmou com o processo de revisão da política, se inseriu mais. Entrevistado 06

Entre os motivos que corroboraram com a aliança do GT com a SVS e a Opas, estão o fato de ela possuir assento no Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde

¹³ O ator citado era vinculado à Secretária de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde.

¹⁴ O ator citado era vinculado à Secretária de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde.

¹⁵ O ator citado era vinculado à Secretária de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde.

¹⁶ O ator citado era vinculado ao Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

(CGPNPS), participando de suas reuniões desde meados de 2001. Isso possibilitou a criação de laços de confiança entre o GT e os membros da gestão governamental da PS no Brasil, considerado importante para a realização da revisão de uma política pública nacional (FRANCO DE SÁ *et al.*, 2016). Além disso, o fato de membros do MS e da Opas estarem inseridos no GT, favoreceu o fortalecimento de “laços essenciais para a concretização de trabalhos que envolvem valores, princípios e visões de mundo compartilhadas” (FRANCO DE SÁ *et al.*, 2016, p.1712).

8.2.4 PREOCUPAÇÃO

8.2.4.1 Categoria: Medo da revisão da PNPS não avançar

A preocupação com a possibilidade de ‘engavetar’, novamente, a proposta de revisão foi percebida nos discursos dos entrevistados. Isso desde a entrada da revisão na agenda política, até a finalização do seu processo de formulação. Essa insegurança, contextualizada nos discursos de atores-chave, foi despertada, no ano de 2010, a partir do momento que se construiu uma proposta de revisão para a PNPS (COMITÊ GESTOR DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2010), com a destinação de recursos para sua realização, mas que acabou sendo ‘engavetada’ pela SVS. E os seus recursos, conforme apontaram as entrevistas, foram redirecionados para outra atividade.

[...] Eu desconfiei até o fim o quanto que o processo de revisão iria para rua. Porque nós vivemos processos que foram engavetados. [...] Em outubro de dois mil e dez (já havia) uma proposta para reformular a política. [...] E [ator citado]¹⁷ e [ator citado]¹⁸ engavetaram o documento da revisão da política. Entrevistado 08

Havia o medo, nos relatos de entrevistados, de que diante da impossibilidade de acordos com a SVS sobre o processo de revisão, que o mesmo não fosse finalizado, ou até mesmo que retirasse do GT o seu papel na sistematização da Política revisada. Por isso, tanto nas entrevistas como na observação participante, contou-se uma preocupação de como apresentar os resultados do processo da revisão na perspectiva de atualização, mesmo cientes de que, nas entrelinhas, o desejo pela reformulação era o que aparecia na escrita. Isso contextualizou o processo de sistematização da PNPS, amparado pela preocupação com as mudanças pensadas pelo GT se iriam agradar a DANTPS/SVS. Por outro lado, alguns entrevistados demonstraram desânimo diante disso, por entender que uma política pública não deveria ter essa preocupação:

¹⁷ O ator citado era vinculado à Secretária de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde.

¹⁸ O ator citado era vinculado à Secretária de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde.

[...] A gente teve que ter muita delicadeza, sutileza, inclusive para apresentar os resultados do que saíam nas oficinas, nos estudos e como trazer para discussão na perspectiva sempre da atualização, da ampliação, da consideração de todo avanço que foi a política de dois mil e seis. [...] Se a gente não pactuasse minimamente nesse processo de construção com o que estava sendo exigido pelo ministério da saúde, a gente correria o risco de perder todo esse processo de construção. Entrevistado 06

[...] Eu acho que durante todo período da revisão se buscava trazer para dentro dos temas a outra política (2006) para fundamentar e a outra política não fundamentava o que estava sendo construído. Entrevistado 14

No transcorrer da observação participante das oficinas de sistematização, diante da existência de reuniões do GT com atores da gestão federal do MS, pôde-se perceber com maior detalhe a tensão na prática dessa categoria. Isso por considerarem esses espaços como oportunidades para defenderem os interesses do GT, como também de os convencerem de que os ‘interesses’ do MS também estariam distribuídos na proposta que seria apresentada como produto da revisão da PNPS, distanciando qualquer possibilidade da revisão não avançar. Entre as reuniões e oficinas, destacaram-se a reunião intersetorial sobre a revisão da PNPS, no dia 23 de Abril de 2014, com a presença do secretário da SVS, da direção do DANTPS e do Ministro da Saúde; e a oficina de sistematização, no dia 5 e 6 de Maio de 2014, em Brasília, para discutir o rascunho da PNPS, pela possibilidade de contar com a representação da DANTPS/SVS na discussão. Essa oficina foi considerada importante, ao mesmo tempo marcada por muita tensão, por ser um momento para demonstrar que o GT não estaria desenvolvendo nenhum movimento contrário aos interesses do MS.

Apesar da pouca força argumentativa, chamou a atenção, nos discursos, a dimensão da preocupação com a possibilidade da revisão não avançar. Diante da possibilidade de ocorrer a desqualificação da denúncia à sociedade de um novo ‘engavetamento’ da revisão, devido o denunciante ter sido contratado pelo MS e Opas para corroborar com a revisão, constatou-se o relato do não recebimento do pagamento pelo serviço contratado como estratégia para alguns.

[...] Eu quero minha autonomia porque se eu for paga pela OPAS e ministério e vão me calar porque não posso falar sobre o produto. Eu quero minha autonomia porque se essa política não sair eu vou botar a boca no trombone. E não assinei o produto. Entrevistado 08

Vale salientar que essa colocação poderá ser melhor contextualizada na categoria ‘mundo mercantil constringendo o mundo cívico’ no capítulo sobre processo.

8.2.4.2 Categoria: Possibilidade dos participantes da revisão não se verem na Política

A preocupação com a possibilidade dos atores participantes do processo de revisão não se verem no produto final da política foi algo recorrente nos discursos dos entrevistados. Para

contrapor a isso, o GT demonstrou estar preparado e interessado em elaborar um produto coerente com o que foi coletado através das oficinas e instrumentos, conforme se evidenciou na observação participante das Oficinas de Sistematização. Essa preocupação por coerência pode ser traduzida através do seguinte questionamento, apresentado em suas reuniões de planejamento: “Estamos indo ‘onde o povo está’?” (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA, 2014, p.10).

[...] A gente chegou a falar disso assim: qual é a distância do que foi proposto com o documento final? Tem muita distância? O que ficou para fora? Entrevistado 07

Partindo desse pressuposto, discutiram possibilidades de como explicitar as diferenças regionais evidenciadas no processo de revisão, tendo em vista o interesse que as mesmas precisariam ser, de alguma forma, abordadas na política nacional (REUNIÃO DE SISTEMATIZAÇÃO DA REVISÃO DA POLÍTICA NACIONAL PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2014).

Além disso, utilizaram da elaboração de relatórios para registrar as Oficinas Regionais e de Sistematização, como estratégia para facilitar a transparência da análise das informações emanadas do processo de revisão. Ademais, os atores participantes das Oficinas de Sistematização reforçaram a importância de detalhar também o contexto tanto da realização das oficinas como das decisões na sistematização do produto final. Com isso, objetivava facilitar o entendimento da sistematização da PNPS, como também possibilitar aos participantes perceberem que suas colaborações foram consideradas.

8.2.5 PODER E INFLUÊNCIA

8.2.5.1 Categoria: Ponderação por parte do grupo condutor

Ao olhar para a categoria ‘poder’ sob a perspectiva deste GT, constatou-se através das entrevistas e da observação participante que, quando presente, concentrou-se através do seu grupo condutor do processo de revisão. Esse grupo foi formado por uma menor quantidade de atores, conforme apontaram nas entrevistas, no qual possuíam, como principal característica, uma forte relação de confiança e compromisso. Ademais, esse compromisso com o MS foi maior, reforçaram alguns entrevistados, pelo auto empenho conferido em finalizar o processo com uma Política revisada, e por parte deles terem sido contratados.

[...]Chamou-se esse grupo de condutor da política. É um grupo próximo: [ator citado]¹⁹, [ator citado]²⁰, [ator citado]²¹, [ator citado]²², [ator citado]²³, (ocorria) mais interlocução. [...] As outras pessoas não dormiam com a política, a gente dormia. E dormia com essa premência de que temos que chegar ao final, temos um compromisso com o ministério, temos um compromisso. [...] A gente estava em busca de algo comum. E o comum, um dia eu aprendi isso, não é algo que é bom para todo mundo, o comum é um horizonte. E o horizonte era: vamos fazer um avanço. Vamos trazer questões novas para política. Entrevistado 07

Outro aspecto ressaltado por alguns entrevistados desse grupo condutor, refere-se à consciência de que se alterariam o texto da Política. A definição de um objetivo comum, entre eles, reforçou a unidade deste grupo e os direcionamentos das pretensões por mudanças. Entre os quais, demonstravam, segundo os entrevistados, a pretensão tanto em ampliar a PNPS, com a finalidade de resgatar a sua coerência com a PS, quanto em torná-la referência para os formuladores de política dos estados.

[...] Eu acho que tinha um objetivo comum. Acho que isso foi um ponto chave. Um compromisso, uma militância e um objetivo comum de construir uma política que fosse referência. [...] Estava claro que a gente ia conseguir mexer no texto da política. E acho que estava claro para todo o grupo condutor desse processo de revisão, aonde a gente queria chegar com isso. Entrevistado 05

Com base na análise, inferiu-se que o poder desse grupo expressou-se na influência por uma militância ponderada pela PS. Isso se estabeleceu a partir do momento em que o grupo condutor mediou seus interesses com os dos demais atores do GT, como também com os interesses da SVS, de maneira que um produto final saísse desse processo. Vale salientar que os entrevistados reconheceram, em seus relatos, que o mediador do GT de PSDS, escolhido contraditoriamente pela SVS, foi de importância no processo de construção de acordos. Isso se justificou diante do reconhecimento de que a rede de contatos estratégicos desse mediador favoreceu o convencimento das propostas defendidas pelo grupo condutor.

[...] Como a gente ficou obsessivo na questão: temos que terminar essa revisão, deixamos de lado talvez algumas disputas, algumas questões. [...] É lógico que se a gente se apegasse muito aos nossos princípios promocionistas, talvez desandasse, mas o objetivo foi que não desandasse e que chegássemos (ao fim). [...] (Brincava-se): [ator citado]²⁴ segura os seus radicais que [ator citado]²² segura os radicais no GT. Entrevistado 07

[...] [Ator citado]²² também foi de uma maestria para poder contornar (os conflitos com a SVS). [...] Sua proximidade com o CONASEMS, (assim como sua participação) no CNS foram importante. Entrevistado 06

¹⁹ O ator citado era membro do GT de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável/Abrasco.

²⁰ O ator citado era membro do GT de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável/Abrasco.

²¹ O ator citado era membro do GT de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável/Abrasco.

²² O ator citado era membro do GT de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável/Abrasco.

²³ O ator citado era membro do GT de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável/Abrasco.

²⁴ O ator citado era vinculado à Secretária de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde.

Apesar de se identificar, nas entrevistas, elogios ao grupo condutor, como transparência, coerência das decisões aos preceitos do GT e o diálogo como estratégia na construção de consenso, apareceram também críticas em torno dessa liderança ao abordar sobre sua comunicação. Mesmo com pouca força argumentativa, evidenciou-se nas entrevistas o entendimento de que esse grupo apresentava o domínio das informações e centralizava as decisões processuais em torno dos seus pares, o que desagregou o GT. Como exemplo, identificado nas entrevistas, as decisões em torno de modelos de publicação que culminou em um número da revista da Ciência & Saúde Coletiva.

[...] Então, um dos maiores problemas que eu vejo é a falta de comunicação, é a questão de “é meu”, “é um domínio meu”, e isso é da natureza humana. [...] Tem um grupo que domina essa discussão da PS e que agora ficou muito mais claro nos últimos dois anos. [...] Domina conhecimento, informação e alguns movimentos e etc. [...] Durante o processo de revisão, a dificuldade foi a centralização em algumas pessoas para discutir alguns assuntos que pertencem a várias pessoas, inclusive modelos de publicação. Entrevistado 04

Vale salientar que, mesmo diante das críticas apresentadas, houve o reconhecimento, nas entrevistas, do esforço do grupo condutor diante do contexto de intensa pressão da SVS para com os prazos de finalização do processo de revisão.

[...] Teve um esforço muito grande de determinado grupo, talvez por momentos políticos, respostas políticas, (mas que) acaba desagregando um pouco o grupo. E isso acaba saindo fora um pouco daquilo que diz respeito a PS. [...] Ela é uma avaliação positiva porque não é um grupo que teve uma autoformação para fazer isso, mas se autoaglutinou de alguma forma para pautar a PS em algumas agendas. Entrevistado 04

Percebeu-se que o grupo condutor do processo de revisão pelo GT esteve coeso em suas propostas e objetivos, contudo as problemáticas em torno das comunicação possibilitaram inferir da possibilidade do grupo maior, que estava na sistematização, não terem tão evidente os alcances dos objetivo para com essa revisão. Em função disso, categorizar o exercício do poder como positivo ou negativo dependerá da ótica a ser analisada os fatos.

8.2.5.2 Categoria: *Influência significativa*

De acordo com os entrevistados, o GT de PSDS realizou alguns enfrentamentos importantes em prol da ampliação da Política, durante o processo de formulação, tanto da metodologia da revisão quanto na sistematização do produto final referente à política revisada. E, parte disso, justificou alguns entrevistados, se estabeleceu por se colocar como sustentação desse processo.

[...] Eu considero o papel da universidade nesse processo, como um (dick), que não filtra, mas que de certa forma dá sustentação. Ela embarreira essas contribuições para sistematizar, para jogar a questão teórica em cima. Eu vi muito isso na leitura que fiz. Entrevistado 15

Nesse processo de formulação, identificou-se, nas entrevistas, a sua influência para que o processo fosse participativo, colocando-se contra a possibilidade de limitar a revisão ao gabinete da SVS. Além disso, demonstrou-se para a gestão da SVS, conforme as entrevistas, a importância de se trabalhar de forma regionalizada na construção de uma política pública.

[...] A gente conseguiu mostrar a importância de se trabalhar de forma regionalizada, pelo menos nas cinco grandes regiões. Então, o MS na implementação da política, não poderia seguir fazendo uma estratégia comum para todo o país. Entrevistado 06

Ao partir para o produto final, PNPS revisada, destacou-se, nos discursos dos entrevistados, o reconhecimento de sua influência na proposição por um novo modelo de estrutura para a Política, que considerasse o ‘como’ tão importante quanto ‘o quê’ induzir. Como também, apareceu o reconhecimento que alguns princípios só se manterem na Política, considerado ainda motivo de resistência para o atual modelo de gestão, devido à defesa do GT pelas questões subjetivas da PS. Ademais, identificou-se também que essas proposições, em prol desse novo modelo, apoiaram-se na *advogacy* pela superação a modelos pragmáticos para a PS.

[...] O grupo direciona para uma outra linha, de dizer: o como é tão importante como o quê (em uma política). Entrevistado 14

[...] Eu tive que mandar, naquela noite, os artigos e as experiências internacionais quando mostravam que já tinha indicador de felicidade. Foi aí que ficou felicidade (na política). Então, não tenho dúvida que a presença da academia com fundamentação e apropriação na (defesa) de como essas coisas que eles acham que é abstrata, que é subjetiva, que não são quantificáveis, podem estar na política. Entrevistado 08

A análise de documentos e da observação participante corroboraram para as evidências da influência desse GT, contextualizada pelo seu conhecimento na área de PS, como pôde-se observar a conexão dos seus interesses a dinâmica de condução das oficinas de sistematização. Exemplo disso foram as seguintes indagações enunciadas em algumas dessas oficinas: “o que esperamos de uma nova PNPS? Que aspectos são mais relevantes para o coletivo aqui presente?” (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA, 2014, p.2).

A problematização discorrida no transcórre dessa categoria possibilitou inferir que o GT apresentou uma influência significativa no processo de revisão da PNPS. Durante a observação participante, identificou-se o posicionamento de atores do GT, que enfatizam essa perspectiva, ao considerarem a sistematização da Política e a inserção dos princípios e valores como características de sua influência no produto final referente à PNPS revisada.

8.3 SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE - MINISTÉRIO DA SAÚDE

Outro ator participante da arena política foi o Ministério da Saúde (MS), considerado importante ator governamental para esse processo. Segundo os entrevistados, sua representatividade se fez presente através da Secretária de Vigilância em Saúde (SVS), da Atenção Básica (SAS) e Ambiental. Entretanto, o destaque foi a participação do ator SVS, o qual será detalhado nesse item.

[...] A SAS se envolveu muito pontualmente, muito pontualmente mesmo. Na época que [ator citado]²⁵ estava perto, depois que ela saiu, nem isso tinha mais.
Entrevistado 14

De acordo com as categorias construídas, evidenciou-se como característica da SVS uma ‘gestão pragmática na condução dos interesses’, sendo o ‘indutor principal de prioridades’ para a gestão estadual e municipal. Todavia, apresentou ‘dificuldade de operacionalizar a intersetorialidade e intrasetorialidade’, o que validou como ‘frágil indutor das ações federais’.

Além disso, possuía uma ‘participação ampla’ na revisão da PNPS, conduzida por uma ‘mobilização expressiva’ na defesa pelos seus interesses em torno da ‘permanência das ações prioritárias na PNPS’, agregada à possibilidade de ‘universalização de suas ações’. Identificou-se ‘alianças de caráter operacional’, talvez por se colocarem como ‘norteador de políticas públicas’, as quais lhe conferiram poder na tomada de decisão.

A preocupação em ‘esquivar das críticas a PNPS’ foi observada durante o processo de revisão, como estratégia para legitimar e defender a postura de dono da PNPS, por reflexo da ‘PNPS personalizada’ como característica do poder desse ator na arena política. Outra preocupação foi da ‘revisão ser uma nova PNPS’, por isso a ‘viabilidade da proposta de revisão da política’ era algo recorrente nos discursos. Isso culminou na influência por uma ‘perspectiva de atualização da política’ e na ‘limitação da autonomia do GT de PS’ no processo de revisão. Por fim, havia a preocupação em ‘finalizar a revisão na primeira gestão de Dilma Rousseff’. A seguir, detalhar-se-ão as categorias envolvidas nessa descrição.

²⁵ O ator citado era vinculado à Secretária de Atenção em Saúde (SAS) – Ministério da Saúde.

8.3.1 CARACTERÍSTICAS DO ATOR

8.3.1.1 Categoria: *Gestão pragmática na condução dos interesses*

A SVS compõe-se de atores com experiência acadêmica e gestora, cujo perfil se norteou pela indução de ações que apresentaram experiência e segurança em sua condução. Para os entrevistados, a vivência dos entraves na dinâmica de uma gestão, fez com que, seus gestores, optassem por atualizações do que mudanças abruptas nos rumos de uma política. Houve o predomínio de um olhar pragmático na condução de suas ações, destacaram os entrevistados, com a produção de conhecimento voltado, preferencialmente, para dados quantitativos. Além disso, identificou-se nas entrevistas, que esse ator situava-se em uma arena repleta por interesses institucionais e individuais.

[...] O perfil da gestão é de manutenção, não é vazio de manter porque eu quero, é pela segurança, acúmulo e experiência. Isso a gente desenrola. Isso tá cristalizado. [...] O gestor se contamina muito pelo que viu acontecer, quando você pense em ampliar a política, talvez a fala fosse: não vai dar certo. Isso não funciona, não adianta, vai ficar no departamento, é só ilusão. Entrevistado 15

[...] E o ministério, é lógico que também é ligado a perfis pessoais, e interesses institucionais, interesses de gestor e interesses de acordos entre instituições. Entrevistado 05

8.3.1.2 Categoria: *Indutor principal de prioridades*

Ao abordar sobre os propósitos inerentes a esse ator social, a força argumentativa dos discursos dos entrevistados destacou a sua importância na indução de pautas para os municípios e estados. Para isso, as linhas de financiamento explicitadas, de acordo com as entrevistas, foram utilizadas para favorecer o avanço da sua agenda política, perpassadas por acordos no âmbito internacional e nacional. Todavia, identificou-se também, nas entrevistas, que essa atribuição, considerada como algo intrínseco ao executor do Estado, deveria colaborar na construção de ações integradas, com fins de dar condições para a realização das políticas públicas.

[...] Na gestão, a gente é executivo, por isso tem que está dando algumas prioridades, alguns eixos, alguns nortes, diretrizes mais explícitas, [...] para induzir no nível local. Entrevistado 12

[...] Eu não tenho dúvida que as agendas internacionais são agendas indutoras e nós acabamos por abraçar todas essas agendas. Da mesma forma, a gente também induz os municípios e os estados a avançarem nessas agendas. Entrevistado 10

Durante o Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva da Abrasco, Marta Silva, representante do Ministério da Saúde, reconheceu como atribuição da gestão tornar uma política viva, ao contextualizar que “o desafio do órgão é tornar a PNPS viva por meio de uma articulação cotidiana e contínua juntamente a vários ministérios federais e as entidades municipais e estaduais” (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2015, p.1).

Essas questões trazem, na raiz, outra missão do MS, conforme apontaram os entrevistados, no que se refere ao seu dever de estruturar e qualificar a rede de assistência. E acrescentam como expertise da SVS o enfrentamento das transmissíveis.

[...] A SVS sempre trabalhou no viés das transmissíveis, a nossa expertise no SUS é com as transmissíveis. As não transmissíveis é uma caixa preta que precisa ser revelada e estudada. Entrevistado 14

8.3.1.3 Categoria: *Dificuldade de operacionalizar a intersectorialidade e intrassetorialidade*

Segundo os entrevistados, a dificuldade de escuta assim como de lidar com as críticas, demonstraram sua limitada capacidade de operacionalização da intersectorialidade e intrassetorialidade. Isso deveu-se, consideram os entrevistados, a intensa fragmentação das ações na esfera pública, decorrente da dificuldade de compreender que a ação compartilhada terá maior impacto.

[...] Nós temos um governo, uma gestão democrática, mas digamos que para certas coisas, no caso da SVS, a escuta não é comum. [...] É muito engraçado porque às vezes eu ouvia: “Isso vai depender de não sei quem, não sei se desenrola”. Você está fazendo uma política de PS da SVS ou uma política de PS pelo menos do ministério da saúde. Entrevistado 15

[...] Mesmo que eu pensasse a PS mais simples, teria que operar em articulação com outros cenários. E isso é muito difícil de ser pensado do lugar da vigilância. Entrevistado 16

A praticidade como direcionamento na condução das ações de uma política pública pela gestão tornou-se uma tendência em virtude de se estabelecer em sua zona de conforto seja em sua secretaria ou departamento. Com isso, não se priorizou ações intersectoriais e intrassetoriais por reconhecessem que essas estratégias apontavam para muitos obstáculos, os quais exigiriam da gestão o esforço no despertar de novas competências.

A partir do registro da dificuldade de escuta e de operacionalizar ações intersectoriais, pôde-se inferir que houve indícios de que a condução das ações a nível da SVS se nortearia pelo modelo top down, ou seja, de cima para baixo, na implementação de uma política pública.

8.3.1.4 Categoria: *Frágil indutor das ações federais*

Apesar do reconhecimento de que um dos principais propósitos do MS/SVS referia-se à indução de ações para as demais esferas do poder, suas ações foram consideradas frágeis pelos seguintes motivos, de acordo com os entrevistados: dificuldade na compreensão e estabelecimento das competências das três esferas de poder; praticidade norteando a implementação de uma política; aprisionamento ao orçamento - quando esse existia engessava a ação; dificuldades na liberação de recursos, exigindo um período curto para execução.

[...] O ministério quando financia, engessa. Ele dita o modelo. Se o município percebesse isso, de uma forma de dizer assim: isso é o básico, eu posso fazer isso, fazer diferente, fazer melhor, fazer do jeito que atenda a necessidade da minha comunidade. Mas, não é isso que é entendido, porque também isso não é passado. Então, reproduz, exatamente, aquilo que o ministério diz. Entrevistado 14

[...] A lógica da própria SVS é assim: “Eu tenho um recurso para esse projeto, mas quero que esteja na minha mesa em um mês”. Se não tiver em um mês, você já perdeu o recurso. E a gente tem um pouco de dificuldade de fazer esse processo de construção de forma mais rápida. Entrevistado 06

Além disso, os entrevistados acrescentaram que, quando a indução de ações eram de PS, ainda vinha impregnadas com dificuldades do seu entendimento pela gestão. Como por exemplo, ao apoiar à priorização de ações voltadas para o enfrentamento de doenças.

[...] O próprio ministro da saúde, a própria situação econômica, está gerando um desvio de ações. Está centralizando muito mais na doença. De fato, no tampo de determinados buracos do que resolver com algo mais perene. Entrevistado 04

Segundo Franco de Sá *et al.* (2016, p.1712), o MS foi classificado como “estrutura governamental coordenada pela padronização de resultados que tem como ponto forte a sua linha hierárquica intermediária (departamentos e coordenações diversos)”. Entretanto, esses autores alertaram que, devido ao predomínio de uma configuração divisionalizada, tem-se o “risco de cair numa configuração política, caso não hajam servidores ‘de carreira’, comprometidos com a continuidade da organização para além de contextos políticos” (FRANCO DE SÁ *et al.*, 2016, p.1712).

8.3.2 PARTICIPAÇÃO E MOBILIZAÇÃO NO PROCESSO DE REVISÃO DA PNPS

8.3.2.1 Categoria: *Participação ampla*

De acordo com os entrevistados, a SVS participou de todos os momentos vinculados ao processo de revisão. Pôde-se listar as seguintes etapas, de acordo com o ciclo das políticas

públicas: (1) Entrada da revisão da PNPS na agenda política, responsável pela tomada de decisão; (2) Formulação da metodologia da revisão, colaborando na elaboração do instrumento formSUS.

[...] Lembro que estava em uma reunião com esse burburinho de revisão. Então, eu falei: [ator citado]²⁶, vamos fazer a revisão da política? Aí todo mundo olhou assim: “Como ela pergunta isso?” [Ator citado]²⁶ disse: “Vamos!” Entrevistado 15

Também na (3) Implementação dos instrumentos inerente à metodologia, auxiliando o GT de PSDS e a Opas nesse processo, como constou a participação da diretora do Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde (DANTPS/SVS/MS) na oficina do CNS (OFICINA DE REVISÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE REALIZADA COM CONSELHEIROS DE SAÚDE, 2014); (4) na formulação da política revisada, através da parceria na sistematização desse produto com a Opas e o GT de PS. Além de ser a responsável pela aprovação da proposta elaborada; (5) Aprovação e pactuação da política na Comissão Tripartite (CIT), no Conselho Nacional de Saúde (CNS) e no jurídico para, finalmente, ocorrer sua publicação.

[...] [Ator citado]²⁶ e [ator citado]²⁷ fizeram a apresentação na tripartite e [ator citado]²⁷ fez no CNS. E depois disso, aprovada no conselho, [ator citado]²⁸ fez o jurídico só. [...] Essa foi a parte mais difícil porque não tinha mais o grupo junto, só tinha o ministério. Entrevistado 14

[...] Houve uma participação direta de representantes da SVS: a própria [ator citado]²⁶ foi em algumas oficinas, [ator citado]²⁹ e [ator citado]²⁸ vinham participando sempre, [ator citado]²⁷ também em alguns momentos participava das oficinas. (Enfim,) participavam do processo de construção e aplicação dos instrumentos, nas oficinas de sistematização. Entrevistado 05

Além disso, fez parte também da liderança do processo de revisão da PNPS, conforme registra Rocha *et al.* (2013), com destaque para atores da SVS, de acordo com os entrevistados, que além da realização do papel operacional para que a revisão ocorresse, assumiram também o papel de mediação entre o GT de PSDS e a direção da SVS.

[...] [Ator citado]²⁵ e [ator citado]²³, às vezes, tinham que ficar podando um pouco de como [ator citado]²² e a Universidade queriam as coisas, os pesquisadores tinham outro olhar. Então, eles estavam conduzindo o processo em alguma frente e vinham com algumas coisas, mas às vezes tinha que ter cuidado na hora de apresentar alguns resultados, que vinham das pesquisas para não ter um choque de frente e dizer pronto: “Agora, a gente não quer mais, vai ficar do jeito que tá” Então, elas faziam muito essa mediação. E que ficou bastante visível naquela última reunião em Brasília. Entrevistado 13

²⁶ O ator citado era vinculado à Secretária de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde.

²⁷ O ator citado era vinculado à Secretária de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde.

²⁸ O ator citado era vinculado à Secretária de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde.

²⁹ O ator citado era vinculado à Secretária de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde.

Houve o reconhecimento por atores do GT, de acordo com a observação, da importância da presença de atores do ministério no processo de negociação e mediação no processo de revisão da PNPS. Isso reforçou o comentário de Howlett, Ramesh e Perl (2013) ao considerar a estrutura administrativa como um peso determinante no processo político, sobretudo expressa pelos técnicos que a compõem em nível setorial.

8.3.2.2 Categoria: *Mobilização expressiva*

Verificou-se, de acordo com os entrevistados, que ocorreu uma mobilização expressiva da SVS em torno da revisão da PNPS. Isso, principalmente, para possibilitar a realização do processo, como também defender seus interesses.

[...] No Ministério da Saúde, as Secretarias mais envolvidas no processo desde o início, foi a de Vigilância, com a liderança do processo na CGDANTE. [...] Acho que foi um momento estratégico e muito positivo, onde a gente teve o próprio [ator citado]³⁰, apresentando e se interessando pelo tema. Então, teve [ator citado]³¹ apresentando também. Entrevistado 13

Ademais, reconheceu-se que esse processo de mobilização foi algo positivo, reforçaram os entrevistados, tendo em vista que se conseguiu contornar o contraditório interesse à PS existente entre atores da direção da SVS:

[...] De início, o próprio [ator citado]³⁰ não tinha interesse muito voltado para PS. [...] (Ou seja,) não tinha interesse de permanecer a PS aqui na SVS. [...] [Ator citado]³¹ tinha uma defesa, tinha Advocacy pela PS dentro da Vigilância. Eu acho que para o [ator citado]³⁰ tanto fazia. Entrevistado 13

8.3.3 INTERESSES E ALIANÇAS DESENVOLVIDAS

8.3.3.1 Categoria: *Permanência das ações prioritárias na PNPS*

Havia o interesse pela SVS, argumentaram os entrevistados, de convencer o GT de PSDS a fazer a Política do possível, com um discurso de que o processo seria construído em conjunto. E como justificativa, utilizou-se das limitações do contexto em torno da governabilidade da PNPS. Todavia, segundo os entrevistados, o possível da SVS consistia na manutenção de suas ações prioritárias.

[...] O processo de sistematização foi interno, entre as pessoas diretamente envolvidas (SVS e GT de PS). E nesse processo de sistematização que a gente defendeu esses temas prioritários. Entrevistado 12

³⁰ O ator citado era vinculado à Secretária de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde.

³¹ O ator citado era vinculado à Secretária de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde.

[...] Eu acho que tem uma coisa que ficou explícita. Primeiro, os interesses do gestor dentro do MS de manter acordos prévios, inclusive acordos internacionais em termos de desenvolvimento de políticas mais temáticas. Quer dizer, o compromisso do MS com outros setores da sociedade para garantir, por exemplo, a priorização de temas como estímulo a atividade física. Entrevistado 05

A força argumentativa dessa categoria se norteou pela defesa dessas ações como ponto forte para Política. Entre as argumentações pela sua defesa, destacaram-se, nos discursos, que isso facilitaria a compreensão da PS, por trazer um pragmatismo necessário para uma política dentro do SUS. Além de reconhecer que políticas complexas diminuem a sua probabilidade de êxito.

[...] Na verdade, havia um interesse de (trazer) como uma agenda de intenções, onde a agenda fosse o ponto forte da política. Entrevistado 14

[...] O que é que eu faço em PS? Ele (o gestor) tem que saber qual o caminho para fazer a (PS). Então, havia um sentido de que a gente desse uma abordagem mais pragmática que um política dentro do SUS tem que ter. Entrevistado 11

Outro aspecto evidenciado por traz desse interesse, de acordo com os entrevistados, consiste em demonstrar a efetividade da PNPS, o que justificaria a manutenção das estratégias conduzidas através de suas prioridades. E por outro lado, representaria a competência da SVS na condução dessa Política, bem como sua reafirmação na liderança da PS junto a MS.

[...] Eles (SVS) estavam fazendo um trabalho tão maravilhoso, não entendiam o porquê de tirar a política daqui. [...] A SVS reforçou o *locus* da PS dentro da SVS e da coordenação da DANTPS. Como se viram um pouco mais ameaçados de perder a política, fizeram todo um esforço para dizer: “nós estamos trabalhando”. Entrevistado 06

8.3.3.2 Categoria: *Universalização das ações da PNPS*

De acordo com os entrevistados, havia o interesse de desenvolver uma proposta de revisão para PNPS que fosse possível universalizá-la para os municípios da federação. Esse interesse foi baseado em compromissos realizados, diante das mudanças na logística de financiamento de apoio ao desenvolvimento de ações de PS.

[...] A PS tem que ser algo universal, quando a gente disse: “A gente vai substituir isso por algo universal e buscar orientar o que funciona e pode ser feito”. Não podia deixar para fazer isso dois, três, dez anos depois, porque perdia a credibilidade. Então, também tinha essa preocupação de fazer com que essas coisas acontecessem em um período que esses municípios percebessem que a gente não estava acabando aquela rede para não colocar nada no lugar. Mas, quando a gente dizia que a gente vai fazer uma política para universalizar, a gente estava falando mesmo sério. Entrevistado 11

O interesse em universalizar demonstrava o reconhecimento da importância dessa estratégia para a dinâmica da saúde. Contudo, ficava a dúvida, devido às limitações encontradas durante a pesquisa, se essa indução iria se estabelecer com base no exposto pela Sub-Secretária

de Vigilância em Saúde/MS, no Seminário Nacional de Revisão da PNPS, ao comentar que para o MS o modo de pensar e operar a PS deveria ser realizado através da articulação “com todas as políticas e tecnologias desenvolvidas não só pelo sistema de saúde brasileiro, mas por todas as políticas públicas e todas as outras que contribuíram para a melhoria da qualidade de vida” (BRASIL, 2015c, p.9).

8.3.3.2 Categoria: Alianças de caráter operacional

Não houve evidências, nos discursos dos entrevistados, de uma estratégia em torno de alianças para sistematizar os interesses da SVS, o que poderia ser um indício de poder desse ator social. Contudo, o termo aliança destacou-se nos discursos como estratégia operacional para a condução do processo de revisão, em parceria com o GT de PSDS e a Opas.

Segundo os entrevistados, a participação de técnicos da SVS no processo de revisão, colaborou na construção de diálogos, entre os atores responsáveis por sua condução, com fim de desconstruir resistências projetadas aos interesses, tanto da SVS quanto do GT, na arena política.

[...] [Ator citado]³² e [ator citado]³³ tiveram que ir conversando: “Não é bem assim, vamos fazer o que dá para fazer, a gente está aqui para construir junto. A gente não vem para dizer que é para fazer desse jeito, a gente está aqui para fazer parte do processo”. (Dessa forma,) conseguiu estabelecer uma conversa do começo ao fim (com o GT e Opas). Entrevistado 13

Ademais, também apareceu nos discursos o reconhecimento de uma maior proximidade entre as lideranças da SVS e do GT PSDS, que influenciou a mediação dos seus interesses representativos na construção de acordos.

[...] Nessa discussão da revisão (demonstrou) que a disputa pode ser entre amigos, ela não precisa de ser entre inimigos. Então, por exemplo, [ator citado]³⁴, brincando, é conterrânea do [ator citado]³⁵, que conhece ela, conhece os filhos, conhece o marido, entendeu? E não são inimigos. Estavam na mesma arena, mas fizeram uma disputa sobre essa questão de promoção e prevenção. Entrevistado 07

De acordo com Franco de Sá *et al.* (2016, p.1712), desde 2001, grande parte dos membros das três instituições envolvidas na condução do processo de revisão (SVS, GT PSDS e OPAS), “trabalham juntos em prol tanto de uma PNPS, quanto do mapeamento da realidade da PS no país e ainda no sentido da construção de marcos conceitual, teórico e metodológicos para a área”.

³² O ator citado era vinculado a Secretária de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde.

³³ O ator citado era vinculado à Secretária de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde.

³⁴ O ator citado era vinculado à Secretária de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde.

³⁵ O ator citado era membro do GT de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável/Abrasco.

8.3.4 PREOCUPAÇÃO

8.3.4.1 Categoria: *Esquivar das críticas à PNPS*

A partir do processo de revisão, concomitantemente surgiram avaliações e questionamentos ao período de desenvolvimento da PNPS sob a responsabilidade da SVS. De acordo com os entrevistados, foi nesse contexto que se evidenciou uma maior preocupação por essa secretaria, de como lidar com as críticas apresentadas. Algumas críticas como as desenvolvidas pelo GT de PSDS foram, às vezes, incompreendidas, sendo até questionadas por subestimarem o potencial da política em execução (BRASIL *et al.*, 2014a). Isso contextualizado, segundo os entrevistados, por uma dificuldade de escuta da gestão.

[...] E aí vêm as dificuldades da escuta, porque quando você faz um processo de revisão de uma política, que está desde 2006, é inevitável uma parte de avaliação. Então, vêm as críticas pesadas a PS e fica difícil para o departamento.
Entrevistado 15

[...] Em alguns momentos, as questões que foram colocadas foram recebidas pela SVS como se o GT não considerasse todo potencial dessa política. Ela está sendo operacionalizada, sendo desenvolvida, vocês estão equivocados quanto a isso.
Entrevistado 06

Como exemplo de crítica, identificada nos discursos de entrevistados, pôde-se registrar o entendimento que uma PNPS não deveria aproximar seu arcabouço teórico ao da prevenção, ou seja, a doença. Houve o reconhecimento de que se deveria falar apenas de saúde nessa política, contudo alguns entrevistados tangenciariam ao considerar ser uma atitude impossível diante das necessidades expostas no cenário brasileiro.

[...] Sempre tem esses dois polos, tem gente que diz que (a PS) não tem nada haver com saúde como lá os deputados, como gente que dizia: “não devia falar de prevenção em nenhum momento”. [...] Tem alguns pensamentos que eu discordo completamente que é assim, “Abandonemos a doença e trabalhemos só com a Saúde.” [...] Eu acho que é ilusório achar que a Saúde pode dizer, “Olha, esqueçam a doença” Até porque se todas as ações de PS forem implantadas hoje, primeiro elas nunca conseguiram transformar todas as pessoas em relativamente saudáveis. Entrevistado 11

A preocupação de como lidar com as críticas, pode ser compreendida também como uma provável resistência a processos participativos, partindo do pressuposto de que, quanto maior o processo de participação, teria-se uma maior probabilidade de críticas. Ademais, o modo como lidar com elas, refletiria na credibilidade dos gestores diante da condução da arena democrática.

8.3.4.2 Categoria: Revisão ser uma nova PNPS

Segundo os entrevistados, foi evidente a preocupação da SVS em reafirmar que a revisão da PNPS era uma atualização, ou seja, não representaria uma nova Política. Isso apareceu por entenderem que a mensagem de uma nova política, representaria a ineficiência da anterior. E conseqüentemente, seria uma avaliação negativa ao modelo de gestão direcionado até esse período, possibilitando abertura para questionar inclusive o *locus* da PNPS dentro da SVS.

[...] As pessoas precisam entender que é uma revisão e não uma nova política. Essa era outra linha de tensão permanente. Pelo amor de Deus, é uma revisão, não pode ser uma nova. [...] (Havia o medo) que a antiga pudesse ser descartada. Entrevistado 14

[...] Os colegas do ministério da saúde cuidaram o tempo todo para que a revisão não fosse uma negação. (E sim) para que a revisão fosse uma lógica de aperfeiçoamento. Isso eu detectei. (Havia) uma certa preocupação que a revisão desandasse a política. [...] A palavra “nova” era sempre preocupante para [ator citado]³⁶. As pessoas quando escreviam algum texto que aparentava novidade: Não! Não! É novo! Nega! A revisão não deveria negar o passado, deveria aprimorar, aprofundar, continuar. Pra nós, era um exercício coletivo. Entrevistado 07

Vale salientar, ressaltaram os entrevistados, que não existia uma preocupação com a qualidade do material que estava sendo sistematizado por atores do GT de PSDS. Em contrapartida acrescentaram que, com o conteúdo priorizado, era evidente essa preocupação. A possibilidade do GT querer reformular a PNPS, reforçaram os entrevistados, era uma preocupação recorrente entre os atores da SVS. Por isso, a insistência na argumentação que a revisão seria uma atualização, com fins de distanciar de qualquer possibilidade por uma nova Política.

[...] Eu vou te falar o que eu vivenciei em relação a isso, não era um preocupação em relação a qualidade dessa sistematização, era a preocupação da ampliação. Entrevistado 15

[...] Eu acho que os colegas do ministério tinham essa preocupação: o que esses meninos do GT querem? O que é que esse povo da ABRASCO quer fazer? Entrevistado 07

Toda essa preocupação, conforme apontam os entrevistados, trouxe na base o receio da PNPS não reforçar o Plano de Doenças Crônicas, assim como os acordos institucionais refletidos nas prioridades apontadas pelas ações específicas dessa Política. De acordo com os entrevistados, a possibilidade de uma mudança significativa em relação a essas prioridades, poderia culminar na reprovação da proposta de revisão para a PNPS, durante o processo de pactuação na tripartite ou até mesmo ocorrer a reinserção das prioridades pela pressão em torno dos acordos existentes. Contudo, pontuaram que sua inserção seria realizada a partir dos

³⁶ O ator citado era vinculado à Secretária de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde.

interesses das respectivas instâncias de aprovação.

[...] O medo era que a política não fortalecesse o plano de crônicas. E que esses temas teriam que aparecer ali. Entrevistado 06

[...] Numa lógica de acordos internacionais e pensando a coisa do monitoramento. Eles têm recursos internacionais bem dirigidos para discussão da alimentação, da atividade física. Então, parece que é importante para o Ministério da Saúde manter os temas prioritários como acordos internacionais e locais, (como) eixos de financiamento de políticas. Entrevistado 07

Ainda em relação ao conteúdo, constatou-se, nas entrevistas, que existia a preocupação da Política tornar-se um documento acadêmico, não apresentando um encadeamento lógico em sua compreensão, devido à quantidade de temas abordados.

[...] A preocupação que cobrei sempre do pessoal era dizendo: “olha se a gente produzir um documento teórico sobre PS, isso pode virar um livro, uma tese de doutorado, (só) não vai virar uma política”. Entrevistado 11

[...] No final, o que resultasse fosse muito inócuo, colcha de retalho, que não houvesse um encadeamento lógico pela quantidade de temas e assuntos que acabavam sendo tratados pelos grupos. Entrevistado 14

A força argumentativa constatada por essa categoria possibilitou reconhecer as resistências e prioridades da SVS no processo de revisão da PNPS. Como também, projetar prováveis conflitos no processo de pactuação dos acordos inerentes ao produto final da Política revisada.

8.3.4.3 Categoria: Viabilidade da proposta de revisão da Política

De acordo com os entrevistados, outra preocupação era com a viabilidade da agenda de prioridades da política. Isso por entender que, qualquer proposta inerente à sua alteração, deveria ser realizada com base em sua factibilidade e efetividade. Por isso, os entrevistados demonstraram a preocupação com a possibilidade da revisão da PNPS conferir ao MS um papel para além do SUS, devido às limitações perpassadas na impossibilidade de dar conta dos DSS.

[...] Primeiro, ela não é uma política nacional de promoção, é uma política nacional de promoção no SUS. Não pode fugir os parâmetros SUS. [...] A preocupação muitas vezes do ministério é dizer assim: não dê ao ministério um papel para além do que já diz o SUS, que já é grande e ele mesmo não aguenta mais. [...] Não é uma política que já nasça intersetorial. E pensar em determinantes sociais, em condições de vida, e dizer saúde dê conta: É impossível. Entrevistado 14

[...] Tinha, claramente, uma posição do ministério que contextualizava a partir da sua perspectiva a viabilidade política, financeira, e inclusive de disseminação dessa política para diferentes setores dentro do campo da saúde e fora do campo da saúde. Entrevistado 05

Entretanto, contraditoriamente, identificou-se, nas entrevistas, um desestímulo para desenvolver ações intersetoriais, as quais contribuiriam para uma maior viabilidade da Política.

Isso se justificou, conforme apontaram os entrevistados, pelo argumento de que o setor saúde não teria governabilidade sobre sua indução.

[...] Eles (SVS) queriam tirar as ações que envolviam outros ministérios. Como é que nós vamos falar para o outro pautar uma agenda do outro que não é nossa? Nós não temos governabilidade, o ministério não vai botar dinheiro na ação do outro.
Entrevistado 08

A observação participante da Oficina Regional da região nordeste, inerente ao processo de revisão, possibilitou perceber que havia preocupação com a viabilidade do que estava sendo proposto. Isso foi demonstrado ao se abrir espaço para se refletir sobre a governabilidade do setor saúde, bem como seu papel na implementação da PNPS. Como exemplo, identificou-se, nos relatórios das oficinas, como a da região sul, a atuação de técnicos da SVS/MS na condução de reflexões de como a questão da intersetorialidade na PS interferia na governabilidade do setor Saúde/MS. E, por isso, ressaltou-se a importância de refletir sobre as limitações e restrições legais e orçamentárias em torno daquilo que se almejava colocar como expectativa para a governabilidade desse setor (OFICINA DA REGIÃO SUL DE REVISÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2014).

Da mesma forma, na observação participante das Oficinas de Sistematização, pôde-se perceber, nos discursos de atores da gestão da SVS, aspectos que corroboraram com a fundamentação da categoria ‘Viabilidade da proposta de revisão da Política’ Dentre os quais, identificou-se como preocupação o fato de que a agenda estivesse em conformidade com as prioridades apontadas pela Lei 141, pois reconheceram que uma indução errada poderia comprometer a gestão política. Todavia, contatou-se, nas discussões, que essa condicionalidade induziria limites na sua proposição, o que apontava para a necessidade de se pensar estratégias paralelas para ampliar a realização das ações de PS. Essa problemática parte do reconhecimento, por exemplo, de que investimentos e reformulação de espaços urbanos para a realização do programa Academia da Saúde, representado como um dos eixos prioritários da PNS, não representava gasto em saúde, sinalizando desafios para a perspectiva do financiamento intersetorial da PS (BRASIL, 2015c). Ademais, esse entendimento vem embasado pela Câmara dos Deputados, que reconheceu que a PS não é ação de saúde.

8.3.4.4 Categoria: Finalizar a revisão na primeira gestão de Dilma Rousseff

O prazo inerente ao término e publicação da PNPS apareceu, nos discursos dos entrevistados, como preocupação da SVS. Parte disso se justificou para aproveitar o calendário definido para Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção

e Controle de Doenças – EXPOEPI - para lançar a Política e, conseqüentemente finalizar seu processo de revisão ainda no término da primeira gestão de Dilma Rousseff.

[...] A gente tinha que acabar antes porque tinha eleição ou toda essa questão do cenário político (poderia interferir) na garantir que a política fosse aprovada, publicada. Porque a gente não sabia o futuro, mesmo como o legado dessa gestão, não queremos ter feito todo esse movimento e morrer na praia. Então, (era) lutando contra o tempo dentro desse processo para poder (finalizar na gestão). Entrevistado 12

Essa preocupação também pôde ser confirmada em Ata de reunião do Comitê Gestor da PNPS (2014), ao registrar o comentário de Marta Silva (DANTPS/SVS) acerca da expectativa de que a Política estivesse pronta à época da EXPOEPI, em outubro de 2014.

8.3.5 PODER E INFLUÊNCIA

8.3.5.1 Categoria: Norteador de políticas públicas

A posição de executor, tomador de decisão, da gestão da SVS na arena política demonstrou sua alta governabilidade, justificada através do seu poder como norteadora de políticas públicas. Por isso, esse entendimento, apontado pelos entrevistados, ressoaram no seu reconhecimento de ser responsabilidade da SVS a decisão pela revisão da PNPS. Como também, acrescentaram a possibilidade de ampliação da participação de atores nesse processo, assim como outras decisões processuais.

No entanto, de acordo com os entrevistados, esse poder também trouxe maior responsabilidade, por participar tanto da formulação quanto da implementação da Política. Por isso, acrescentaram que as decisões da SVS foram norteadas tanto pela viabilidade política quanto econômica.

[...] O ministério entende que tem um saber próprio e que na verdade, no final, o poder de bater o martelo final é dele, (pois) é uma política do ministério da saúde. [...] Chegou a ponto de dizer: “não, a gente vai deixar fazer o que quiserem, mas no final somos nós quem decidimos isoladamente, sem passar pelo grupo da revisão. Entrevistado 14

[...] Enquanto o gestor tem a responsabilidade na formulação, na implementação, no acompanhamento, no financiamento de uma política pública. Entrevistado 12

[...] Quem propõe a revisão de uma política ou a construção de uma política é o gestor. É ele quem abre a possibilidade da população, das pessoas, poderem propor. (Como também,) a possibilidade de institucionalizar uma política. E os movimentos sociais não tem como implantar uma política, isso é o gestor. Entrevistado 06

Além disso, a representação do poder da SVS também foi registrada, pelos entrevistados, na maneira como se estabeleceu a definição de quem seria o mediador do GT PSDS, durante o processo com a SVS, conforme detalhado abaixo:

[...] [Ator citado]³⁷ acabou tendo uma interlocução maior com [ator citado]³⁸. Quando ela queria conversar com o grupo, o procurava. Talvez [ator citado]³⁹ que estava em Brasília, na OPAS, que de alguma forma tinha um pouco o conhecimento da metodologia e dos trâmites administrativos, deveria ser uma interlocutora privilegiada com o ministério. [...] Eu acho que teve um determinado momento que [ator citado]³⁸ falou assim: “não vamos conversar mais com [ator citado]³⁹. Nós vamos conversar agora com [ator citado]³⁷”. Então, um momento de tensão que o elege, põe no negócio e ele assume o papel de mediação. Entrevistado 07

A escolha do representante, para a qual não houve a possibilidade do GT escolhê-lo, proporcionou prováveis dificuldades na construção de uma rede de diálogos no processo de revisão, conforme será detalhado no capítulo referente ao processo.

8.3.5.2 Categoria: *PNPS personalizada*

Para os entrevistados, a postura de ‘dona’ da PNPS apresentada pela SVS, devido a sua liderança sobre a PS no Ministério da Saúde, conferiu-lhe poder sobre as prioridades inerentes a esse saber. Isso, inclusive, acrescentaram alguns entrevistados, possibilitou o distanciamento de outras secretarias do MS dessa pauta, por reconhecer que apenas a SVS seria a responsável pela PS. Com isso, reforçou-se a influência da SVS na legitimidade de seus interesses na Política.

[...] O papel da SVS, na coordenação do ministério da saúde, é muito de dono da política. Entrevistado 06

[...] “Promoção é com [ator citado]³⁸” Aquela história de personalizar “Promoção é com [ator citado]³⁸ e com o povo da SVS”. [...] O locus onde a PNPS está faz a diferença, porque também a SVS se apropriou e disse: “Eu sou dona”. As pessoas deixaram, consciente ou inconscientemente, não participar é uma forma de você deixar da forma como estar. Entrevistado 15

[...]A SVS é a dona da pauta da atividade física, da pauta da violência, do acidente de trânsito. Aí eu tenho uma certa acomodação, não saio muito desse cenário. Entrevistado 16

A partir desse reconhecimento, também foi possível identificar, nos depoimentos dos entrevistados, a expressão desse poder em pressões para se ter os interesses da SVS legitimados na Política. Como exemplo, foi apontado, pelos entrevistados, a possibilidade de se retirar o GT

³⁷ O ator citado era membro do GT de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável/Abrasco.

³⁸ O ator citado era vinculado à Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde.

³⁹ O ator citado era vinculado à Organização Pan-americana de Saúde (OPAS).

da responsabilidade de sistematizar o produto final da Política, por entender que o mesmo não seguia as “orientações” da SVS.

[...] Tinha momentos do ministério chegou a falar: “Nós que estamos pagando essa revisão. É de nosso interesse essa revisão”. Então, o ministério exerceu poder no processo de revisão, sim, exerceu poder. Entrevistado 07

A personalização de uma política pública, a uma secretária ou até mesmo a seus representantes, traz no seu esboço uma problemática de ordem representativa de suas necessidades. Ademais, a aceitação desse fato pelas demais secretarias do MS demonstra um desinteresse pela temática da PS.

8.3.5.3 Categoria: Limitação da autonomia do GT de PSDS

De acordo com os entrevistados, houve uma nítida influência na liberdade do GT em relação à sistematização da Política. Parte disso, justificado nos discursos, em função da resistência da SVS ao desejo de reformulação da PNPS apresentado, nas entrelinhas, por atores do GT. Além disso, destacaram os entrevistados quanto a maior influência do DANTPS/SVS, tanto na viabilização como limitação de processos.

[...] O grupo sofreu resistência do próprio MS. Quando algumas coisas que constitui programa dentro do MS estava ficando fora da política “Não é bem isso que a gente queria” Então assim, foi um briga de titãs. Entrevistado 09

[...] Acho que o próprio ministério ficou um pouco pensando assim: “tem que tomar cuidado porque esse pessoal pode acabar querendo reformular”, uma nova fórmula de fazer saúde. E aí, eu acho que foi colocado um limite claro. [...] Para não gerar custos, não discutir *locus*, para não ver campo, para não gerar tensão. Então, para não fortalecer muito e de repente outras políticas que tão nascendo, como a questão das DCNT que é frágil. Ela é mais nova do que a promoção em tempos de vida. [...] Então, o ministério não podia deixar, porque ele ia dizer assim: “O que eu vou fazer com o INCA no meu pé?”. Entrevistado 14

[...] A interlocução com o grupo da SVS era constante mas os conflitos maiores eram mais especificamente com [ator citado]⁴⁰. Ela participou em momentos importantes nesse processo, viabilizou algumas coisas e restringiu outras. Por exemplo, em alguns momentos restringe a ampliação da participação de outras vozes. Entrevistado 05

Apesar da força argumentativa dessa categoria, contraditoriamente, apareceu nos discursos, o entendimento de que não houve nenhum tipo de influência ou limitação ao trabalho do GT pela gestão da SVS.

[...] Nós nunca colocamos nenhum limite para revisão, na minha cabeça não tinha. Iríamos revisar tudo, tudo o que a gente fez até aqui (para) começar outra coisa. Então, não havia uma ideia de preservar nada, era mesmo de ir com a mente aberta. [...] Não havia nenhuma preocupação “Ah, vai reformular, vai revisar!”. Entrevistado 11

⁴⁰ O ator citado era vinculado à Secretária de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde.

Outro entrevistado demonstrou o entendimento de que existia liberdade para o GT, na sistematização do processo, desde que as ações prioritárias da Política não fossem alteradas.

[...] A resistência ao governo de reformular era muito grande. [...] Então, a gestão até deu uma certa liberdade de pensar. Deixa eles pensarem, o importante é garantir isso aqui. O que está certo para SVS. Entrevistado 15

A exposição dessa condicionalidade, de acordo com a liberdade exposta pelo entrevistado, reforçou a compreensão de que houve uma limitação do GT, no processo de revisão, podendo interferir diretamente no conteúdo e na organização metodológica da PNPS.

8.3.5.4 Categoria: *Perspectiva de atualização da Política*

Outra influência apontada em relação à SVS, segundo os entrevistados, referiu-se à especificação do caráter da revisão da Política, especificamente para sua agenda de prioridades. A estratégia de publicização de que o processo abordaria apenas uma atualização, nos espaços de discussão da Política, fundamentou a categoria construída. Além disso, a exigência dos atores do GT de PSDS, responsáveis pela sistematização, de que a Política antiga teria que fundamentar a Política nova, caracterizou a limitação de autonomia estabelecida na categoria anterior.

[...] A ideia de nascer uma nova política de promoção, nova em folha, eu acho que nunca foi, sempre foi dizer assim: usem o que existe, melhorem, atualizem para o que tem, hoje, que pautar e façam uma revisão. Entrevistado 14

[...] As pessoas do MS faziam questão de deixar claro e exigiam que nós deixássemos bastante claro que aquele processo que as pessoas estavam participando era uma sugestão, uma proposta. E que depois iria passar pelas instâncias, dentro do MS, que fariam os ajustes e notificações que considerassem necessárias para poder lançar a política. [...] A SVS colocou a sua agenda (doenças crônicas) dentro da política. [...] (Influência) do próprio locus onde está, porque segue com a lógica de pautar a minha necessidade enquanto coordenação. [...] Ainda percebo que continua nessa lógica da política: “Ela é do meu setor”. Entrevistado 06

Através da observação participante, das Oficinas de Sistematização, pôde-se evidenciar essa categoria nos discursos de atores da SVS, ao argumentarem que a revisão da Política se estabeleceria com o objetivo de continuar sendo contemporânea. Essa justificativa partiu de uma perspectiva de continuidade, ou seja de atualização da agenda, com a orientação de que se deveria valorizar o conhecimento e as experiências, nacionais e internacionais, que tivessem efetividade, pois não justificaria uma agenda ‘simpática’ sem efetividade.

A problematização apresentada por essa categoria demonstra a influência do viés da SVS na legitimidade das prioridades da PNPS, acompanhada por uma priorização de estratégias mensuráveis da saúde das pessoas. Por isso, de acordo com entrevistados, observou-se como

propósito direcionador, da perspectiva de atualização para a PNPS, a manutenção da associação da PS ao estilo de vida. Isso justificou, acrescentaram os entrevistados, o entendimento de que não se poderia separar a PS da prevenção, devido à existência de uma linha tênue entre esses saberes.

[...] Na verdade, cada pessoa acaba interpretando PS ao seu (bel-prazer). Quando se refere à política, convenientemente, tudo é promoção. Convenientemente tudo é prevenção, depende do indutor da política que é o secretário. Então, se o secretário é [ator citado]⁴¹, com viés epidemiologista de carreira, com competência política alta, mas com uma competência técnica no campo da vigilância, automaticamente, tudo que era promoção era percebido como vigilância, como promoção e prevenção.
Entrevistado 14

Outro ponto evidenciado nos discursos, se referia à possibilidade de inserção de um tema novo na lista de prioridades da SVS, como estratégia para transmitir no imaginário das pessoas que ocorreu uma atualização da agenda.

[...] Eu acho que a PNPS traz algumas coisas novas de temática de educação que não tinha antes, [...] era quase dizer assim, não existia coisas novas. Entrevistado 14

A leitura do processo de ampliação das prioridades da PNPS como algo estratégico, reforça a influência da SVS na defesa pela atualização da Política. Esse processo foi detalhado na análise sobre os acordos e desacordos estabelecidos durante o processo de sistematização dessa Política, o qual foi apresentado no capítulo intitulado processos.

8.4 ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE

A Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) representou mais um ator não governamental nessa arena política. De acordo com as categorias, destacaram-se entre os seus propósitos a ‘cooperação nacional a favor da PS’. Esse ator teve uma ‘participação ampla’ na revisão da PNPS, partindo de uma ‘mobilização expressiva’, inclusive com destinação de recursos para a realização das oficinas regionais. Assim como o GT PSDS apresentou também ‘interesse significativo em ampliar a PNPS’, bem como conduziu-se por ‘alianças na indução por ampliação da política’. Além disso, demonstrou preocupação com o fato de que os ‘acordos globais vinculados a SeTP não estivessem na Política’. Esse ator foi considerado ‘indutor de demandas ao MS’, o que lhe conferiu poder na influência de prioridades. Como exemplo, identificou-se que o mesmo teve uma influência significativa na ‘participação do Brasil na consulta regional sobre SeTP’.

⁴¹ O ator citado era vinculado à Secretária de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde.

Vale salientar que, devido à aliança da Opas com o GT de PSDS na condução do processo de revisão, suas especificações dialogam diretamente com o que foi apresentado na descrição referente ao GT no tópico anterior. Por isso, procurou-se, nesse tópico, dar visibilidade a algumas características mais específicas desse ator na arena política. A seguir, detalhar-se-ão as categorias envolvidas nessa descrição.

8.4.1 CARACTERÍSTICAS DO ATOR

8.4.1.1 Categoria: Cooperação nacional a favor da PS

De acordo com os entrevistados, a cooperação nacional esteve entre os propósitos da OPAS. Eles acrescentaram, como importante nessa cooperação, a indução da PS no contexto brasileiro, seja trazendo as demandas expostas em suas Conferências Internacionais, como a discussão sobre municípios saudáveis, ou até mesmo pautando a importância da construção de uma política específica. Ademais, comentaram que uma vez institucionalizada a PNPS, colaborou também em seu processo de implementação.

[...] A OPAS teve um movimento, em determinado tempo, muito importante para questão da PS, para pautar a PNPS de dois mil e seis. Porque vem trazendo as conferências de PS, trouxe a perspectiva dos municípios saudáveis. Então, foram vários momentos tentando trazer agendas que o MS pudesse também se comprometer, porque era um compromisso regional. Entrevistado 06

Entre outros propósitos apontados nessa cooperação, destacou-se a defesa por planos regionais de saúde, em cuja priorização a saúde pública deveria se estabelecer independente dos interesses econômicos. Essa priorização foi argumentada por Zohra Abaakouk, representante da Opas (Brasil), durante o Seminário Nacional de Revisão da PNPS, que expôs sobre os conflitos de interesses como desafios para a saúde e a necessidade de respostas intersetoriais (BRASIL, 2015c).

Ainda no mesmo evento, a subsecretaria de Vigilância em Saúde/MS comentou que a Opas esteve presente em todos os momentos e processos de implementação e consolidação do Sistema Único de Saúde, o que reforça a cooperação desse ator com o contexto brasileiro (BRASIL, 2015c).

No contraponto a essa categoria, mesmo com pouca força argumentativa, identificou-se nos discursos, a compreensão de que a cooperação nacional dessa agência internacional colaborou pouco com o país. Isso se justificaria, de acordo com a citação abaixo, pela

dificuldade da agência em entender a territorialidade do país, o que reflete na indução de estratégias desconexas das suas necessidades.

[..] A gente também tem o aspecto internacional dos organismos, a OPAS e a OMS. Eu acho que eles ajudam muito pouco. [...] Algumas tentativas que eu nem sempre acho que são bem sucedidas e nem muito felizes, mas as agências internacionais tem um papel importante. [...] Eles são um pouco colonizadores, chegam com a iniciativa que tem a cara deles e traz uma receita de bolo. [...] A OPAS não tem uma perspectiva de PS que priorize o diálogo, que entenda a racionalidade, a territorialidade do próprio país. Entrevistado 09

8.4.2 PARTICIPAÇÃO E MOBILIZAÇÃO NO PROCESSO DE REVISÃO DA PNPS

8.4.2.1 Categoria: Participação ampla

De acordo com os entrevistados, a OPAS participou da maioria dos momentos inerentes ao processo de revisão, conforme foi registrado nas categorias vinculadas ao GT da PSDS e a SVS. Partindo da problematização teórica em torno do ciclo das políticas públicas, pôde-se listar as seguintes etapas: (1) Entrada da revisão da PNPS na agenda política, colaborando na pressão e na construção por um contexto favorável.

[...] [Ator citado]⁴² participou da organização da consulta regional que abriu espaço para propor a revisão da política e fazer todo o processo. Entrevistado 06

Na (2) formulação da metodologia norteadora da revisão, junto ao GT; (3) implementação dos instrumentos inerente à metodologia, como por exemplo, na coordenação da segunda Oficina da região sudeste (OFICINA DA REGIÃO SUDESTE DA REVISÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2014) e na sistematização dos resultados para análise; e (4) na formulação da política revisada, assumindo a condução e liderança do processo junto com a SVS e o GT (ROCHA *et al.*, 2013).

8.4.2.2 Categoria: Mobilização expressiva

A mobilização da OPAS na participação do processo de revisão foi categorizada como expressiva. De acordo com as entrevistas, sua mobilização não se restringiu apenas ao apoio logístico, considerado fundamental para a realização das oficinas regionais, mas destacou-se pela ressignificação de sua postura na pressão e construção da revisão da PNPS. E parte disso, registraram os entrevistados, foi favorecido pelo fato da representação da Opas na arena política, também ser membro do GT de PSDS da Abrasco.

⁴² O ator citado era vinculado à Organização Pan-americana de Saúde (OPAS).

[...] [Ator citado]⁴³ estava também enquanto OPAS. [...] Conseguiu ressignificar o papel da própria organização na cooperação técnica com o MS nesse processo de construção (da revisão). (Antes) a cooperação técnica tinha sido desenvolvida com o MS muito na perspectiva do dinheiro, da administração do recurso. [...] Eu vejo que o papel da OPAS foi mais forte, novamente ao resgatar os atuais documentos da OPAS e OMS sobre a PS, trazendo a conferência de determinantes e pautar a necessidade de revisão da política. Entrevistado 06

Outro aspecto que fundamentou essa categoria, segundo os entrevistados, refere-se ao reconhecimento de que a Opas, juntamente com o GT de PSDS, foram os atores mais importantes para a realização da revisão da Política. Como também, foi importante na articulação entre os atores participantes da arena política na construção de acordos, colaborando na mediação entre o GT de PS/OPAS com a SVS.

[...] Eu acho que a OPAS e a ABRASCO foram as duas mais fortes. Essas três (incluindo a SVS) foram indutoras, carregaram no colo, sem essas três não saía nada. Entrevistado 14

A participação desse ator nas reuniões no Comitê gestor da PNPS, na condição de membro, demonstrou o seu envolvimento com a PNPS, assim como na discussão sobre as etapas inerentes à revisão. Ademais, assumiu também, nessa arena, o papel de divulgação e mobilização de atores para a participação do processo da revisão.

8.4.3 INTERESSES E ALIANÇAS DESENVOLVIDAS

8.4.3.1 Categoria: Interesse significativo em ampliar a PNPS

Zohra Abaakouk, representante da Opas (Brasil), destacou o interesse e compromisso da Opas no apoio à elaboração da revisão da PNPS (BRASIL, 2015c). A partir da observação participante e da análise das entrevistas, pode-se dizer que existiu um significativo interesse, que encontrou consonância com os evidenciados ao GT de PSDS, na ampliação da PNPS, tanto em sua compreensão conceitual quanto na sua operacionalização. Isso partindo de uma perspectiva em evidenciar uma maior intervenção sobre os determinantes e condicionantes sociais da saúde.

[...] Esse processo de fazer junto com o GT de PS e a OPAS, ajudou a gente a qualificar a política, trazer um outro olhar, menos prescritivo, menos normativo, muito mais estratégico, muito mais dentro daquilo que a PS trabalha, [...] dentro da perspectiva de intervir nos determinantes e condicionantes. Entrevistado 12

Nessa perspectiva, Regiane Rezende (OPAS) ressaltou, em reuniões do Comitê Gestor da PNPS, a importância da PNPS ser atemporal, argumentando ser mais adequado falar em

⁴³ O ator citado era vinculado à Organização Pan-americana de Saúde (OPAS).

política, em vez de agenda ou plano. E destacou a necessidade de eixos operativos constarem na apresentação do modelo que estrutura a PNPS. Como também, defendeu o respeito a autonomia dos municípios na priorização de suas necessidades, esclarecendo que, durante o Seminário Nacional de revisão da PNPS, houve um debate sobre autonomia *versus* imposição na definição de prioridades, partindo das diferentes realidades locais (COMITÊ GESTOR DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2014).

Com isso, percebeu-se que o interesse na ampliação caminhou próximo da retirada ou diminuição da força das ações prioritárias na condução da Política. E isso foi apresentado como desafio, por reconhecer que o Brasil pactuou com algumas agendas internacionais, mas que também poderia pautar agendas nacionais e locais (COMITÊ GESTOR DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2014).

8.4.3.2 Categoria: Alianças na indução por ampliação da Política

Partindo do pressuposto de que houve uma aliança desse ator social com o GT de PSDS, conforme foi detalhado na categoria ‘alianças na indução por ampliação da política’ no tópico referente às alianças do GT, não se detalhou essa categoria por reconhecer sua concordância.

No entanto, de acordo com as entrevistas, acrescentou-se que essa aliança, também se estabeleceu como estratégia para possibilitar a utilização dos recursos, deliberados pela Opas, para a realização das oficinas regionais.

[...] Saiu o termo de cooperação e financiamento das oficinas pela ABRASCO via OPAS. Entrevistado 08

8.4.4 PREOCUPAÇÃO

8.4.4.1 Categoria: Acordos globais vinculados a SeTP não estivessem na PNPS

Zohra Abaakouk, representante da Opas (Brasil), analisou o processo da revisão da PNPS como movimento regional e global. E acrescentou que foi de responsabilidade da Opas, como da OMS, “assegurar, seguir e respeitar os acordos que foram estabelecidos pelos estados membros”. E por isso, reconheceu-se que a OPAS se preocupou com o fato de que, nesse processo de revisão, os acordos direcionados em torno da SeTP fossem reforçados. E assim, “os governos e agências governamentais, estaduais e municipais possam responder e estudar os determinantes sociais da saúde, equidade e promoção do bem estar da população” (BRASIL, 2015c, p.140).

Essa preocupação foi reforçada pelas memórias de reunião do Comitê Gestor da PNPS. A representante da OPAS (Brasil), Regiane Rezende, apresentou o Plano Global de ação do ‘Saúde em Todas as Políticas’ (SeTP), demonstrando ser outra pauta de interesse por essa agência. E defendeu que “seria interessante conectar um plano regional com um processo local, o que fortaleceria a PNPS”. Como também, acrescentou a possibilidade de conectar a proposta brasileira para o SeTP à operacionalização da PNPS revisada, por reconhecer que os princípios e valores propostos no SeTP coadunava com essa Política (COMITÊ GESTOR DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2014, p.3).

8.4.5 PODER E INFLUÊNCIA

8.4.5.1 Categoria: Indutor de demandas ao MS

Segundo os entrevistados, a OPAS apresentou uma influência significativa na indução de pautas na agenda política do MS. A sua referência no contexto internacional, juntamente à Organização Mundial de Saúde, lhe conferiu poder na arena política.

[...] Sem dúvida, eu acho que todas os agentes internacionais incidem fortemente. Enfim tem a liderança da OPAS e da OMS, a gente participa dos fóruns e da mesma forma como a gente induz prioridades nos municípios a OMS e a OPAS também nos induzem. Entrevistado 10

A agenda da estratégia global no enfrentamento das doenças crônicas, como a preocupação com o trânsito e a violência são exemplos de demandas legitimadas pelas OPAS e OMS, comentaram os entrevistados. Vale salientar que as mesmas são prioridades na PNPS.

[...] Era uma prioridade da Vigilância, dentro da Estratégia Global, o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis. Então, veio com muito peso essa Estratégia Global, coordenada pela organização mundial de saúde, que foi em 2005, no mesmo ano em que a gente estava elaborando a PNPS, lançada em 2006. Entrevistado 12

[...] O vida no trânsito e a questão das violências. Então, assim, sempre eles têm como referência as resoluções da OPAS e a OMS. Entrevistado 06

Contudo, apesar do reconhecimento de sua influência, houve o entendimento, por outros entrevistados, de que ocorreu uma redução em seu potencial nos últimos anos. Isso se estabeleceu devido ao crescimento das competências do Estado brasileiro, no qual lhe conferiu uma maior autonomia.

[...] A interferência da OPAS já era forte no MS, muito forte. [...] Como existia cooperações técnica OPAS e ministério, sempre a OPAS esteve de alguma forma representada no comitê. Mas era muito informal. Informal no sentido que mesmo não estando na portaria aparecia e acabava tendo força. Positivamente, porque trazia pauta. Hoje nem tanto, mas na época tinha um peso muito forte. Entrevistado 14

[...] A OPAS já foi muito mais representativa para o governo brasileiro do que hoje. Hoje, a gente diz que o Brasil cresceu tanto que dá exemplo para os demais.
Entrevistado 14

8.4.5.2 Categoria: *Participação do Brasil na consulta regional sobre SeTP*

De acordo com os entrevistados, a participação do Brasil na consulta regional sobre SeTP teve uma influência significativa da Opas. Esse produto foi apresentado na Conferência Mundial de PS, em Helsinque - Finlândia.

[...]A gente entrou no processo para a construção dessa consulta, também como apoio para discussão regional da agenda da oitava conferência global de PS.
Entrevistado 06

E foi, a partir disso, que se estabeleceu um contexto favorável para a realização da revisão da PNPS, conforme está detalhado na categoria: ‘Saúde em todas as políticas envolvendo a SVS’, no capítulo sobre processos.

8.5 COMITÊ GESTOR DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

A ‘ampliação da representatividade do Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde (CGPNPS), composto por atores governamentais e não-governamentais, favoreceu o seu propósito de ‘fomento da articulação inter e intrasetorial’. Durante o processo de revisão, esse comitê teve uma ‘participação transversal ao processo’, demonstrando interesse significativo através de suas induções em ‘ênfatar a intersectorialidade na política’, como em ‘rever os conceitos da PNPS’.

Pode-se dizer que obteve uma ‘mobilização relativa como indutor de problematizações’ teóricas em torno da PNPS. Em relação aos interesses, esse comitê delegou sobre a importância de ‘ênfatar a intersectorialidade na Política’, assim como ‘rever os conceitos da PNPS’. Outro interesse expressado foi a possibilidade de ‘tornar o CGPNPS mais efetivo’. Enfim, apesar da liderança da SVS nesse comitê, contatou-se um ‘limitado poder deliberativo do CGPNPS’. A seguir, detalhar-se-ão as categorias envolvidas nessa descrição.

8.5.1 CARACTERÍSTICAS DO ATOR

8.5.1.1 Categoria: *Ampliação da representatividade do Comitê Gestor da PNPS*

O CGPNPS foi instituído pela portaria nº 1.190, no ano de 2005, com o objetivo de consolidar a proposta da PNPS (BRASIL, 2005b). Em 2007, com a institucionalização da PNPS, foi publicada uma nova portaria, nº 1.409, que passou a objetivar a consolidação da implementação dessa Política. Vale salientar que essa portaria foi considerada um marco pela inclusão do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) em sua composição (BRASIL, 2007; OFICINA DA REGIÃO SUDESTE DA REVISÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2013).

[...] A política tem um comitê gestor da PNPS. Nele participam as diversas secretarias do ministério e os diversos entes da federação e a academia. Entrevistado 03

Nesse momento, o CGPNPS era composto por 17 atores:

I – três representantes da Secretaria de Vigilância em Saúde/SVS; II – três representantes da Secretaria de Atenção à Saúde – SAS; III – um representante da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP; IV – um representante da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES; V – um representante da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – SCTIE; VI – um representante da Secretária-Executiva – SE; VII – um representante da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA; VIII – um representante da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ; IX – um representante da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA; X – um representante da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; XI – um representante do Instituto Nacional de Câncer – INCA; XII – um representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; e XIII – um representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS (BRASIL, 2007, p.30).

Em 19 de julho de 2012, foi publicada a portaria nº 1.571 que alteraria a Portaria nº 1.409/GM/MS, no que se referia à inclusão de um representante da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) (BRASIL, 2012). Todavia, desde os meados de 2001 que o GT PSDS participava de reuniões no CGPNPS (FRANCO DE SÁ *et al.*, 2016).

[...] A gente tem todas as secretarias do Ministério, nem todas participam obviamente, mas todas são chamadas e tem os Conselhos de Saúde também, tem a ABRASCO, a OPAS entrou, mas a gente tá reformulando. Entrevistado 13

Vale ressaltar que, apesar desse relato reconhecer a presença da OPAS entre os componentes, a mesma ainda não constava em portaria. Entretanto, durante o período da revisão ocorreram discussões sobre a necessidade de republicação do CGPNPS. Segundo Déborah Malta (DANTPS/SVS), a proposta referente à nova portaria não apresentaria grandes mudanças em relação às competências e à estrutura, no entanto, sua novidade seria a ampliação de sua representação (COMITÊ GESTOR DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2014a).

A nova proposta foi publicada apenas em 19 de fevereiro de 2016, sob a portaria nº 227, com a ampliação do número de atores do comitê gestor para um total de 26. Foi incluído um

membro da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS); um representante do Conselho Nacional de Saúde (CNS); representante da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS); além da ampliação do número de representantes da SVS (quatro), SAS (quatro), SGEP e da SGTES (três). Para a representação da Abrasco, ocorreu a sua especificação ao seu Grupo Temático de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável (BRASIL, 2016a).

8.5.1.2 *Categoria: Fomento da articulação inter e intrasetorial*

Segundo os entrevistados, entre os propósitos do CGPNPS, destacou-se o seu papel na articulação com outras secretarias e instituições envolvidas com a PS na elaboração de um plano intersetorial. Essa arena foi considerada importante, nos discursos dos entrevistados, tendo em vista a possibilidade de viabilizar projetos coletivos, como também por favorecer a construção de acordos.

[...] CGPNPS é muito interessante. A gente conseguiu muitos acordos, (através) da articulação que ele organiza. [...] É uma grande área de visibilizar, de trocar experiências, de conseguir, realmente, alguns processos, conduzir juntos.
Entrevistado 13

De acordo com a memória de reuniões do CGPNPS, evidenciou-se a preocupação em unir as ações das secretarias do MS com a PNPS. Além disso, apareceu como objetivo a elaboração do plano intersetorial para 2015, conforme discussão fomentada sobre a ‘Saúde em todas as políticas’ (COMITÊ GESTOR DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2014b).

8.5.2 *PARTICIPAÇÃO E MOBILIZAÇÃO NO PROCESSO DE REVISÃO DA PNPS*

8.5.2.1 *Categoria: Participação transversal no processo de revisão da PNPS*

De acordo com os entrevistados, houve o reconhecimento do papel do CGPNPS no acompanhamento do processo de revisão da PNPS. Sua arena se norteou pelo debate e pactuação dos direcionamentos desse processo. Portanto, participou da (1) entrada da revisão da PNPS na agenda política; como também na (2) formulação metodológica, ao propor os eixos operacionais, os quais foram também inseridos no questionário formSUS para avaliação (BRASIL, 2014b); e na formulação do produto final referente à PNPS revisada, através de recomendações na organização textual.

[...] Então, quem foi para as reuniões do Comitê Gestor, acompanhou intensamente todas as fases do processo. Tudo era reportado lá. Então, isso foi bem bacana. Entrevistado 13

É importante ressaltar que o CGPNPS sempre esteve presente no processo de revisão, devido ao seu caráter transversal, por ser formado por vários atores envolvidos no processo. Parte disso se justifica por sua coordenação estar na SVS, identificada como uma das lideranças na condução desse processo. Apesar de estar presente, não existe um ator-chave desse comitê que dê a essa arena um caráter para além da pactuação e publicização do processo de revisão.

8.5.2.2 Categoria: *Mobilização moderada*

A PNPS conta com um comitê gestor intersetorial que, dentre outras ações, tem discutido o processo de revisão da PNPS (BRASIL, 2014c). Para os entrevistados, apesar de sua fragilidade, esse comitê apresentou um papel importante na mobilização da discussão do processo de revisão, seja em questionamentos, sugestões ou no registro transparente desse processo na arena.

[...] Por incrível que pareça, por mais frágil que a instância pudesse parecer, o comitê gestor pesou (no processo de revisão) [...] Ele foi um indutor. Foi um ator que de alguma forma deslocou a discussão. Entrevistado 14

Em vários momentos, nas atas do CGPNPS, foi possível constatar o acompanhamento do processo de revisão por esse comitê, como por exemplo: diante da apresentação sobre a metodologia de revisão da PNPS que foi desenvolvida; através da exposição, pela gestão da SVS, do balanço da PNPS; a divulgação dos resultados da aplicação da metodologia teste, para revisão da PNPS, ocorrido na Conferência Regional sobre DSS, em Recife (COMITÊ GESTOR DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2013a, 2013b).

8.5.3 INTERESSE E ALIANÇAS DESENVOLVIDAS

8.5.3.1 Categoria: *Enfatizar a intersetorialidade na Política*

Através da análise documental, de atas das reuniões do CGPNPS, foi possível identificar o interesse em enfatizar a intersetorialidade na revisão do texto da Política. Assim com, o diálogo com os programas temáticos do plano plurianual (PPA) (COMITÊ GESTOR DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2013c). Como proposta, sugeriu-se ampliar as redes de cuidado, com a finalidade de inserir a PS para além da estrutura do setor

saúde (COMITÊ GESTOR DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2013b).

8.5.3.2 Categoria: Rever os conceitos da PNPS

As atas do CGPNPS reconhecem que, na PNPS (2006), era possível encontrar pressupostos, ações e princípios misturados em suas diretrizes. Essa constatação reforçou o interesse em revisitar os conceitos inseridos na Política como ponto importante para o processo de revisão (COMITÊ GESTOR DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2013c).

8.5.3.3 Categoria: Tornar o CGPNPS mais efetivo

Concomitante ao processo de revisão da PNPS, surgiu a discussão no CGPNPS de como torná-lo mais participativo e efetivo (MALTA, 2014). Esse interesse foi problematizado por seus representantes, tendo em vista a importância de torná-lo coerente a PNPS revisada. Entretanto, constatou-se nas entrevistas que essa proposta por reformulação desse comitê não conseguiu avançar nesse processo.

[...] Quando estava publicando a política, estávamos conversando com os pares, para dizer assim: “vamos (mexer) no comitê agora, que é a lógica, publica o comitê, publica a política, publica o novo comitê. [...] Não saiu do canto, eram propostas se discutiu milhões de propostas. Porque assim, a primeira discussão de refazer a política nasce do comitê, a última discussão que eu quis fazer foi do próprio comitê. [...] Foi muito próximo do final do ano, e aí vai os movimentos das danças das cadeiras em 2014. Entrevistado 14

As categorias evidenciadas, nesse tópico, demonstram que o CGPNPS apresentou um interesse significativo ao processo de revisão. Isso por perceber seu interesse em ‘ênfatisar a intersetorialidade na Política’, como em ‘rever os conceitos da PNPS’. E por fim, ‘tornar o CGPNPS mais efetivo’.

8.5.4 PODER E INFLUÊNCIA

8.5.4.1 Categoria: Limitado poder deliberativo do CGPNPS

O poder desse ator social poderia ser demonstrado através do seu colegiado de atores, cujo processo de decisão se propõe através do voto. Entretanto, para alguns entrevistados, o

CGPNPS se apresentou pouco deliberativo, caracterizando-se mais como arena para compartilhar informações entre os atores envolvidos.

[...] Apesar de algumas vezes, o Comitê Gestor não ser tão deliberativo.
Entrevistado 13

[...] É um comitê informativo, para se passar informações. Entrevistado 06

Entretanto, não se pode negar a força da SVS, nessa arena, tendo em vista sua coordenação ser desempenhada pelo Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde (DANTPS/SVS/MS) (MALTA,2014b).

8.6 CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) representou um dos atores do controle social presentes na arena política, com o propósito estabelecido em torno da ‘luta pelo direito à saúde’, vinculado à ‘defesa pelo modelo de atenção à saúde pautado na PS’. Por isso, a ‘reivindicação por recursos para ações de PS e prevenção’ para pressionar a hegemonia do modelo biomédico. Todavia, a ‘excessiva especificidade dos conselheiros’ fragilizou a luta por pautas macro, por isso foi considerada a principal limitação desse ator.

Identificou-se também uma ‘participação moderada na revisão da PNPS’, conduzida por uma mobilização na mesma intensidade, cujo intuito em ‘ampliar a participação de atores na revisão’ foi o símbolo do seu papel na arena política. Ademais, demonstrou-se preocupado com a possibilidade da proposta de revisão ‘reforçar o modelo assistencial’ biomédico.

Por fim, constatou-se que o poder desse ator se caracterizou na ‘pressão e regulação das ações do MS’, apresentando como ‘influência específica no processo de revisão’ a ampliação da participação de atores nesse processo. A seguir, detalhar-se-ão as categorias descritas, distribuídas nos subitens subsequentes, decorrentes do processo de análise.

8.6.1 CARACTERÍSTICAS DO ATOR

8.6.1.1 Categoria: *Luta pelo direito à saúde*

Segundo os entrevistados, destacou-se como propósito do CNS a luta pelo direito à saúde. Além do mais, reconheceu-se que seus discursos se fundamentaram na crítica ao modelo capitalista, considerado produtor de desigualdades em saúde, bem como na proposição por um desenvolvimento sustentável.

[...] A saúde ainda traz muito para o campo da equidade, para nós dos movimentos sociais, enfrentar racismo, sexismo, as questões das relações sociais. É algo estruturante que o capitalismo se apoia para aumentar ainda mais a desigualdade. [...] Então, trazer essas questões também para dentro da PS, dá cara aos sujeitos.
Entrevistado 01

A contextualização desse propósito no em torno que “é preciso romper com a lógica neoliberal que preside a orientação econômica e ousar para ampliar recursos que trarão mais dignidade para o povo”, apareceu como estratégia para avançar na promoção dos direitos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2014b, p.6). Para os entrevistados, essa leitura aproximou a PS da luta por direitos à saúde, reafirmando a importância desse tema dentro do controle social.

[...] A demanda que é trazida por esses movimentos para dentro do controle social, sem sombra de dúvida, é na PS que traz uma concepção ampla do direito à saúde.
Entrevistado 01

Segundo o Conselho Nacional de Saúde (2014a), considera-se responsabilidade dos conselhos de saúde estimular a população a lutar pelo seu direito à saúde, demonstrando que para se fazer PS haveria de se estabelecer enfrentamentos às questões econômicas. Como por exemplo, ao uso de agrotóxicos que remete à “preocupação com o fato de o governo ceder à pressão da bancada ruralista no que se refere ao uso dessa substância”, sendo a população a principal prejudicada; e a ações contra a propaganda do álcool e do tabaco (BRASIL, 2015c; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2013c, p.38).

De fato, a garantia do direito à saúde é evidente no aspecto normativo, contudo há desafios para sua operacionalização, conforme esclareceu o conselheiro, do CNS, Carlos Alberto Duarte (BRASIL, 2015c).

8.6.1.2 Categoria: Defesa pelo modelo de atenção à saúde pautado na PS

A defesa por mudanças no modelo de atenção à saúde a partir da ótica da PS, também apareceu com força argumentativa na análise documental das atas das reuniões do CNS. Nas eleições de 2014, o CNS emitiu uma nota ‘QUEM DEFENDE O SUS, DEFENDE TODOS E TODAS NÓS’, que reforçou a luta por

[...] um modelo de atenção à saúde que valorize a prevenção e a PS, a integralidade e a intersetorialidade das ações, e não o modelo hegemônico centrado apenas na cura e tratamento de doenças, com problemas de qualidade na assistência hospitalar e farmacêutica (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2014b, p.3).

Não foi difícil evidenciar discursos nas atas do CNS, de seus conselheiros, que coadunaram com esse pensamento, como os da conselheira Maria do Socorro de Souza,

presidente do CNS, que destacou a necessidade de “olhar o sujeito no seu contexto de vida e inverter o modelo de atenção à saúde de modo a priorizar a lógica da PS, com valorização da vigilância e do processo educativo e formação dos profissionais (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2013c, p.11). E, sobretudo, argumentou a conselheira, a necessidade de coragem para enfrentar os desafios de inversão do modelo e o da regionalização (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2011b, p.11).

O Conselheiro Luiz Odorico de Andrade, na perspectiva da integralidade da atenção, valorizou o investimento nos componentes da PS e da prevenção de doenças e agravos à saúde, pois impactaram diretamente na crescente demanda de atendimento às urgências (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2011c). Para o conselheiro Alcides Silva de Miranda, “é preciso entender que PS não é um mero jargão da integralidade; é preciso ter consequência prática, ou seja, ser uma política de Estado que deve ser apropriada” (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012c, p.30).

A força dessa categoria também foi observada, no planejamento da 15ª Conferência Nacional de Saúde, ao colocar como desafio a necessidade de pensar um outro modelo de atenção à saúde para os marcos dos 25 anos do SUS. Para isso, demonstrando ser necessário articular o debate sobre os modelos de atenção que a sociedade deseja para a saúde pública, juntamente com a Rede Unida, Abrasco e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2014a). Essa problematização, pertinente à PS, deve ser associada à mudança de paradigma da sociedade, partindo da necessidade de superar o fato que quando se trata da saúde ainda associa-se diretamente com a doença (BRASIL, 2015c).

8.6.1.3 Categoria: Reivindicação por recursos para ações de PS e prevenção

Outra reivindicação desse ator social, identificado nas atas do CNS, referiu-se ao aumento de recursos para o investimento em ações de PS e prevenção de agravos. Isso por reconhecê-los como prioridades para atenção primária em saúde. Vale salientar que a priorização da PS na atenção básica deve partir da necessidade dos usuários, mas também como compromisso das três esferas de governo (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2011b, p.30).

Dessa forma, depoimentos como o do conselheiro Abrahão Nunes da Silva, ao registrar sua “insatisfação com a lógica adotada pelo MS na elaboração do orçamento que não prioriza a PS e a prevenção de doenças” (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2014d, p.6) e a do Conselheiro José Eri de Medeiros, ao considerar em sua avaliação, que “deveria ser apresentada

uma proposta de correção de percentuais com prioridade na PS e atenção básica (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2013a, p.25), reforçam a preocupação com essa categoria nas reuniões e debates do CNS.

Além disso, identificou-se a preocupação com o monitoramento dos recursos, pois havia o entendimento de que “o ministério da saúde repassava recursos para os serviços e ações de vigilância aos estados e municípios e não havia execução desse financiamento ou a aplicação era feita com outros recursos” (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2013a, p.38).

8.6.1.4 Categoria: Excessiva valorização da especificidade dos conselheiros

De acordo com os entrevistados, a preocupação excessiva com as especialidades características da representatividade dos conselheiros, enfraquecia a força do CNS na luta, por exemplo, pela mudança no modelo de atenção à saúde. Como também, colocava em questão a sua representatividade em relação aos usuários. E parte disso, se justificava pela força dos interesses corporativos em torno das patologias, que os distanciavam dos interesses coletivos a ponto de não perceberem que suas demandas apresentavam relação com pautas transversais a todos os conselheiros.

[...] Tem uma outra discussão de fundo no sistema único de saúde, clássica, que é: Até onde os conselhos, de fato, são representativos da população? Entrevistado 16

[...] Muitos não têm a consciência, muitos sujeitos, os usuários, não têm a consciência de que essa sua demanda específica pressiona de forma direta a pensar o modelo de atenção à saúde. O que eu queria colocar é o seguinte: acho que termina perdendo uma grande capacidade de força que deveria ter pra mudar o modelo de atenção à saúde no Brasil. Entrevistado 01

[...] Mas termina trazendo de forma fragmentada, específica, sem direcionar para essa perspectiva de mudar o modelo de atenção. É por que, no dia a dia, existe a pressão pela qualidade do serviço quanto também à gestão. Entrevistado 01

[...] O SUS tá muito atravessado pelos interesses corporativos dos grupos. O CNS (apresenta) quarenta e dois conselheiros, entre suplentes e titulares, tem desde o movimento LGBT ao movimento de pacientes com hepatite, mães de altistas, a federação nacional dos médicos. Então, ali é uma panela de pressão de interesses divergentes, muito intenso, e isso atravessa o SUS. Entrevistado 07

O discurso do conselheiro Adriano Macedo Félix, diante da aprovação da PNPS no CNS registrou bem essa problemática:

[...] Registrou a satisfação do grupo de pacientes reumáticos com a revisão da Política porque possibilitará atender as demandas desse segmento. Lembrou que não há políticas específicas para o segmento dos pacientes reumáticos, nem pesquisas e ainda se enfrenta falhas no Sistema acerca da dispensação de medicamentos, da falta de regionalização e de centros de infusão para aplicação de medicamentos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2014e).

De fato, as pautas levantadas pelos conselheiros apresentaram relação direta com a PS, contudo eles estavam tão preocupados em conquistar seus espaços que se esqueceram de unificar suas demandas em prol de avanços macro no sistema de saúde (COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE, 2014b).

Para Alexandre Padilha, precisava-se transformar o espaço do Conselho Nacional de Saúde em uma referência para os Conselhos Estaduais, para os Conselhos Municipais, a fim de que fossem orientados para a construção de um grande consenso de fortalecimento do SUS (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2011a, p.2)

8.6.2 PARTICIPAÇÃO E MOBILIZAÇÃO NO PROCESSO DE REVISÃO DA PNPS

8.6.2.1 Categoria: Participação moderada

De acordo com os entrevistados, o CNS participou de forma significativa do processo de revisão. A partir do ciclo da política, pode-se dizer que sua participação se concentrou no processo de (1) formulação da política, caracterizado na pressão por direcionamentos na metodologia para que a revisão fosse mais participativa; bem como colaborador com sugestões ao produto revisado, através de sua participação no formSUS e na oficina realizada com os conselheiros de saúde; além de participante do Seminário Nacional da revisão da PNPS, destinado ao feedback do processo.

[...] A gente reabriu o formSUS só para os Conselheiros e deu um prazo diferenciado e eles passaram a dar mais sugestões depois do CNS. Entrevistado 13

[...] Participaram do seminário (nacional) da política, onde foram apresentados os resultados parciais. E houve mais uma discussão, em cima dos temas prioritários, e eles também participaram. Entrevistado 13

E por fim, na (2) aprovação do produto como política de Estado, assumindo seu papel institucional dentro da organização do SUS.

8.6.2.1 Categoria: Mobilização moderada

Para os entrevistados, a postura do CNS, no processo de revisão, diferenciou-se do processo de formulação da PNPS, em 2006, por haver uma maior participação. Houve um comprometimento dos conselheiros em ampliar a conversa sobre a revisão da PNPS em seus Conselhos de Saúde e entidades, objetivando um aumento na participação dos conselheiros de

saúde no processo de revisão (OFICINA DE REVISÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE REALIZADA COM CONSELHEIROS DE SAÚDE, 2014).

[...] O protagonismo do CNS ajudou a divulgar nos conselhos estaduais e municipais e até a viabilizar a aplicação do questionário, para essa consulta que foi feita. Entrevistado 12

[...] Foi bem interessante, [...] houve uma participação (na oficina), sem sombra de dúvida, para além das reuniões ordinárias do conselho. Entrevistado 01

A solicitação de uma participação mais ativa, na definição dessa nova estratégia, demonstrou seu interesse na mobilização do processo, que culminou com a realização de uma oficina específica para o CNS (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2013c).

8.6.3 INTERESSES

8.6.3.1 Categoria: Ampliar a participação de atores na revisão

Desde a publicização do processo de revisão, de acordo com entrevistados, houve a indicação do CNS da importância de ampliar o processo de revisão para além de uma consulta pública.

[...] O CNS reivindicou que ela (a revisão) não ficasse só na consulta pública, que fosse mais participativa pela importância que ela tem, sobretudo, para os usuários. E resultou em uma oficina com a facilitação da rede unida e com participação dos conselheiros. Foi bem interessante, [...] houve uma participação, sem sombra de dúvida, para além das reuniões ordinárias do conselho. Entrevistado 01

Isso também pode ser constatado nas atas do CNS, diante da decisão de que se deveria “indicar as comissões com maior aproximação do tema (PNPS) e, após diálogo, seria constituído o GT conjunto CNS/MS para preparar uma oficina do movimento social com vistas a debater a revisão da Política” (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2013c, p.38).

8.6.4 PREOCUPAÇÃO

8.6.4.1 Categoria: Reforçar o modelo assistencial

Apareceu nos discurso dos entrevistados, apesar da pouca força argumentativa, a preocupação do CNS em que ao final desse processo seu resultado continue a reforçar o modelo assistencial, não sendo suficiente para iniciar mudanças no modelo de atenção à saúde.

[...] Lamentavelmente, às vezes, algumas mudanças são até para pior. Muitas têm ampliado a tolerância de uma série de condicionantes, determinantes que não nos interessa, que nos deixa mais ainda refém desse modelo assistencial focado no médico, nos hospitais e nos medicamentos. Entrevistado 01

8.6.5 PODER E INFLUÊNCIA

8.6.5.1 Categoria: Pressão e regulação das ações do MS

A partir da análise das entrevistas, pôde-se constatar que o poder do CNS no processo de revisão se estabeleceu em torno de sua competência em aprovar ou reprovar demandas do executivo, apresentadas em forma de política, para o SUS. Além disso, lhe coube pressionar o governo a atender a demandas dos usuários dentro do setor saúde.

[...] Movimentos sociais, sobretudo, coloca e pressiona o ministério a avançar mais na PS, fragmentar menos, e trazer isso para dentro de sua política. Entrevistado 01

Apesar do reconhecimento desse poder, não se pode deixar de recordar que o mesmo é prejudicado pela excessiva valorização da especificidade dos conselheiros que fragilizaram pautas como a pressão por mudanças no modelo de atenção à saúde.

8.6.5.2 Categoria: Influência específica na ampliação do processo de revisão

A realização de uma oficina específica com os conselheiros do CNS, conforme destacaram os entrevistados, demarcou sua influência no processo. O acolhimento dessa proposta pela SVS, juntamente com a pressão no desenvolvimento de uma metodologia para além de uma consulta pública reforçou sua influência na ampliação da participação de atores no processo. Além de seu protagonismo na ampliação da participação dos conselheiros de saúde na revisão da PNPS (OFICINA DE REVISÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE REALIZADA COM CONSELHEIROS DE SAÚDE, 2014).

[...] Eles pediram que houvesse uma oficina só dos conselheiros. Isso foi uma demanda que saiu da reunião do Conselho Nacional de Saúde. Entrevistado 13

[...] O CNS reivindicou que não ficasse só na consulta pública, que ela fosse mais participativa pela importância que tem, sobretudo, para os usuários que aqui estavam representados. Entrevistado 01

Esse fato demarcou a influência do CNS, no entanto não demonstrou coesão para utilizar desse espaço para enfrentamentos em prol de um modelo de atenção em saúde pautado pela PS.

8.7 CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE

O Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) foi outro ator social identificado na arena política. Esse órgão apresentou como propósito a ‘defesa das demandas dos municípios brasileiros’ na comissão tripartite, e compõe-se por atores do CONASEMS, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do MS. Todavia, evidenciou-se uma ‘limitada capacidade no fortalecimento de políticas públicas’.

No processo de revisão, houve uma ‘participação específica’ com ‘mobilização moderada’ na divulgação desse processo entre os gestores municipais. Na arena política, evidenciou-se o interesse em ‘ênfatar o enfrentamento dos DSS na PNPS, como também a preocupação com o ‘financiamento para sua implementação’. Além disso, esse processo de revisão demonstrou estar preocupado com o interesse da SVS na ‘celeridade do processo de aprovação da PNPS na tripartite’. O poder desse ator foi representado na capacidade de ‘limitar e reprovar uma política’, assim como na influência da ‘defesa da concepção de Estado norteada pela justiça social’ e na ‘mobilização dos municípios para a revisão’. A seguir, detalhar-se-ão as categorias descritas, distribuídas nos subitens subsequentes, decorrente do processo de análise.

8.7.1 CARACTERÍSTICAS DO ATOR

8.7.1.1 Categoria: Defesa das demandas dos municípios brasileiros

É de responsabilidade do CONASEMS, a defesa das demandas dos municípios brasileiros, no desafio de romper com a estrutura centralista de decisões impostas de cima para baixo, que desconsideravam as suas especificidades (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2016). Para Rui, representante do CONASEMS, esse propósito baseava-se em garantir a equidade em todos os municípios e localidades do Brasil (BRASIL, 2015c).

Além disso, segundo os entrevistados, o CONASEMS compunha-se por assessorias técnicas como a Câmara técnica de vigilância e PS, responsável em debater sobre questões inerentes a esses temas como, por exemplo, a PNPS.

[...] CONASEMS tem como se fosse uma câmara técnica de vigilância e PS. E [ator citado]⁴⁴ foi o coordenador dessa câmara. Entrevistado 06

⁴⁴ O ator era vinculado ao Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONSEMS).

Além disso, tanto seu espaço político quanto sua luta são reconhecidos nas instâncias federais participando da pauta de discussões sobre grandes temas do setor saúde - como financiamento público, recursos humanos e defesa dos princípios do SUS” (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2016, p.1).

8.7.1.2 Categoria: Limitada capacidade no fortalecimento de políticas públicas

Segundo os entrevistados, apesar do reconhecimento do seu papel na arena política, esse ator social apresenta limitações. Entre os quais se apontou a dependência de convocação para poder colaborar com o executivo como, por exemplo, na pactuação de metodologias, não podendo criar demandas para o MS. Além disso, acrescentaram sua limitada capacidade no fortalecimento de uma política pública.

[...] O CONASEMS é um ator privilegiado, mas ao mesmo tempo limitado. [...] A capacidade enquanto CONASEMS de fazer um processo de mobilização de fortalecimento de uma política é muito pequena. Não cabe ao CONASEMS sentar com o gestor municipal e estimulá-lo a fazer uma política. Eu posso até fazer uma reflexão em algum congresso, em algum evento, mas junto não cabe ao CONASEMS fazer isso. Entrevistado 03

[...] O CONASEMS até pactua metodologias, mas tem que haver uma disponibilidade do executivo federal para poder propor isso. [...] A gente não tem o direito de criar nenhuma demanda para o MS. Isso é complicado. Entrevistado 03

8.7.2 PARTICIPAÇÃO E MOBILIZAÇÃO NO PROCESSO DE REVISÃO DA PNPS

8.7.2.1 Categoria: Participação específica

Ao considerar as etapas inerentes ao ciclo de políticas públicas, pode-se dizer que a participação do CONASEMS se estabeleceu em momentos específicos do processo. De acordo com os entrevistados, sua participação se concentrou durante a formulação, seja respondendo ao instrumento formSUS, como na aprovação do produto revisado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Vale salientar que, durante a aprovação, também participou do grupo técnico de vigilância em saúde destinado a avaliar a PNPS revisada.

[...] CONASS e CONASEMS não teve essa tensão, porque eles estavam no processo. Isso foi uma discussão de finalização da política. No grupo técnico de vigilância em saúde que tem representantes do CONASS, CONASEMS e Ministério da Saúde. Nesse grupo não teve nenhum problema, porque quem representava o CONASEMS era [ator citado]⁴⁵, pelo CONASS era [ator citado]⁴⁶. Entrevistado 12

⁴⁵ O ator era vinculado ao Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

⁴⁶ O ator era vinculado ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS).

[...] Quando a política já estava mais formatada, isso veio no âmbito da tripartite, para discutir (sua aprovação). Nesse momento, o (CONASEMS) participou, antes do processo também. Entrevistado 03

8.7.2.2 Categoria: Mobilização moderada

De acordo com os entrevistados, ocorreu uma moderada mobilização do CONASEMS em prol da revisão da PNPS. Isso foi justificado pela sua postura em divulgar o processo de revisão entre os gestores municipais, estimulando-os a participarem do processo. Além disso, durante a aprovação da Política na tripartite, o CONASEMS demonstrou interesse na temática, refletida no processo de pactuação com o executivo.

[...] A discussão foi intensa pelo CONASS e CONASEMS, teve um protagonismo deles liderando esse processo. Então, tinha não só o MS, mas a instância tripartite também, que priorizava e achava que o tema da PS é fundamental. Então, não só aprovou, mas ajudaram no processo de discussão das várias etapas, tanto em grupo focal como respondendo questionários que foram feitos para os gestores e conselheiros. Entrevistado 12

[...] O processo de mobilização, tanto por parte do CONASS quanto do CONASEMS, estimularam bastante a participação. [...] Os gestores municipais participaram do questionário formSUS. A gente estimulou muito essa discussão com eles, fizemos vários textos de apoio. Eu acho que o CONASEMS foi um ator importante, talvez tenha sido o mais importante no processo de mobilização dos trabalhadores no país. Entrevistado 03

Além das entrevistas, pode-se constatar esse reconhecimento em atas de reuniões da Tripartite, no qual o MS considerou ter sido fundamental o empenho do CONASEMS para fomentar a nova versão da Política (COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE, 2014a).

8.7.3 INTERESSES

8.7.3.1 Categoria: Enfatizar o enfrentamento dos DSS na PNPS

Há elementos nos discursos dos entrevistados que apontam para a força dessa categoria como principal interesse do CONASEMS na arena política. Isso se baseou em discursos que apontaram que não se devia limitar a PNPS ao enfrentamento das doenças crônicas, devendo ampliar sua abordagem para o enfrentamento dos DSS.

[...] O CONASEMS não nega a importância do enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis. (Considera) um componente importante da política, (mas) não pode limitar a política a isso. Entrevistado 03

Para Marcos Franco, assessor técnico para assuntos de PS e vigilância do CONASEMS, associar a PS apenas ao comportamento demonstra “que os determinantes de saúde e as iniquidades não são dignos de um enfrentamento adequado pelo SUS” (FRANCO, 2011, p.2).

E acrescenta que

[...] Estamos daqui clamando por uma PS que seja mais responsável, que considere a realidade local para construir uma proposta de trabalho, que de fato enfrente os determinantes sociais. O CONASEMS lutou para que a PNPS incluísse mais do que ações imperativas comportamentalistas individualistas e entre os seus eixos prioritários incluímos a promoção do desenvolvimento sustentável, a prevenção da violência e estímulo à cultura de paz (FRANCO, 2011, p.2).

Da mesma forma, observou-se nos discursos de entrevistados aspectos que reforçavam o interesse do CONASEMS em relação aos DSS, como também a importância de fortalecer a PS no território.

[...] O CONASEMS apontava a necessidade de fortalecer a relação da PS com o território. Era uma coisa importantíssima fazer essa leitura social do território para saber a partir de onde se começaria a pensar um processo de PS. Entrevistado 03

Denise Rinehart, assessora técnica do CONASEMS, ressaltou a importância da Política refletir e trazer em suas linhas e como marca “o que o cidadão e a cidadã brasileira esperavam como PS no seu território, na sua vida e nas suas cidades”, considerando isso como desafio para o processo de revisão. (BRASIL, 2015c, p.7). Por isso, as entrevistas apontaram, como estratégia do CONASEMS, o interesse pela integralidade e intersetorialidade como aspectos estruturantes para a PNPS.

[...] No âmbito local pensar uma coisa compartimentalizada é apostar numa fragmentação que leva ao insucesso. É justamente o oposto daquilo que a gente prega enquanto política, que é a questão da intersetorialidade e da integralidade. Entrevistado 03

Além disso, a defesa para o CGPNPS continuar intrasetorial pelo CONASEMS, demonstra a força dessa categoria no direcionamento dos seus interesses na arena política (COMITÊ GESTOR DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2010).

8.7.4 PREOCUPAÇÃO

8.7.4.1 Categoria: Financiamento para implementação da PNPS

De acordo com os entrevistados, destacou-se como preocupação desse ator o financiamento da PNPS, para que suas ações fossem possíveis de serem implementadas. Essa preocupação foi contextualizada pela crítica às estratégias de financiamento que vinham se desenvolvendo pela SVS, desde 2006, por considerá-las distantes de uma proposta universal.

[...] O próprio CONASEMS apoiou bastante (a proposta), porque disseram: “Olha a gente já vinha falando que (o financiamento) tem que ser universal, tem que ter uma orientação para os gestores, não (pode) ficar os mesmos”. Entrevistado 11

Em reunião do CGPNPS, o representante do CONASEMS ressaltou o quanto o financiamento por editais e modalidade de convênios estavam na contramão da operacionalização do Pacto de Gestão, como também das discussões atuais sobre financiamento no âmbito da CIT (COMITÊ GESTOR DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2010).

Além disso, evidenciou-se também essa preocupação durante a passagem da PNPS na CIT, especificamente no GT gestão, ao considerar que “não se deveria discutir a Política na tripartite sem antes discutir o financiamento, tem que haver um planejamento” (COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE, 2014b, p.2).

Segundo os entrevistados, como solução para a preocupação dessa categoria pelo CONASEMS, surgiu o entendimento da possibilidade da PNPS se inserir na Política Nacional de Vigilância em Saúde. Com isso, acreditava-se que a PNPS teria funcionamento dentro do SUS como financiamento.

[...] (O CONASEMS considera que a) PNPS vai entrar dentro de outra política nacional que está sendo terminada - nesse momento vai entrar nessa fase de consulta nacional - que é a política nacional de vigilância em saúde. Com isso, ela funcionará dentro do SUS enquanto financiamento, pelo menos essa é a expectativa.
Entrevistado 03

8.7.4.2 Categoria: Celeridade do processo de aprovação da PNPS na tripartite

Outra preocupação identificada, na análise documental, se relaciona à tentativa de celeridade do processo de aprovação da PNPS revisada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), durante a sua discussão no seu GT de gestão. Para a SVS, o fato de o CONASEMS ter participado do processo de revisão da PNPS não necessitaria prolongar a análise da política durante a sua aprovação. Em virtude disso, o CONASEMS se posicionou da seguinte forma:

[...] Alertou para o fato de que este processo não substitui o processo instituído na Tripartite, e que os gestores devem se apropriar desse processo, se sentindo proprietários dessa política para que haja uma construção ascendente, não correndo o risco da importância dessa política ser minorizada (COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE, 2014b, p.1-2).

8.7.5 PODER E INFLUÊNCIA

8.7.5.1 Categoria: *Limitar e reprovar uma política*

Para os entrevistados, houve o reconhecimento de que o CONASEMS também demonstrou poder durante a sua participação. E parte disso, se justificou pelo seu papel em limitar e reprovar uma política na CIT, pressionando por acordos para que os interesses do executivo seguissem para o CNS.

[...] O CONASEMS também exerceu poder nesse processo. Entrevistado 07

A exigência da inserção do item financiamento na política, por exemplo, demarcou o seu poder na aprovação da PNPS revisada.

8.7.5.2 Categoria: *Defesa da concepção de Estado norteadada pela justiça social*

Apesar da pouca força argumentativa apareceu, nos discursos dos entrevistados, o reconhecimento de que o CONASEMS tinha influência na fomentação de discussões sobre que concepção de Estado defendia a PNPS, por trás de suas prioridades. A partir disso, o que ficou demonstrado é que o CONASEMS defendia uma concepção de Estado norteadada pela justiça social como direcionamento para essa Política, que o coloca como defensor da importância do enfrentamento do DSS.

[...] Acho que a discussão da concepção de Estado ocorreu em vários momentos, desde a primeira discussão o CONASEMS vem fazendo. Acho que isso interferiu muito. Entrevistado 03

Marcos Franco, assessor técnico para assuntos de PS e vigilância do CONASEMS, fez a seguinte problematização: “Será mesmo que a Presidenta concorda com uma postura de PS que não considera a necessidade de diminuir as desigualdades sociais ou isto não tem nada a ver com PS? - PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA?” (FRANCO, 2011, p.2).

8.7.5.3 Categoria: *Mobilização dos municípios para a revisão*

De acordo com a análise documental, contatou-se que o CONASEMS teve uma influência significativa no processo de mobilização dos municípios para participarem do processo de revisão. Dos 1.200 questionários respondidos, conseguiu-se envolver 14 municípios no processo (COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE, 2014b).

8.8 CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

Outro ator social identificado na arena política foi o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), representativo dos gestores estaduais da saúde, bem como membro da Comissão Intergestores da Tripartite (CIT). Nessa instância, sua articulação e pactuação com o CONASEMS e MS estabelece-se na direção nacional do SUS. Além disso, identificou-se como seu propósito, a ‘defesa das demandas dos estados brasileiros’ nessa arena de pactuação e, como limitação, sua ‘incapacidade de convencer o executivo a enfrentar a pressão do mercado’.

Da mesma forma que o CONASEMS, o CONASS teve uma ‘participação específica’ no processo de revisão e uma ‘mobilização moderada’, colaborando na divulgação e mobilização dos estados a participarem desse processo. E na arena política, demonstrou interesse em ‘ênfatisar o enfrentamento dos DSS na PNPS’, assim como preocupação dos direcionamentos circunscritos pelo ‘Saúde em todas as políticas’ não estivesse na PNPS.

O poder desse ator foi demonstrado através de seu papel em ‘limitar e reprovar uma política’ na instância de pactuação da CIT, durante aprovação da PNPS revisada. A seguir, detalhar-se-ão as categorias envolvidas nessa descrição, com exceção do item poder por ser representado pela mesma categoria construída no tópico referente ao CONASEMS.

8.8.1 CARACTERÍSTICAS DO ATOR

8.8.1.1 Categoria: Defesa das demandas dos estados brasileiros

O CONASS congrega os Secretários de Estado da Saúde e seus substitutos legais, como gestores oficiais. Pôde-se destacar como seu propósito:

[...] promover a articulação e a representação política da gestão estadual do SUS, proporcionando apoio técnico às Secretarias Estaduais de Saúde, coletiva e individualmente, de acordo com as suas necessidades, por meio da disseminação de informações, produção e difusão de conhecimento, inovação e incentivo à troca de experiências e de boas práticas (CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIOS DE SAÚDE, 2016, p.1).

Além do mais, o seu papel se estabelece com o objetivo de ser reconhecido como a principal referência política e técnica, das Secretarias Estaduais de Saúde, na defesa de suas necessidades, como também no reconhecimento de sua importância para as instâncias do sistema de saúde e da sociedade (CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIOS DE SAÚDE, 2016).

8.8.1.2 Categoria: *Incapacidade de convencer o executivo a enfrentar a pressão do mercado*

Segundo os entrevistados, o CONASS caracterizou-se por uma interlocução limitada com setores do MS, contextualizada por uma participação na execução a depender do interesse do executivo. Isso coaduna com outra observação, evidenciada nos discursos, acerca da incapacidade desse ator em convencer o poder executivo a enfrentar a pressão do mercado em detrimento dos interesses da sociedade.

[...] O CONASS se circunscreve no setor da saúde, embora tente também fazer essa interlocução com os outros setores nos governos estaduais. Entretanto, a sua interlocução com o governo federal no seu todo não é possível. Mal consegue fazer interlocução com nosso homólogo que é o MS. [...] Fica de pés e mãos atadas na questão da sua execução, muitas vezes porque depende de uma visão estratégica de governo. [...] (Apresenta) incapacidade de demonstrar para os tomadores de decisão, especialmente o poder executivo, a necessidade de enfrentar certas pressões que financiam campanhas etc. E se não opuser a isso, o interesse do lucro a qualquer preço, vai sempre se sobrepor aos interesses da sociedade, do seu bem-estar. Entrevistado 02

Apesar da pouca força argumentativa desta categoria, a sua presença reforça a influência da esfera econômica na tomada de decisão, discutida durante a análise sobre o contexto.

8.8.2 PARTICIPAÇÃO E MOBILIZAÇÃO NO PROCESSO DE REVISÃO DA PNPS

8.8.2.1 Categoria: *Participação específica*

Segundo os entrevistados, o CONASS participou em momentos específicos do processo de revisão, tomando por base o referencial teórico do ciclo de políticas públicas. Concentrou na fase de formulação da política, seja respondendo ao instrumento formSUS, bem como na aprovação da PNPS revisada na CIT. Ademais, registrou-se na análise documental, sua participação no grupo técnico de vigilância em saúde, destinado a corroborar com a análise da Política durante a fase de sua aprovação.

[...] O CONASS participou como um dos pés do triunvirato da gestão, no sentido de discutir os fundamentos da política. Entrevistado 02

Além disso, também evidenciou-se nas entrevistas a sua participação no Seminário Nacional de Revisão da PNPS, fomentando discussões acerca da política revisada como sobre seu processo.

[...] Participaram do Seminário da Política, no qual foram apresentados os resultados parciais. Houve mais uma discussão, em cima dos temas prioritários, e eles também participaram. Entrevistado 13

8.8.2.2 Categoria: *Mobilização moderada*

O envolvimento do CONASS no processo de revisão foi reconhecido nos discursos dos entrevistados, como destaque para o seu papel de mobilização dos gestores para participar desse processo.

[...] O processo de mobilização, tanto por parte do CONASS quanto pelo CONASEMS, estimulou bastante a participação nesse sentido. Entrevistado 03

Essa mobilização foi complementada pela análise de atas do Comitê Gestor da PNPS, ao constatar responsabilidades assumidas pelo CONASS, como em encaminhar uma lista com os nomes, contatos telefônicos e e-mails dos “representantes CONASEMS, COSEMS, CONASS, 458 Comissões Intergestores Regionais (CIR), Regional de Saúde, representantes de movimentos sociais (CNS), mesa diretora dos Conselhos Estaduais de Saúde (trabalhador e usuário) para início do processo de consulta pública”, com fins de facilitar a divulgação do processo de revisão (COMITÊ GESTOR DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2013b, p.3).

8.8.3 INTERESSES

8.8.3.1 Categoria: *Enfatizar o enfrentamento dos DSS na PNPS*

A partir da análise das entrevistas e de documentos, constatou-se como interesse do CONASS para a PNPS revisada, que a mesma atuasse sobre a determinação social da saúde. Ademais, agregou-se a essa perspectiva o norteamento pelo olhar da equidade, o qual possuía a articulação intersetorial como estratégia para fortalecer a sua inserção na rede de atenção à saúde, especialmente na sua atenção primária (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2014).

De acordo com as entrevistas, houve o reconhecimento de que a PS deveria ultrapassar as limitações do setor saúde, norteando esse processo pelos objetivos expostos na premissa da ‘Saúde em todas as Políticas’, pois, caso contrário, não se estaria desenvolvendo a PS.

[...] A expectativa do CONASS é poder verdadeiramente fazer PS. E fazê-la não é trabalhar para dentro, porque não precisa converter os nossos paroquianos, pois já estão todos convertidos. Tem que trabalhar na linha de um pouco de saúde em cada política, porque você não faz PS se não for assim. [...] PS não se faz dentro da saúde. Se faz, especialmente, fora dela. [...] A saúde sozinha não conseguirá fazê-la. Um prefeito quando vai liberar um loteamento, tem que saber qual é o impacto que aquilo vai ter sobre a saúde e bem-estar das pessoas; tem calçadas? Tem área verde? Tem saneamento? Tem água tratada? Tem ônibus escolar para levar as crianças para escola? [...] Tudo isso é PS. Entrevistado 02

Com isso, acredita-se que fortalecerá, bem como promoverá, a implementação da PNPS, “de modo transversal e integrado, compondo compromissos e corresponsabilidades para reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde vinculados aos determinantes sociais” (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2014, p.5).

Para Alessandra Schneider, assessora técnica do CONASS, a PS é um elemento indispensável para a qualificação da atenção primária em saúde. Por isso, ela argumentava ser preciso “qualificar os processos de articulação intersetorial, sobretudo em âmbito local e municipal e os processos de monitoramento e avaliação das políticas”. Ainda acrescentou a necessidade de um olhar atento à equidade, pois as políticas públicas não chegam naturalmente aos mais pobres, não chegam naturalmente nos locais de maior violência, sendo necessário o envolvimento da população (BRASIL, 2015c, p.24).

8.8.4 PREOCUPAÇÃO

8.8.4.1 Categoria: ‘Saúde em todas as políticas’ não estivesse na PNPS

O reconhecimento da importância da premissa ‘Saúde em todas as políticas’ (SeTP), conforme detalhado na categoria anterior, converteu-se em preocupação diante da possibilidade de não estar inserida nos direcionamentos da PNPS revisada.

Alessandra Schneider, assessora técnica do CONASS, durante o Seminário Nacional de Revisão da PNPS, reconheceu ser oportuno realizar uma releitura dos documentos produzidos sobre SeTP para que os pactos globais firmados estivessem refletidos na Política, conciliando interesses nacionais e internacionais (BRASIL, 2015c).

8.9 SOCIEDADE CIVIL

A principal característica reconhecida em torno da sociedade civil foi sua ‘composição diversificada de atores’, por isso a utilização desse termo para representá-la. No processo de revisão, apresentou-se uma ‘participação pontual’ através das Oficinas Regionais e do formSUS, com repercussão até o final desse processo. Mesmo diante de limitações processuais, esse espaço possibilitou publicizar os seus interesses em relação à PNPS. Em contrapartida, não se evidenciou uma mobilização desses atores na defesa de suas reivindicações o que demonstrou fragilidade como unidade representativa.

Apesar disso, tanto a ‘reformulação da PNPS’ quanto ‘conferir visibilidade às diferenças regionais na PNPS’ demarcaram a sua influência na ‘pressão por avanços na pauta da PS na PNPS’.

8.9.1 CARACTERÍSTICA DOS ATORES

8.9.1.1 Categoria: *Composição diversificada de atores*

O termo sociedade civil foi utilizado para representar a diversidade de atores participantes na arena política em torno do processo de revisão da PNPS. De acordo com os entrevistados, essa representatividade foi formada por atores da comunidade, líderes religiosos, líderes políticos, estudantes, movimentos sociais, usuários, trabalhadores do SUS, entre outros. Parte desses atores, como a participação de usuários, foi confirmada na observação participante da oficina regional da região nordeste.

[...] Teve a participação de pessoas da comunidade, da igreja, vereadores no processo de revisão. Então, teve uma diversidade interessante de atores e colocaram com muita pertinência as suas falas sobre a região, o que pensavam que poderia ser.
Entrevistado 06

[...] Os atores importante eram os gestores, as universidades, as associações de maneira geral, as suas representações de mulher, de negro, LGBT, os índios, quilombolas, quer dizer eu acho que os movimentos sociais. Entrevistado 09

Na análise documental sobre a participação dos atores no formSUS, pôde-se ter um exemplo dessa diversidade de atores no processo de revisão. Dos 199 questionários provenientes das mesas diretoras dos Conselhos Estaduais de Saúde das capitais, 79,9% (n=159) dos participantes autoidentificados eram trabalhadores da saúde, 16,6% (n=33) usuários e 3,5% (n=07) representantes de movimentos sociais (BRASIL, 2014c). Vale salientar que essa análise representou uma amostra do total de 1.545 respondentes do formSUS (ROCHA *et al.*, 2013).

8.9.2 PARTICIPAÇÃO E MOBILIZAÇÃO NO PROCESSO DE REVISÃO DA PNPS

8.9.2.1 Categoria: *Participação pontual*

Segundo os entrevistados, a participação social estabeleceu-se na fase de formulação da Política, tomando por base o referencial teórico do ciclo de políticas públicas. No entanto, essa

participação conduziu-se na qualidade de sondagem de suas prioridades, especificamente através das oficinas regionais e do instrumento como o formSUS.

[...] Acho que em outras regionais teve várias pessoas importantes, membros da comunidade que estavam envolvidas no processo de formulação e implementação de políticas. Entrevistado 05

A partir da observação participante, constatou-se que os discursos desses atores eram formados por críticas e interesses em torno da PNPS, mas desconectados de uma pauta coletiva. Por isso, pode-se dizer que não se evidenciou uma mobilização desses atores na defesa de suas reivindicações, durante o processo da revisão da PNPS. Como justificativa para esse fato, alguns entrevistados, mesmo com pouca força argumentativa, entenderam que o desinteresse por projetos coletivos ressoavam, diretamente, no medo de as pessoas se articularem. E isso desencadeou, de acordo com eles, fragilidade na implementação da PNPS.

[...] As pessoas têm medo de tudo. Têm medo de se expor, de se articular e se não tem articulação não tem PNPS. Entrevistado 04

Apesar de perceber, na observação da Oficina Regional nordeste, uma preocupação com a representatividade dos usuários nas fases subsequentes ao processo de revisão, esta não demonstrou uma organização na defesa por essa proposta.

8.9.3 INTERESSES

8.9.3.1 Categoria: Conferir visibilidade às diferenças regionais na PNPS

Entre os interesses apontados pelos atores, segundo os entrevistados, destacou-se o de conferir visibilidade às diferenças regionais existentes no território brasileiro no texto da Política revisada. Isso se justificou por reconhecerem a importância das políticas públicas considerarem a diversidade regional em suas diretrizes e ações.

[...] Os atores são diferentes, culturalmente diferentes, necessidades diferentes. Então, seria importante continuar nessa perspectiva. Esses atores ajudaram muito porque realmente explicitaram que diferenças têm, quais as singularidades de sua região e o que também é comum. Entrevistado 06

Como exemplo, identificou-se na atas da Oficina Regional norte o desafio de desenvolver a PS no território amazônico devido às suas peculiaridades. Por isso, a orientação para os Ministérios desenvolver um olhar específico para as características dessa região (OFICINA REGIONAL NORTE DE REVISÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2014).

8.9.4 INFLUÊNCIA

8.9.4.1 Categoria: Pressão por avanços na pauta da PS na PNPS

Apesar de limitada a participação da sociedade civil no processo de revisão, suas demandas conseguiram repercutir ao ponto de pressionarem o MS avançar na pauta da PS. Para os entrevistados, a participação desse ator na arena foi fundamental, pois apenas com a representatividade do GT PSDS não seriam possíveis os avanços conquistados na PNPS revisada.

[...] A participação popular foi fundamental no processo. Entrevistado 14

O quadro abaixo representa uma síntese, através das categorias evidenciadas, das informações sobre os atores apresentados nesse capítulo.

Quadro 4 – Organização das categorias por tópicos e atores identificados no processo de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde
(Continua)

Atores	Característica	Participação / Mobilização	Interesses / Alianças	Preocupação	Poder / Influência
ABRASCO	Resgatar o movimento da reforma sanitária brasileira.	Participação através do GT de PSDS.			
GT de PSDS da ABRASCO	Expertise e militância na área de PS; Habilidade na análise de políticas públicas; Dificuldade de sair do mundo acadêmico.	Participação ampla; ----- Mobilização expressiva.	Interesse significativo em ampliar a PNPS; Ampliar a densidade democrática do processo de revisão; ----- Alianças na indução por ampliação da política.	Medo da revisão da PNPS não avançar; Possibilidade dos participantes da revisão não se verem na Política.	Ponderação por parte do grupo condutor; ----- Influência significativa.
SVS MS	Gestão pragmática na condução dos interesses; Indutor principal de prioridades; Dificuldade de operacionalizar a intersetorialidade e intrassetorialidade; Frágil indutor das ações federais.	Participação ampla; ----- Mobilização expressiva.	Permanência das ações prioritárias na PNPS; Universalização das ações da PNPS; ----- Alianças de caráter operacional.	Esquivar das críticas à PNPS; Revisão ser uma nova PNPS; Viabilidade da proposta de revisão da Política; Finalizar a revisão na primeira gestão de Dilma Rousseff.	Norteador de políticas públicas; PNPS personalizada; ----- Limitação da autonomia do GT de PSDS; Perspectiva de atualização da Política.

Quadro 4 - Organização das categorias por tópicos e atores identificados no processo de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde
(Continuação)

Atores	Característica	Participação / Mobilização	Interesses / Alianças	Preocupação	Poder/ Influência
OPAS	Cooperação nacional a favor da PS.	Participação ampla; ----- Mobilização expressiva.	Interesse significativo em ampliar a PNPS; ----- Alianças na indução por ampliação da Política.	Acordos globais vinculados à SeTP não estivessem na PNPS.	Indutor de demandas ao MS; ----- Participação do Brasil na consulta regional sobre SeTP.
CGPNPS	Ampliação da representatividade do comitê gestor da PNPS; Fomento da articulação inter e intrasetorial.	Participação transversal no processo de revisão da PNPS; ----- Mobilização moderada.	Enfatizar a intersectorialidade na Política; Rever os conceitos da PNPS; Tornar o CGPNPS mais efetivo.		Limitado poder deliberativo do CGPNPS.
CNS	Luta pelo direito à saúde; Defesa pelo modelo de atenção à saúde pautado na PS; Reivindicação por recursos para ações de PS e prevenção; Excessiva especificidade dos conselheiros.	Participação moderada; ----- Mobilização moderada.	Ampliar a participação de atores na revisão.	Reforçar o modelo assistencial.	Pressão e regulação das ações do MS; ----- Influência específica na ampliação do processo de revisão.

Quadro 4 - Organização das categorias por tópicos e atores identificados no processo de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde
(Conclusão)

Atores	Característica	Participação / Mobilização	Interesses / Alianças	Preocupação	Poder/ Influência
CONASEMS	Defesa das demandas dos municípios brasileiros; Limitada capacidade no fortalecimento de políticas públicas.	Participação específica; ----- Mobilização moderada.	Enfatizar o enfrentamento dos DSS na PNPS.	Financiamento para implementação da PNPS; Celeridade do processo de aprovação da PNPS na tripartite.	Limitar e reprovar uma política; ----- Defesa da concepção de Estado norteadas pela justiça social; Mobilização dos municípios para a revisão.
CONASS	Defesa das demandas dos estados brasileiros; Incapacidade de convencer o executivo a enfrentar a pressão do mercado.	Participação específica; Mobilização moderada.	Enfatizar o enfrentamento dos DSS na PNPS.	‘Saúde em todas as políticas’ não estivesse na PNPS.	Limitar e reprovar uma política; Mobilização dos estados para a revisão.
Sociedade civil	Composição diversificada de atores.	Participação pontual.	Conferir visibilidade às diferenças regionais na PNPS; Reformulação da PNPS;		Pressão por avanços na pauta da PS na PNPS.

Fonte: Elaborado pelo próprio autor, a partir das categorias evidenciadas nesse capítulo.



CAPÍTULO 9

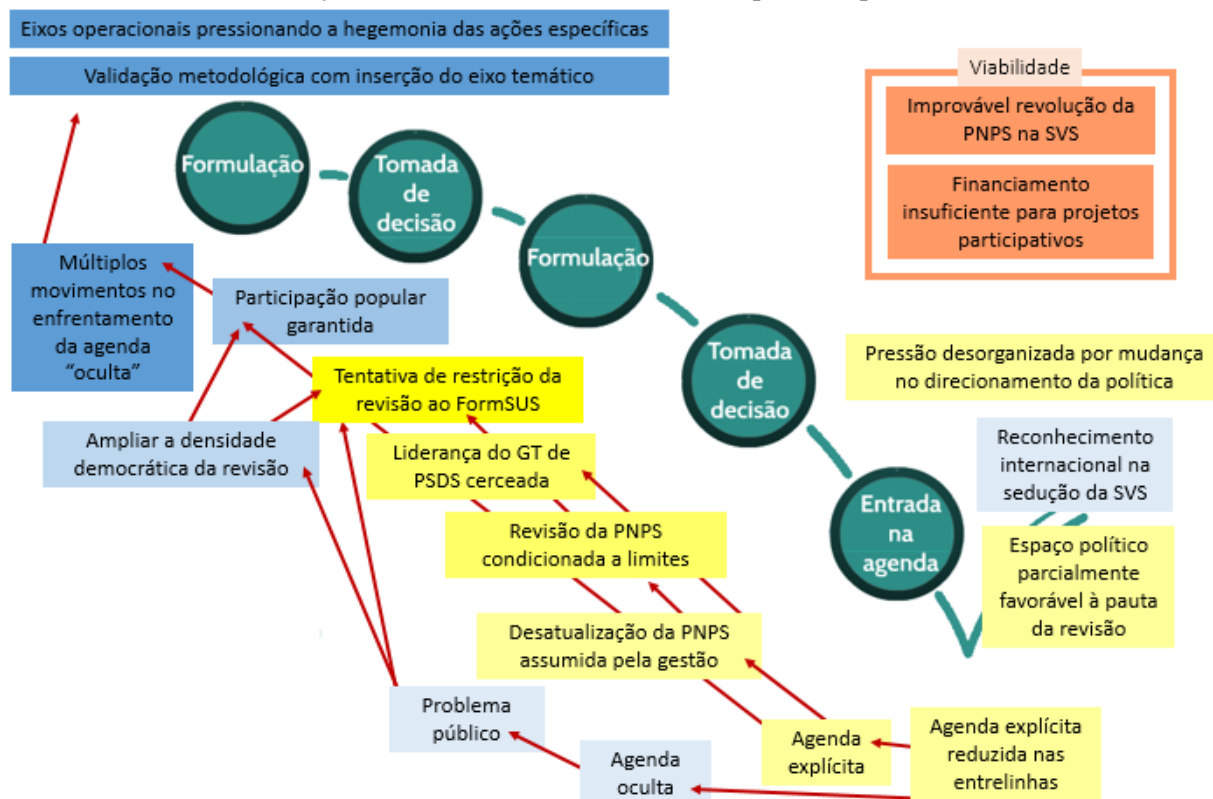
9 PROCESSO

*A pessoa que se dá conta de que algo não está funcionando raramente permanece em silêncio.
Boltanski e Thévenot (1999, p.4)*

A sistematização deste capítulo baseou-se no ciclo das políticas públicas, considerado por Rua (2009) como um dos modelos, amplamente empregados na análise de política pública, direcionados para compreender o emaranhado complexo circunscrito no processo de uma política pública. Ademais, a importância de compreender essas relações complexas inseridas nesse processo, também se justificou no modelo proposto por Walt e Gilson (1994).

Assim, com base nas fases sequenciais e interdependentes propostas pelo ciclo das políticas públicas (SECCHI, 2014), pode-se dizer que esse capítulo detalha o processo de entrada da revisão da PNPS na agenda do Estado, contextualizando a tomada de decisão. Além disso, analisa o processo de formulação, desde a proposta metodológica condutora do processo de revisão até a sistematização da Política revisada, conforme detalha a figura abaixo.

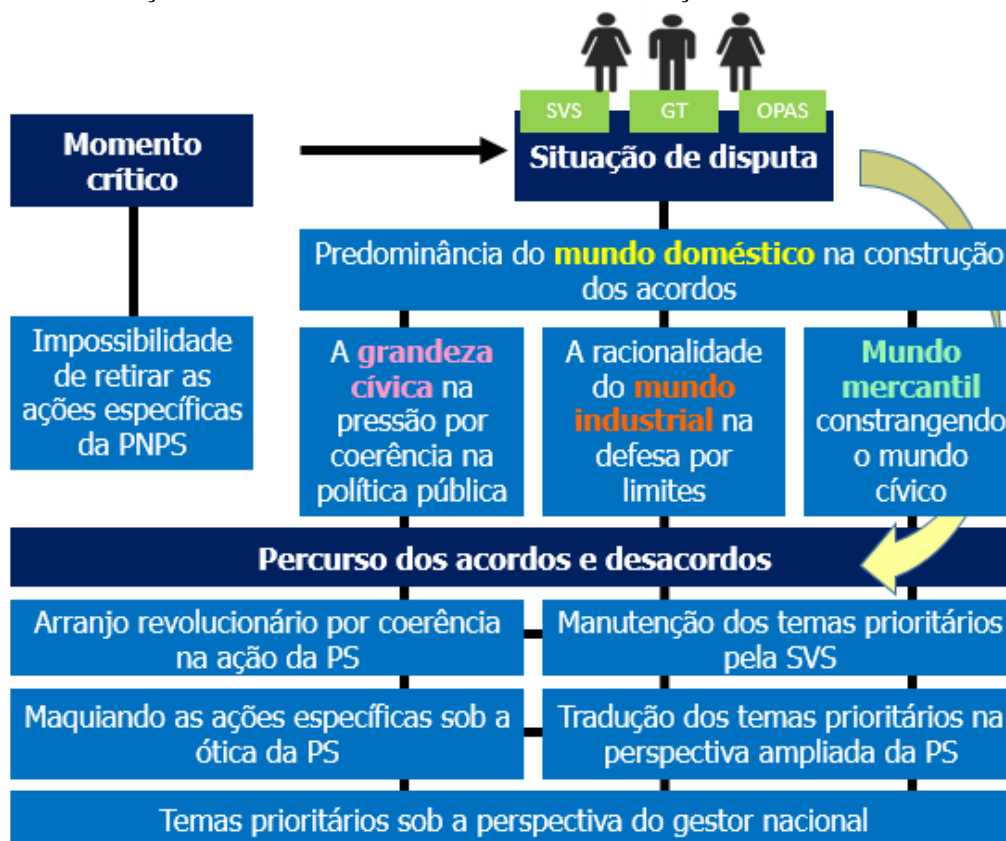
Figura 9 – Esquema didático referente às categorias encontradas na análise do processo de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde, com base no ciclo das políticas públicas



Fonte: Elaborado pelo próprio autor com base nas informações desta pesquisa.

Vale salientar que, para análise da formulação, apoiou-se na teoria da justificação com fins de entender os acordos e desacordos construídos nesse processo (BOLTANSKI; THÉVENOT, 1999). A partir disso, encontrou-se as seguintes categorias, detalhadas na figura abaixo.

Figura 10 – Esquema didático referente às categorias encontradas na análise dos acordos e desacordos durante a sistematização da revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde



Fonte: Elaborado pelo próprio autor com base nas informações desta pesquisa.

A seguir, detalhar-se-ão as categorias apresentadas, na figura 9 e 10, decorrentes do processo de análise.

9.1 ENTRADA DA REVISÃO DA PNPS NA AGENDA DO ESTADO

Segundo Araújo Jr. e Maciel Filho (2001), o processo de entrada de um problema na agenda do Estado sofre influência do contexto, o qual foi detalhado no sétimo capítulo deste trabalho. Entendê-lo, possibilitou refletir com mais propriedade sobre o porquê de alguns problemas serem colocados na agenda e outros não (VIANA, 1996). De acordo com Secchi

(2014), “um problema público pode ser compreendido como a diferença entre o que é e aquilo que se gostaria que fosse a realidade pública”.

Partindo desses pressupostos, este tópico desenvolverá reflexões sobre os fatores internos e externos que influenciaram a entrada da revisão da PNPS na agenda política, como também detalha o processo de delimitação do problema a ser enfrentado. Ademais, também apresenta as justificativas que deram suporte à tomada de decisão pela revisão da Política.

9.1.1 INFLUÊNCIAS

A inserção dos problemas na agenda política do Estado sofreu influência de fatores internos e externos, fossem eles incentivadores ou não. As categorias apresentadas por esse subtópico retrataram que existiu uma ‘pressão desorganizada por mudanças no direcionamento da PNPS’, desencadeada por grupos de interesse, mesmo assim destacou-se a postura crítica de difusores da PS no Brasil. O contexto em torno da demanda internacional, por Saúde em Todas as Políticas (SeTP), refletida em compromisso pela gestão, retratou o ‘reconhecimento internacional na sedução da SVS’ no processo de envolvimento da gestão pela pauta da revisão da PNPS. Além disso, o ‘espaço político parcialmente favorável’ à revisão foi construído em função das críticas à PNPS pelo CNS, CONASEMS, CONASS, bem como pelo amadurecimento da SVS na compreensão da necessidade de revisá-la, e conseqüentemente inseri-la na agenda governamental. A seguir, detalhar-se-ão as categorias descritas, distribuídas nos subitens subseqüentes, decorrentes do processo de análise.

9.1.1.1 Fatores externos

9.1.1.1.1 Categoria: Pressão desorganizada por mudança no direcionamento da PNPS

A pressão por mudanças na PNPS, de acordo com entrevistados, baseou-se na crítica quanto ao seu caráter reducionista, justificado diante do seu distanciamento dos pressupostos da PS. Durante a temporalidade da implementação dessa Política, os entrevistados reconheceram que as críticas e sugestões por alterações demarcaram espaços em eventos, como por exemplo, em seminário nacionais sobre efetividade em PS. No entanto, para alguns entrevistados envolvidos diretamente com a Política, havia a crítica que essa pressão se apresentava desorganizadamente e, por isso, não conferia um eco significativo por mudanças no direcionamento dessa Política.

Entre os grupos de interesse por mudanças destacou-se, de acordo com as entrevistas, a pressão dos difusores da PS distribuídos entre as instituições acadêmicas, bem como no GT de PSDS da Abrasco. Além disso, acrescentaram a pressão social, retratada pela diversidade de atores da sociedade e a pressão de organizações internacionais, como a Opas. Ademais, essa pressão externa foi evidenciada durante a observação participante das oficinas de sistematização.

[...] [Ator citado]⁴⁷ falava assim: “a política de 2006 foi lançada já com a etiqueta de revisão. [...] O GT de PS da Abrasco e as pessoas que estavam nesse movimento de interlocução nos seminários de avaliação de efetividade da PS já discutiam vários motivos e argumentos para essa revisão da política. Entrevistado 06

[...] No comitê gestor da PNPS, a academia questionou muito essa grande influência da política na perspectiva comportamentalista. E vários estudos e apresentações da necessidade da revisão da política foram inclusive apresentados pela própria [ator citado]⁴⁸. Ela faz uma análise bem interessante dessa questão, (como também) o professor Paulo Buss, [ator citado]⁴⁷. Enfim alguns professores que trabalham há um pouco mais de tempo nessa questão da PS, como o presidente da associação paulista de saúde pública. Entrevistado 03

[...] Tem solicitações externas (para alterações na política) mais ainda com pouco eco. Entrevistado 15

A análise do contexto, desenvolvido no capítulo 7 deste trabalho, possibilitou compreender que essa pressão desorganizada apresentou relação com o desinteresse dos gestores em relação à PS vinculada ao desenvolvimento social, em contrapartida marcada pelo interesse em induzir a PS sob a perspectiva comportamentalista. Com isso, cristalizou-se na sociedade uma restrição conceitual sobre esse saber, a ponto de limitar a compreensão do direito à saúde. A incoerência entre a política de saúde com a macro política governamental, próximo dos DSS, apontou para a força do modelo biomédico na compreensão da saúde. Por isso, as críticas mais contundentes em relação às mudanças no direcionamento da PNPS foram apontadas ao GT PSDS, o qual demarcou um espaço político de pressão e sensibilização de outros atores sociais presentes na sociedade.

Sampaio e Araújo Jr. (2006) consideraram a pressão social como elemento fundamental na definição da agenda política. Contudo, destacaram que a mesma está sujeita à capacidade de organização popular e ao caráter mais ou menos democrático da gestão. A constatação de uma pressão desorganizada, juntamente com o predomínio do modelo top-down conduzindo as decisões da SVS, projetou a necessidade da influência de outros fatores, que serão detalhados a seguir, os quais favoreceram a entrada da pauta da revisão da PNPS na agenda política.

⁴⁷ O ator citado era membro do GT de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável/Abrasco.

⁴⁸ O ator citado era membro do GT de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável/Abrasco.

9.1.1.1.2 Categoria: Reconhecimento internacional na sedução da SVS

Dentre as demandas internacionais, os entrevistados consideraram que a parceria do Brasil com a pauta da Saúde em todas as Políticas (SeTP), cuja essência enfatiza a importância da intersectorialidade no centro da PS, representou a maior influência externa na preparação para a entrada da revisão da PNPS na agenda política. De acordo com as entrevistas, a liderança assumida pela SVS na realização da consulta regional, pressionada pela OPAS, teve o envolvimento direto da direção do DANTPS, na participação e organização da Conferência Global de PS, em Helsinque.

[...] A revisão nasce desse processo da consulta regional para a 8a Conferência Global de Promoção da Saúde. Entrevistado 06

[...] [Ator citado]⁴⁹ começou a participar da organização da 8a Conferência Global de PS, Helsinque, SeTP. [...] Ela viajou dois anos para Helsinque, para preparação, e no último ano foi colocada como tarefa para os países, levarem suas consultas (regionais). [...] A consulta era preparar um documento (brasileiro) de posicionamento (sobre o tema). [...] [Ator citado]⁵⁰, que estava na OPAS em Washington, já tinha começado esse processo para ver se o Brasil sediava a consulta regional. [...] Como ela não conseguia resposta [ator citado]⁴⁹, SVS, acionou a secretaria de gestão estratégico-participativa com [ator citado]⁵¹. [Ator citado]⁵¹ falou: “Nós vamos mobilizar e fazer a consulta”. Isso gerou outra reação da SVS que se (colocou na frente) e falou: “não, quem vai fazer o processo sou eu.” [...] Então, a SVS conduziu junto com a Opas aqui e a Opas Washington a organização dessa consulta. [...] (Além disso), foi feito esse movimento junto com o GT de PSDS da Abrasco. Entrevistado 06

Segundo os entrevistados, o Brasil foi reconhecido com notoriedade pelo documento apresentado sobre a SeTP, sendo o único país a apresentá-lo entre os trinta e seis países presentes. Além disso, enfatizaram nos discursos que a indicação de oito experiências brasileiras para apresentação na conferência, demonstrou a importância do país em torno dessa pauta. Esse destaque, conforme apontaram as entrevistas, conferiu visibilidade internacional ao DANTPS, o qual foi convidado a ir a OMS para apresentar o documento do Brasil.

Esse contexto possibilitou o envolvimento da SVS a essa agenda, conforme evidenciaram as entrevistas, assim como fortaleceu a parceria com GT de PSDS, o qual havia colaborado efetivamente na elaboração desse documento. Ademais, constatou-se também nos discursos que a problematização em torno da SeTP priorizou aproximação do Estado com a PS.

Outras demandas internacionais foram listadas, com menor força argumentativa, que coadunam também com esse interesse, como por exemplo: o movimento em torno dos DSS, liderado pelo Brasil na indução de pautas no enfrentamento das iniquidades sociais. Esse

⁴⁹ O ator citado era vinculado à Secretária de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde.

⁵⁰ O ator citado era vinculado à Organização Pan-americana de Saúde (OPAS).

⁵¹ O ator citado era vinculado à Secretaria de Gestão Estratégico-participativa – Ministério da Saúde.

movimento, comandado pela comissão nacional dos DSS, colocou em debate que tipo de Estado se almeja para a sociedade brasileira; e o desenvolvimento humano saudável e sustentável, que inclui outros setores, além do olhar da saúde, sobre a leitura do desenvolvimento.

[...] Quando teve encontro aqui da SeTP com trinta e seis países e que o nosso documento conseguiu mudar o documento da Europa que tinha chegado. Eles não reconheciam a crise socioeconômica que estava acontecendo, o ajuste fiscal que a Europa estava passando. [Ator citado]⁵² quando viu a nossa competência que a gente respondeu e que ela foi chamada pra OMS para falar sobre isso. Entrevistado 08

[...] Nós estávamos com a missão de organizar o encontro das américas que era o encontro preparatório da conferência mundial de PS de dois mil e treze que iria ser em Helsinque, SeTP. O ministério da saúde não tinha conseguido se organizar e o GT de PS, na pessoa da [ator citado]⁵³, [ator citado]⁵⁴ e o [ator citado]⁵⁵, escreveram uma posição do GT por SeTP. [Ator citado]⁵² quando viu aquele documento, (disse:) Esse é o documento do Ministério. [...] [Ator citado]⁵⁴ e [ator citado]⁵⁶ consolidaram (o documento a partir) das contribuições dos ministérios. Entrevistado 08

Zohra Abaakouk, OPAS – Brasil, durante o Seminário Nacional Revisão da PNPS, comentou que o movimento SeTP implicou em uma mudança de governabilidade. E a OPAS e a OMS estiveram envolvidas na sua implementação. Em fevereiro de 2013, o Brasil sediou a reunião regional de SeTP, com mais de 30 países participantes, apresentando um papel de destaque nessa discussão. Isso devido às consultas realizadas, a sua participação e as contribuições na mostra de experiências exitosas do país. A representante da OPAS registrou que na região das américas, “o Brasil é a primeira região a elaborar um plano geral sobre SeTP como uma maneira de enfrentar os DSS, assegurar a saúde da população da região, promover o bem estar e a equidade” (BRASIL, 2015c, p.121).

Os resultados da participação do Brasil, em torno da pauta SeTP, demonstraram a força da opinião, da reputação em torno da visibilidade pelo sucesso na proposição e ações em torno dessa pauta, configurando a predominância do mundo por renome (BOLTANSKI; THÉVENOT, 1999). Pode-se dizer que esse contexto internacional influenciou significativamente a gestão a acolher uma demanda antiga sobre a necessidade de revisão da PNPS.

Outra demanda internacional, relatada pelos entrevistados, se referiu ao enfrentamento das doenças crônicas. Apesar de sua prioridade pela gestão da SVS, surgiram discursos entre os entrevistados argumentando que isso não representou o ponto de partida pelo qual se estabeleceu a revisão da PNPS, defendendo a SeTP na indução desse processo.

⁵² O ator citado era vinculado à Secretária de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde.

⁵³ O ator citado era membro do GT de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável/Abrasco.

⁵⁴ O ator citado era membro do GT de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável/Abrasco.

⁵⁵ O ator citado era membro do GT de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável/Abrasco.

⁵⁶ O ator citado era vinculado à Organização Pan-americana de Saúde (OPAS).

[...] Se alguém falar que foi o documento das crônicas (que influenciou o start da revisão), já tenho a minha defesa. Dilma chamou a galera de crônicas, [...] chamou quem escreveu: foi (Gunar), a galera Mauricio Barreto, não foi a PS que participou do documento de crônicas que a Dilma levou pra ONU. [...] O GT de PS da Abrasco, os pesquisadores e gestores da PS contribuíram no plano de crônicas, a gente só foi chamado na hora de referendar. Entrevistado 08

Sabe-se que essa demanda também foi acolhida pelo Brasil, inclusive na elaboração do Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis, que segundo a diretora do DANTPS/SVS, “se trata de um plano de Estado para dez anos que, inclusive, seria apresentado pela Presidente da República e a delegação brasileira na Assembleia da ONU” (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2011d, p.5). Contudo, a partir das ponderações apresentadas por essa categoria, pode-se afirmar que não houve evidências de que o “Plano de Doenças Crônicas Não Transmissíveis” foi o responsável pelo ponto de partida da revisão, tendo em vista que as principais críticas à PNPS se estabeleceram, principalmente, pelo predomínio das ações em torno da prevenção de agravos, ou seja, de ações comportamentalistas. E o plano de crônicas, conforme evidenciado no capítulo 7 deste trabalho sobre o contexto, legitimou a associação da PS com a prevenção. Vale salientar, que isso não invalidou sua influência no transcorrer do processo de formulação da PNPS revisada.

9.1.1.2 Fatores internos

9.1.1.2.1 Categoria: Espaço político parcialmente favorável à pauta da revisão

Para os entrevistados, a mobilização do espaço político por pressões e avaliações, em torno da pauta da PS, caracterizou o contexto de interferência dos fatores internos na entrada da revisão da PNPS na agenda política do Estado. Entre os aspectos apontados, destacou-se, pela força argumentativa, o momento em que a pauta da revisão foi colocada em discussão. Esse contexto marcado por avaliações e reflexões em torno da participação do Brasil na consulta regional de SeTP, detalharam os entrevistados, favoreceu a aprovação da proposição pela revisão da PNPS, no âmbito da SVS.

O clima em torno dos compromissos assumidos pela agenda do SeTP, associado ao sentimento de satisfação pelo resultado da participação do Brasil e a parceria com o GT de PSDS da Abrasco, fomentaram a existência de um espaço político favorável à receptividade da proposta de revisão da PNPS. Foi nesse contexto, que diante da indagação da possibilidade de realizar a revisão, por uma técnica da SVS, que a direção do DANTPS/SVS concordou com essa proposta. Para alguns entrevistados, esse momento demarcou o ‘início’ da revisão, não

havendo nenhum planejamento por atores do GT PSDS na proposição pela pauta da revisão nesse contexto.

[...] Quando terminou a reunião que a gente foi falar sobre como fazer esse registro desse movimento e lançar um número da ciência e saúde coletiva, [Ator citado]⁵⁷ provocou: “A gente não precisa revisar a política? por que não revisa?” [Ator citado]⁵⁸ foi pega no susto e falou “vamos revisar a política”. Entrevistado 08

[...] [Ator citado]⁵⁷ propôs, [ator citado]⁵⁹ reforçou, a gente reforçou e para a nossa surpresa - eu acho que muito pelo processo de cumplicidade na construção de tudo – [ator citado]⁵⁸ falou: “eu também acho que a gente precisa fazer revisão da política”. Entrevistado 06

Esse contexto, de acordo com os entrevistados, foi alicerçado tanto na avaliação interna da SVS quanto nas reuniões do Comitê Gestor da PNPS que apontavam para necessidade da revisão da Política. E com o caminhar para a conclusão do primeiro mandato de Dilma, tendo em vista a possibilidade de término de sua gestão, corroborou com a possibilidade de revê-la.

[...] O próprio amadurecimento da gestão do entendimento que a Política já estava com uma agenda esgotada e que precisava ser retomada a luz das novas demandas, de novas necessidades, do avanço que a gente teve de entender a PS. [...] Pelo próprio amadurecimento e da auto crítica de entender assim: “olha, tá na hora da gente fazer a revisão, a gente já tem um acúmulo, um amadurecimento. Entrevistado 12

[...] O start da revisão da política não veio de fora, foi um start de dentro (da SVS). As críticas constantes, a fragmentação, as ações reducionistas de PS, as mudança no SUS, por exemplo, falamos em rede, regionalização da saúde, em linhas de cuidado. Entrevistado 15

[...] Eu acho que o verdadeiro indutor de gerar essa segunda revisão, foi o Comitê gestor da PNPS. (O fato de) não ser exclusivamente SVS (favoreceu). [...] A primeira discussão de refazer a política nasce do comitê. Entrevistado 14

As atas do Comitê Gestor da PNPS evidenciaram que, desde 2010, se debatia sobre o processo de revisão, concordando com o reconhecimento dos entrevistados da participação da SVS na discussão dessa temática. De acordo com essas atas, desde esse período havia a discussão que: 1. “DSS estão apenas no discurso, como teoria ou imagem objetivo, mas com poucas ações concretas e menos ainda indicadores de impacto sobre as iniquidades”; 2. A importância da autonomia na relação entre “Prescrição vs Autonomia vs Modos de vida e escolhas saudáveis” 3. A importância do território como estratégia para política. Entre os questionamentos e preocupações destacaram: “Como se articular com movimentos sociais e promover equidade, explicitando ou desocultando as diferenças e enfrentando as iniquidades? Qual será a marca/identidade da política junto à população? Defesa do direito à saúde!? Vai estar disposta a disputar com o imaginário de saúde da sociedade?”. Ou seja, já havia registros

⁵⁷ O ator citado era vinculado à Secretária de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde.

⁵⁸ O ator citado era vinculado à Secretária de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde.

⁵⁹ O ator citado era membro do GT de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável/Abrasco.

de críticas e questionamentos em torno do marco conceitual, prioridades, operacionalização, financiamento e gestão da PNPS (COMITÊ GESTOR DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2010, p.1-2).

Em contrapartida, a tensão pela possibilidade de não prosseguir o processo de revisão, conforme ocorreu em 2010, com o seu engavetamento, demonstrou insegurança de alguns atores do GT, na entrada, de fato, dessa pauta na agenda política.

[...] Eu não acreditava porque o que a gente sofreu em dois mil e dez. Todo mundo para pautar e depois virar um documento de gaveta e nunca voltar na mesa. Falei: Cara, de novo não! Entrevistado 08

A defesa por atores da SVS de que o processo de revisão foi algo de sua iniciativa, decorrente de sua maturidade no campo da PS, o qual possibilitou compreender os equívocos no direcionamento da PS, pode ser interpretada também como estratégia para minimizar a pressão externa nesse processo. No entanto, diante do engavetamento da proposta de revisão da PNPS, em 2010, não parecia que esse processo se iniciaria de outra forma a não ser pela própria SVS.

Ainda no espaço político, registraram-se outras pressões institucionais que coadunaram com a pauta da revisão, como por exemplo: a postura crítica do CONASEMS ao direcionamento comportamentalista da PS pelo Estado; o CNS defendendo a revisão da PNPS próximo dos DSS; a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), na representação da Coordenação de Alimentação e Nutrição do Departamento de Atenção Básica, na defesa por uma Política perene.

[...] Não é um governante que determina para os seus cidadãos como é que eles têm que se comportar, mas um Estado que se constrói a partir daquilo que os cidadãos acham que o Estado tem que ser. Então, essas diferenças políticas estavam na mesa de negociação. Entrevistado 03

Os discursos do CNS e do CONASEMS reforçaram essas pressões para a mudança no direcionamento da PNPS, apoiados em uma concepção de Estado norteadas pela justiça social. Pode-se dizer que o nível de questionamento em torno da Política, detalhados no transcórre dessa categoria, não foi nenhuma novidade para SVS, o que reforçou a tese da sensibilização e envolvimento despertado pelo ideário da SeTP como indutor desse processo de revisão.

O contexto descrito por essa categoria demonstrou relação com a teoria da ‘policy window’, proposto por Kingdon (1995), por constatar a abertura de uma janela de oportunidade através de uma arena política mais aberta e favorável à entrada da revisão da PNPS na agenda política do Estado. Contudo, deve-se frisar que a mesma foi favorável aos interesses da gestão da SVS, conforme será observado nas próximas categorias, o que justificou a categoria ser intitulada por ‘parcialmente favorável’.

9.1.2 JUSTIFICATIVA

9.1.2.1 Categoria: Agenda explícita reduzida nas entrelinhas

Ao analisar as justificativas encontradas nas entrevistas, nos documentos e na observação participante, constatou-se a formação de duas agendas em torno dos motivos para a revisão da PNPS, a qual denominou-se de ‘explícita’ e ‘oculta’. A designação desses termos retrataram as relações de poder estabelecidas durante o processo de entrada da revisão na agenda. É interessante destacar a força argumentativa dessas duas agendas nos instrumentos desta pesquisa, havendo o predomínio da defesa da agenda explícita por atores da gestão da SVS.

O termo ‘explícita’ representou as justificativas que foram legitimadas pela gestão, para serem publicizadas como responsáveis pela entrada da revisão da PNPS na agenda política. Como também, circunscreveram o(s) problema(s) público(s) a serem enfrentados durante a sua formulação. Já o termo ‘oculta’, se referiu ao conjunto de desejos e críticas perante à PNPS, escondidas, estrategicamente, da arena política nesse momento de entrada da pauta na agenda. Essa atitude, por atores do GT PSDS, ocorreu por entenderem que esses motivos seriam rejeitados pela SVS, por reconhecê-los como crítica ao seu modelo de gestão diante da PNPS. Todavia, constatou-se que a agenda oculta adquiriu concretude nas ‘entrelinhas’ dos discursos dos atores envolvidos, direta ou indiretamente, com a PS. E para eles, era nessa agenda que estavam os problemas a serem enfrentados para avançar no entendimento desse saber.

[...] Mas eu acho que tem, digamos assim, uma agenda escondida e uma agenda explícita. Entrevistado 07

Segundo os entrevistados, a agenda explícita era caracterizada pela atualização da PNPS, partindo do pressuposto de que sua agenda de 2006 havia sido proposta para um período de dois anos, o que justificava a necessidade de atualizá-la em relação às novas orientações da agenda nacional e internacional. Entre os quais se destacavam a reestruturação da rede do SUS, com a Lei 141 e o Decreto 7508, e os compromissos internacionais em torno, por exemplo, dos DSS, SeTP, Rio+20 e o plano de enfrentamento das doenças crônicas. Essa agenda não trouxe uma crítica contundente à Política, pois segundo avaliação da gestão registraram-se resultados significativos no enfrentamento de suas ações específicas, justificando o motivo de apenas atualizá-la.

A constatação pela gestão, de acordo com as entrevistas, que as ações da PNPS ultrapassaram sua agenda, reforçou também a necessidade de sua atualização, como também a

necessidade de orientar o SUS das prioridades do executivo para a PS. Vale salientar, que a proposição de novas demandas prioritárias deveu-se a experiências exitosas e com evidências científicas, caracterizando o interesse da gestão para essa agenda.

[...] Agenda explícita é que ela ficou datada. O mundo mudou e ela estava fazendo a mesma coisa de dois mil e seis. [...] Nesse período tinha acontecido um monte de coisa na arena internacional, tinha acontecido Moscou, Nova Iorque, a Rio+20, Finlândia com a SeTP, a comissão de DSS, a cúpula mundial de determinantes e a política era antes disso, então, (era) preciso olhar para isso. Entrevistado 07

[...] A releitura disso (PNPS) foi fundamental até pra dizer: o que está aqui enquanto agenda ficou pequeno diante de tudo que já foi feito nesses oito anos. [...] Então, antes a gente tinha experiências de PS pontuais agora a gente tem experiências muito mais relevantes nos municípios, tem muito mais gente contando essa história. Entrevistado 10

Mesmo na reedição da publicação da PNPS, em 2010, as ações específicas priorizadas ainda estavam datadas para o biênio 2006-2007, o que coadunava com a colocação dos entrevistados (BRASIL, 2010; ROCHA *et al.*, 2013).

Jarbas Barbosa, Secretário de Vigilância em Saúde, e Deborah Carvalho Malta, diretora DANTPS, comentaram, no Conselho Nacional de Saúde, que a revisão da Política se norteava pelos novos compromissos nacionais e internacionais: 8ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, com a declaração de Helsinque sobre o tema Saúde em Todas as Políticas (SeTP) (2013); Conferência das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Sustentável – RIO +20 (2012); Conferência da Alto Nível ONU – Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) - Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT; Novas Políticas no SUS: Política Nacional de Atenção Básica (Portaria nº 2.488/2011), Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Portaria nº 2.715/2011) e Política Nacional de Educação Popular em Saúde (Portaria nº 2.761/2013); Mudanças na legislação: Decreto nº 7.508/2011 e Lei Complementar nº 141/2012 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2013c, 2014b).

Através de uma Nota Técnica, o CONASS reafirmou os pontos destacados pelos gestores da SVS e acrescentou entre as mudanças de contexto explicitadas desde a formulação da PNPS, em 2006, que também corroboram com a discussão da revisão dessa Política, os seguintes pontos: as agendas sociais coordenadas pela Casa Civil da Presidência da República; a Estratégia Global para Alimentação e Atividade Física e Saúde; o Plano Brasil Sem Miséria; o Plano da Década de Segurança Viária – 2011 a 2020 (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2014).

Outra evidência identificada na análise documental, que coadunou com a agenda explícita descrita, foi o discurso do Secretário de Vigilância em Saúde, em reunião da CIT, ao comentar que o processo de revisão surgiu “por meio de buscas por experiências exitosas,

evidências científicas e políticas já implementadas que destacaram um roteiro de como transformar essa percepção da importância da PS num planejamento de ações operacionais” (COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE, 2014c, p.25).

Do outro lado, a agenda ‘oculta’, segundo os entrevistados, foi caracterizada pela reformulação da PNPS, ou seja, por uma nova Política. Isso se justificou ao se evidenciar, nas entrevistas, a necessidade de rever sua ênfase comportamentalista; considerar a operação da Política por base no território, reconhecendo suas especificidades regionais; aproximar a PS dos DSS, problematizando novas estratégias para enfrentar as iniquidades; avançar na intersetorialidade, ampliando a perspectiva de governança da Política, com discussão do *locus* da Política na SVS; e, conseqüentemente, privilegiar a PS na Política.

Era contraditório evidenciar a pauta de priorização da PS na sua própria Política, mas reforçava a justificativa da necessidade de uma nova Política pelos entrevistados. Essas considerações se coadunaram com os discursos de alguns entrevistados, que reconheceram que a PNPS não estava funcionando como deveria.

[...] Existe um movimento, um impulso de ter uma política maior, com um novo aspecto. Isso era o que me atraía. [...] A Política era muito mais voltada para doença. [...] E não acho que a política deva ficar vinculada apenas ao setor saúde.
Entrevistado 04

[...] A ideia era um pouco privilegiar outros componentes da PS, como a participação a autonomia do sujeito, a territorialidade, a gestão participativa, o diálogo e a escuta.
Entrevistado 09

[...] Eu acho que a necessidade que foi sentida de revisar a forma de abordagem, os eixos operacionais da sua implementação, a questão de fortalecimento de algumas estratégias essenciais como: a intersetorialidade, de focalizar em redução de iniquidades, de focalizar nos determinantes, trabalhar a perspectiva da territorialização, de pensar o contexto local como base de referência pra construção de qualquer tipo de ação no campo da PS. Entrevistado 05

A possibilidade de reformulação da PNPS, também foi evidenciada nos discursos de conselheiros do CNS, ao reconhecerem que “esse debate sobre a PS sempre foi fragilizado. Ao longo do tempo se resumiu a intervenções sobre estilo de vida e nunca sobre as grandes questões macro determinantes que interferem sobre a saúde”. Ademais, consideraram que a revisão iria se estabelecer sobre a “determinação social da saúde, ação intersetorial, novas práticas e contribuições políticas para a PS e que fosse como uma chance de se reaproximar do ideário da reforma sanitária” (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2014a, p.18).

Contraditoriamente ao exposto pela agenda explícita como justificativa para a revisão, o secretário Jarbas Barbosa, no CNS, expôs que a Carta da 14ª Conferência Nacional de Saúde (2011), que apresentou demandas para o setor saúde, foi também um dos motivos da revisão da PNPS.

As políticas de PS devem ser organizadas com base no território com participação intersetorial articulando a vigilância em saúde com a Atenção Básica e devem ser financiadas de forma tripartite pelas três esferas de governo para que sejam superadas as iniquidades e as especificidades regionais do País (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2014e, p.55).

Diante da exposição dessas duas agendas, percebe-se uma contradição primária na proposta de atualização pela gestão. Ao justificá-la no compromisso internacional estabelecido através da 'SeTP', o qual enfatizava a importância da intersetorialidade no desenvolvimento de ações de PS, pressionou-se para uma reformulação da operacionalização da PNPS. Consequentemente, tornou-se estranho colocá-la como referencial e restringir sua abordagem apenas a uma atualização dessa Política.

Pode-se dizer que colocar as justificativas 'ocultas' em pauta, seria legitimar a ineficiência da PNPS para implementar uma PS comprometida com o desenvolvimento social. Em contrapartida, a utilização do termo 'atualização' possibilitaria demonstrar que a Política estava sendo efetiva em seus propósitos, necessitando de mudanças pontuais.

A preocupação em reativar o Comitê Gestor da PNPS, também apareceu como motivo, de acordo com as entrevistas, para a revisão da Política tanto pela agenda 'explícita' como pela 'oculta'. Além disso, mesmo diante da existência de duas agendas acerca dos motivos da revisão, ainda apareceram, apesar da pouca força argumentativa, o desconhecimento, por parte de alguns entrevistados, dos motivos em torno do processo de revisão da política. Isso possibilitaria inferir na possibilidade de a agenda oculta estar restrita a um grupo de atores, como também da agenda explícita não ter sido tão publicizada durante o processo.

De fato, constatou-se, tanto nas entrevistas quanto na observação participante, que havia o desejo pela reformulação da Política, principalmente de sua operacionalização, ao ponto da agenda explícita ter sido reduzida nas entrelinhas da revisão. Portanto, pode-se adiantar que foi esse desejo que permeou as tensões no processo de formulação da PNPS revisada.

9.1.3 PROBLEMA PÚBLICO

9.1.3.1 Categoria: Desatualização da PNPS assumida pela gestão

O processo de definição do problema público, diante do qual se deveria direcionar esforços para superar suas limitações, não foi problematizado com os demais atores da arena política. Isso por entender que a pauta da desatualização da Política foi aceita pela gestão, com suas devidas condicionalidades expostas pela agenda explícita. Contudo, não houve conflitos,

pressionados por atores do GT PSDS, nesse primeiro momento, diante da restrição do problema a ser enfrentado, com a finalidade de evitar enfrentamentos que pudessem comprometer a entrada da revisão na agenda da SVS. Essa postura teve por base o engavetamento da proposta de revisão da PNPS, em 2010, elaborada por difusores da PS vinculados ao GT de PSDS.

[...] Se a gente fosse bater de frente pra dizer que a política precisaria ser desconstruída, a gente não ia sair do lugar porque quem propõe a revisão de uma política ou a construção de uma política é o gestor. Entrevistado 06

Para Frey (2000), a dinâmica de como se estabeleceu a priorização do problema, influenciará a proposição de soluções nas fases seguintes do ciclo de uma política. Em contrapartida, apesar de não ocorrer enfrentamentos ao problema público delimitado pela SVS, isso não quis dizer que os críticos, como por exemplo, o GT PSDS, concordariam com essa definição. O aparecimento de uma agenda ‘oculta’ demonstrou a dificuldade no diálogo e na construção de uma agenda comum entre os atores envolvidos. Ou seja, esse primeiro momento já demonstrou a dificuldade da gestão com a abertura democrática.

Por isso, Viana (1996) comenta que grande parte das políticas públicas são desenvolvidas sob as preferências, predileções, orientações e expectativas dos formuladores das políticas. Ou seja, seria o governo executivo que, de fato, determina grande parte da agenda política a partir de suas próprias convicções e interesses (SAMPAIO; ARAÚJO JR, 2006).

Quando se fala sobre o problema público, há o entendimento de que a partir de sua identificação seriam planejadas e orquestradas estratégias para solucioná-lo. Contudo, ao se deparar com o processo descrito na entrada da revisão da PNPS na agenda decisória da SVS apareceu algo diferente da literatura. Enquanto a gestão delimitou a desatualização da política como problema, do outro lado o GT de PSDS, controle social e outros atores construíram outro problema ‘público’, só que não público, para representar sua luta naquilo que acreditavam ser o ideal para uma política de PS. Ou seja, se estabeleceu um processo paralelo de construção de política a partir das agendas descritas.

Em resumo, os interesses dos atores, ocultos, pressionaram o surgimento das estratégias para enfrentar os problemas, ditos públicos, mas almejando uma política que enfrentasse os problemas ‘ocultos’. Por isso, Serafim e Dias (2012) argumentam que, no entendimento subjetivo da definição do problema, podem-se evidenciar as assimetrias do poder, as tensões entre agendas e os conflitos encobertos e latentes.

Por fim, não se observaram elementos nas entrevistas e documentos que pudessem afirmar que ocorreu uma preocupação com a definição do problema, no que se refere à avaliação da possibilidade de resolução, considerado por Sampaio e Araújo Jr. (2006) como elemento

importante para compressão do problema. A desatualização da Política como problema pode ser entendida como algo frágil, pois não possibilita inferir o que se pretende com o saber da PS na indução desse processo. Em contrapartida, o problema a ser enfrentado pela agenda ‘oculta’ demonstrava definição.

9.2 TOMADA DE DECISÃO

Apesar da tomada de decisão de se inserir no Ciclo da Política Pública após a formulação, de acordo com o esquema desenvolvido por Howlett, Ramesh e Perl (2013), sabe-se que ela permeia todas as fases de construção de uma política pública. Por isso, sua análise foi estabelecida conforme a problematização dos elementos processuais desta pesquisa.

Neste tópico, a reflexão se estabelecerá em torno das decisões que possibilitaram a entrada da revisão na agenda da SVS. Pode-se dizer que essa fase se estabeleceu em um ambiente complexo, de disputas, conflitos e consensos nem sempre construídos (ou quase nunca). Por isso, a dificuldade de definir, de fato, o momento que a decisão foi tomada. Logo, utilizou-se como estratégia didática no transcorrer deste tópico, a definição da tomada de decisão a partir de sua interferência no processo de formulação da PNPS. Vale salientar, que existe a possibilidade que essas decisões foram apenas reconhecidas no transcorrer desse processo.

9.2.1 CATEGORIA: REVISÃO DA PNPS CONDICIONADA A LIMITES

Segundo os entrevistados, o modelo de decisão estabelecido para entrada da revisão na agenda foi conduzido, predominantemente, por atores da gestão da SVS. Houve o entendimento, com base nos discursos, de que lhes cabia a responsabilidade sobre isso, como também de conferir a dimensão participativa no ciclo da política.

[...] A população, as pessoas, podem propor: “olha, a gente precisa de uma política”, mas assim, quem abre a possibilidade de institucionalizar uma política é o gestor.
Entrevistado 06

Apesar do indicativo de aceitabilidade da direção da DANTPS, a entrada da revisão da PNPS na agenda, apenas se estabeleceu, de fato, com a aprovação do Secretário de Vigilância em Saúde. As entrevistas apontaram que sua aprovação se estabeleceu a partir de um projeto inicial sobre a revisão dessa Política, elaborado pelo corpo técnico da SVS.

[...] Eu lembro que estava numa reunião e esse burburinho de revisão. Então, [ator citado]⁶⁰ falou: [Ator citado]⁶¹, vamos fazer a revisão da Política? Aí todo mundo olhou assim: “Como ela pergunta isso?” [Ator citado]⁶¹ disse: “Vamos!” Pronto, já começou a montar a justificativa, o esquema de conferências, de oficinas (etc) que foi o primeiro esboço que [ator citado]⁶² aprovou. Entrevistado 15

Howlett, Ramesh e Perl (2013) caracterizam esse processo como inerentemente político, não como exercício técnico. E acrescentaram que essa fase se refere à decisão do gestor, cuja escolha poderá ser positiva, negativa ou remeter a não-decisão, o que traz para o debate a questão do poder e seu uso. Portanto, a utilização do poder pela gestão, nessa fase, demonstrou-se contraditória, pois sua escolha poderia ser interpretada de forma positiva ao considerá-lo como elemento facilitador desse processo. Além disso, por dar prioridade à temática da PS, cuja proposta de revisão da PNPS apresentava consonância com o desejo de vários setores da sociedade.

[...] Eu acho que foi um desafio bancado pela gestão, porque implica em custos, em apoio financeiro, parcerias com outras instituições, um desdobramento da equipe. Então, assim, demandou demais da nossa equipe. Entrevistado 12

Por outro lado, as condicionalidades agregadas a essa decisão, conferiram aspectos negativos à dinâmica de como o poder se expressou na tomada de decisão. Quando se colocou entre as justificativas o fato da PNPS ser datada, isso remeteu à análise de suas ações prioritárias, cujo foco relacionava-se diretamente com à sua agenda. Ou seja, pode-se dizer que houve, nessa justificativa, o entendimento de que sua agenda deveria ser reavaliada, estando sujeita a mudanças e até mesmo exclusões. Entretanto, restrições, antes de qualquer conclusão do ciclo da política, implicariam em interferência e, conseqüentemente, projetariam conflitos para a arena de revisão da Política.

Segundo os entrevistados, a decisão pela revisão da Política se estabeleceu com a seguinte condição: permanência da agenda (ações específicas) da PNPS. Isso se justificou, para os atores da gestão, por entenderem que o perfil de morbimortalidade não evoluiu ao ponto de justificar a sua alteração. Como também, pelos pactos e acordos nacionais e internacionais firmados, como por exemplo, no enfrentamento das doenças crônicas. Ademais, também foi registrado como justificativa o complicador de mudar as linhas de financiamento da Política estabelecida para essas prioridades. Com isso, a agenda ‘explícita’, caracterizada pela sua atualização, demonstrou preponderância das metas e interesses norteadores da SVS.

[...] A revisão era uma continuidade. A revisão não deveria negar o passado. A revisão deveria aprimorar, aprofundar, continuar. Entrevistado 07

⁶⁰ O ator citado era vinculado à Secretária de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde.

⁶¹ O ator citado era vinculado à Secretária de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde.

⁶² O ator citado era vinculado à Secretária de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde.

[...] A ideia de nascer uma nova política de PS, nova em folha, eu acho que nunca foi, sempre foi dizer assim: usem o que existe, melhorem, atualizem para o que tem hoje que pautar. [...] Você mantém a mesma visão que tinha antes: revise.
Entrevistado 14

Mesmo assim, apareceu um relato que argumentou que não houve predeterminação na escolha de nenhuma ação específica, o que demonstrou uma contradição na condução das condicionalidades à revisão pela gestão da SVS. Contudo, ao defender seus argumentos, o entrevistado demonstrou a preferência pelas ações desenvolvidas pela Política.

[...] Não tinha uma predeterminação de alguns temas. Tinha o que a gente já tinha acumulado, um tanto de conhecimento, como de experiência tanto brasileiro como internacional de que temas deviam estar nessa agenda. Entrevistado 11

A limitação em torno do objeto de construção de uma política pública trouxe para a arena outra questão: a transparência do processo. Isso se justificou por reconhecer que não houve uma divulgação da existência de limite aos participantes do processo de revisão diante da apresentação dos seus motivos.

De acordo com as entrevistas, os atores do GT de PSDS da Abrasco estavam cientes dessa limitação. Todavia, não se pode afirmar se esse conhecimento foi algo gradativo no transcorrer do processo, possibilitando inferir que também foram omitidas informações dos mesmos, ou se já existia esse entendimento desde a entrada da revisão na agenda política, colocando-os como corresponsáveis na problemática em torno da transparência. Talvez seja por isso, que a força argumentativa, em torno da tomada de decisão, foi o reconhecimento do poder da SVS sobre o processo, tendo em vista que, independente da transparência, demonstraram compreender que lhes caberia decidir sobre o que constaria no produto final da Política revisada:

[...] Isso (a decisão da SVS em não alterar os temas prioritários), desde o início, isso era explicitado desde o início. Nós tentamos por várias vezes, em alguns momentos específicos das oficinas de sistematização, na forma com que isso tinha aparecido desde as oficinas regionais e com os outros grupos consultados, nós tentamos fazer uma negociação em relação a isso. Entrevistado 5

[...]Então, desde o começo [ator citado]⁶³ solicitou que tivesse os temas prioritários. Isso foi uma questão irreduzível. Entrevistado 10

[...] O Ministério entende que tem um saber próprio e que na verdade, no final, o poder de bater o martelo é dele. É uma política do MS. Entrevistado 14

Esse contexto reafirma a colocação de Frey (2000), ao considerar que as políticas públicas sempre terão marcas das disputas políticas, das relações de poder e das forças políticas. De fato, observou-se, nesse processo de revisão, uma nítida assimetria de poder, cuja dinâmica de decisão, conforme descreve Secchi (2014), partiu do ajuste dos problemas às soluções, e das

⁶³ O ator citado era vinculado à Secretária de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde.

soluções aos problemas. Ou seja, considerou-se os problemas existentes caracterizados através dos objetos das ações específicas da PNPS, e as soluções que foram desenvolvidas durante a implementação da Política, a qual legitimou a permanência dessas ações. Vale salientar que a agenda ‘oculta’ que trouxe entraves ao processo de implementação, não se demonstrou como objeto de interesse de decisão pelo gestor no direcionamento das prioridades para o processo de revisão.

A decisão pela revisão condicionada a limites, retratou a direcionalidade do núcleo da Política. Em contrapartida, isso não quis dizer que todas as decisões relativas a uma política pública foram tomadas (RUA, 2009). Contudo, deve-se reconhecer que essa decisão evidenciou as características que foram predominantes no produto a ser revisado.

9.2.2 CATEGORIA: LIDERANÇA DO GT DE PSDS CERCEADA

Outra tomada de decisão que influenciou a revisão da PNPS foi a atribuição ao GT de PS da Abrasco a liderança do processo. Isso foi justificado pela competência e proximidade da SVS com esse GT no desenvolvimento de projetos pela PS, como a elaboração do documento sobre SeTP.

[...] Foi um grupo de pessoas responsáveis que foram chamadas, especificamente o GT de promoção da saúde e desenvolvimento local da Abrasco, e também se chamaram para estar muito próximo desse processo. Entrevistado 05

Os entrevistados acrescentaram que houve a contratação de especialistas desse grupo para colaborar com os propósitos da SVS, como por exemplo, na elaboração da metodologia e na sistematização do documento revisado referente à PNPS. No entanto, apareceu, nos discursos dos entrevistados, indícios de que os atores do GT estavam cientes das limitações e objetivos em torno da revisão, como também do processo de pactuação da liderança.

[...] Vamos fazer a (revisão), mas vamos fazer com quem também entende, né? [...] A gente correu atrás de termo de parceria, de contratação de especialista dessas Universidades; carta acordo com a (Abrasco), GT de promoção. [...] Tudo (foi) muito aberto, mas é claro que tudo ali no diálogo. Até onde que vai, até a onde a gente pode ir, também para a gente ter nossos acordos nessa parceria com o GT da (Abrasco) e com esses consultores contratados, especialistas no tema da PS, para a gente não criar expectativas que a gente não pudessem (cumprir). Entrevistado 12

Todavia, assim como foi comentado, na categoria anterior, não foi possível afirmar se o conhecimento dessas limitações, apresentados por atores do GT de PSDS, estabeleceu-se no transcorrer do processo ou norteou-se conforme justificou o entrevistado 12.

As categorias construídas, nesse tópico, retrataram a parceria estabelecida entre a coordenação da PNPS na SVS e o GT PSDS da Abrasco, com mediação da Opas (ROCHA *et*

al., 2013). Isso demonstraria a força do mundo por projetos no estabelecimento da construção de redes em prol de projetos coletivos, de acordo com Boltanski e Thévenot (1999), caso o diálogo não fosse unidirecional.

O diálogo, ferramenta característica do mundo cívico, palavra comumente utilizada para expressar a horizontalidade do processo, foi desconstruída diante de decisões verticais, gerenciadas pelos interesses do Ministério da Saúde. Ou seja, se fomentou uma rede de parceria na construção da revisão da Política, mas as decisões não foram compartilhadas. E a inserção do princípio equivalência do mundo mercantil, conforme define Boltanski e Thévenot (1999), caracterizou o cerceamento dos interesses do GT, demonstrando dificuldade de lidar com o mundo cívico, e estabeleceu quem, de fato, tem o poder de decidir.

Por outro lado, deve-se considerar a dificuldade da gestão, imbricada no mundo industrial de Boltanski e Thévenot (1999), cuja característica baseia-se em direcionar os investimentos públicos na busca por eficiência, efetividade nos indicadores de saúde. A abertura para a negociação com outros setores, demonstrou a influência do mundo cívico, mesmo que ainda tímido, na construção de políticas públicas. Deve-se lembrar de que esse processo poderia ter se estabelecido apenas no gabinete da SVS, sem a participação de especialistas inerentes ao GT de PSDS.

Ademais, não se deve esquecer de que um dos principais atores por trás da agenda ‘oculta’ foi o GT de PSDS, cuja presença na arena política, mesmo cerceada, representou pressões em torno do progresso da PNPS. Isso reforçou a importância da análise do processo de formulação da metodologia da revisão da PNPS.

9.3 FORMULAÇÃO DA METODOLOGIA

Uma vez deliberada a tomada de decisão referente ao início do processo de formulação, estabeleceu-se uma sequência de eventos com a finalidade de captar as propostas para o enfrentamento do problema especificado. Segundo Howlett, Ramesh e Perl (2013), é nesse momento que se deve verificar as condições técnicas e políticas em torno do problema, como também as limitações e possibilidades do que pode ou não ser realizado.

Nesse item, será apresentado o processo de construção da metodologia que foi desenvolvida no processo de revisão, detalhando seu planejamento e interesses, como também as limitações em torno da viabilidade da proposta pactuada entre a SVS, o GT PSDS e a Opas.

9.3.1 PROPOSTA METODOLÓGICA

Essa fase caracterizou-se pela busca por alternativas que foram capazes de gerar a mudança das situações indesejadas. Ou seja, representou o momento de enfrentamento do problema identificado (LYRA, 2009). Vale salientar que a sequência apresentada dos fatos, no transcorrer deste tópico, não necessariamente seguiu essa proposta, podendo ter ocorrido o inverso ou até mesmo, de forma simultânea. Utilizou-se a organização a seguir como tentativa de facilitar a compreensão dos enfrentamentos processuais.

9.3.1.1 Categoria: Tentativa de restrição da revisão do FormSUS

De acordo com os entrevistados, surgiu-se como proposta metodológica, direcionada pela SVS, a possibilidade de conduzir a revisão da PNPS, especificamente, através do FormSUS. Isso representou um serviço do DATASUS para criação de questionários na web, alicerçado na política de informação e informática do SUS (BRASIL, 2016). Para tanto, foi elaborado, pelo corpo técnico da SVS, um questionário auto preenchido e disponibilizado em meio eletrônico, no domínio do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014b), cuja análise seria estabelecida pelos especialistas contratados do GT PSDS.

[...] A SVS (iria) ficar só no FormSUS que seria construído pela equipe (da SVS).
Entrevistado 06

Partindo dos pressupostos em torno da agenda ‘explícita’ e das decisões em torno da limitação do objeto da revisão, não surpreendeu o surgimento da proposição por um processo de revisão em nível de gabinete. Na verdade, existia coerência entre o objetivo de atualização da política e as respectivas estratégias delimitadas. Tratava-se de uma condução pelo modelo top-down, cujas demandas, interesses e estratégias seriam encaminhadas a partir da prioridade da gestão. Ao comparar essa proposição com a proposta aprovada pelo Secretário de Vigilância em Saúde, na entrada da revisão na agenda, de acordo com os entrevistados, observou-se que ocorreu uma redução na participação direta da população nesse processo.

A proposta de restringir o processo de revisão a um questionário, demonstrou como intencionalidade, a tentativa de evitar a mudança no *status quo* da política, se utilizando do poder da SVS para limitar o processo de revisão. Por isso, essa proposta pode ser interpretada como negativa ao compará-la com a possibilidade de construção coletiva de uma política pública.

9.3.1.2 Categoria: Ampliar a densidade democrática da revisão

Segundo os entrevistados, o envolvimento e a contratação de especialistas vinculados ao GT de PSDS, possibilitou a construção de uma contraproposta metodológica para pressionar a possibilidade de restrição da revisão ao FormSUS. Para os entrevistados, destacaram-se no processo de construção da metodologia, atores vinculados ao GT PSDS e a OPAS.

[...] Acho que [ator citado]⁶⁴ teve um papel importante junto com [ator citado]⁶⁵ na construção da metodologia. Entrevistado 07

Essa observação foi confirmada nos relatórios das Oficinas de Sistematização, primeiramente, ao especificar que a metodologia das oficinas regionais foi desencadeada por Dais Rocha, UnB/GT PSDS da Abrasco (BRASIL *et al.*, 2014a). Como também, ao constatar no documento norteador da proposta de revisão, além do nome destacado, o registro das demais autoras desse produto: Regiane Rezende - Opas/GT PSDS, Simone Tetu Moysés - PUCPR/GT PSDS e Ronice Franco de Sá – UFPE/GT PSDS (ROCHA *et al.*, 2013). A participação desses atores no processo reforçou a tese do protagonismo do GT no processo de revisão, conforme detalhado no capítulo sobre atores.

Entre os objetivos propostos por essa metodologia, destacou-se, pela força argumentativa dos discursos, o de ampliar a escuta sobre a Política, desenvolvendo uma lógica ascendente que valorizasse a diversidade regional, como também a escuta ao gestor.

[...] Eu acho que era fundamental os gestores, não só os institucionalizados da diretoria do nível central, CONASS e CONASEMS, porque alguns deles já estão há algum tempo longe da gestão. Eu acho que foi fundamental (inserir) quem estava traduzindo aos trabalhadores o desafio de traduzir a PS para realidade no dia a dia. Então, para mim esses eram quem a gente precisava ouvir, porque as duas anteriores - a de dois mil e dois e a de dois mil e seis ainda que a de dois mil e dois não virou política - penso que ambos já tinham ouvido os acadêmicos, os estudiosos. Entrevistado 08

Além disso, também destacou-se, nos discursos dos entrevistados, a preocupação em envolver os atores sociais no processo de revisão, almejando uma metodologia baseada no modelo bottom-up. Assim como a defesa dos objetivos: ampliar a coerência e escopo da PNPS; demonstrar que a PS não depende apenas do setor saúde; desenvolver as estratégias que possibilitassem consolidar as informações, recebidas no processo de revisão, no formato de política; e constituir uma rede de compromissos em prol da PS, e conseqüentemente fortalecer a PS no Brasil.

[...] A gente tentou fazer uma revisão bottom up, trazer de baixo pra cima a escuta e fazendo consensos. Entrevistado 08

⁶⁴ O ator citado era membro do GT de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável/Abrasco.

⁶⁵ O ator citado era vinculado a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS).

[...] Fazer com que gestores, profissionais, pesquisadores e a população como um todo, comece a perceber que a saúde não depende só do setor saúde. Entrevistado 05

No documento referente à proposta metodológica para a revisão, contactou-se a presença de objetivos em prol do fortalecimento da PS no Brasil, demonstrando que, para o GT PSDS, os interesses perpassaram a atualização, e se efetivaram na agenda ‘oculta’. Entre as estratégias, “buscou-se constituir redes de compromisso regionais e locais, sensibilizando os participantes para a importância de uma mobilização permanente, de natureza pessoal e institucional, visando fortalecimento da PS”. Para isso, o documento explicitava que se devia “mobilizar lideranças, trabalhadores da saúde, movimentos sociais e gestores da saúde das cinco regiões”, com o propósito de garantir a diversidade regional de participação do público (ROCHA *et al.*, 2013).

A ampliação da densidade democrática da revisão da PNPS se justificou pelos seguintes aspectos: 1) a PNPS de 2006 foi formulada na tripartite: Governo Federal, estados e municípios, e a sua revisão não poderia ser diferente; 2) Ampliar o feedback desses sete anos da implantação da política por atores que trabalharam na PS, que, de alguma forma, foram os implantadores da política. Isso se referia a um retorno do que funcionou, do que não funcionou, do que precisava ser ampliado e de que elementos ainda precisavam ser incluídos; 3) Por fim, possibilitar reconstruir esse processo numa base ampla e participativa da comunidade (ROCHA *et al.*, 2013).

Percebeu-se que ao defender a ampliação da escuta para revisão da PNPS, nesse momento de formulação, que não se discutiu os limites estabelecidos para a revisão, como por exemplo, o fato de não interferir nas ações específicas da Política. Essa constatação possibilitou caracterizar a postura do GT de forma estratégica, por considerar a agenda ‘explícita’ da SVS, mas construindo argumentos que envolveram a importância de se ampliar esse processo, como a possibilidade de perceber como a PNPS se inseriu nas regiões do Brasil. Entretanto, não se pode deixar de frisar a possibilidade, de durante o momento de formulação da metodologia, de atores do GT não possuírem o conhecimento das limitações projetadas pela SVS, ao ponto de acreditar quanto à possibilidade de revisar a Política como todo, sem restrição.

Ao comparar com as intencionalidades expostas na ‘agenda oculta’, pelos entrevistados, a estratégia de ampliar a escuta, de envolver maior quantidade de atores no processo, retratou-se o caminho para que essa agenda saísse das ‘entrelinhas’ e se estabelecesse na arena política. Deve-se considerar que o engavetamento da proposta de revisão, no ano de 2010, não conferiu a segurança de que esse mesmo processo não pudesse se repetir.

Por isso, segundo os entrevistados, ao se ampliar a densidade democrática, conferindo maior poder de escolha aos participantes, seria impossível que ocorresse o engavetamento dessa

proposta de revisão. E com isso, aspectos ‘limitados’ pela SVS poderiam ser colocados pelos atores e ocasionar algum nível de pressão sobre a agenda ‘explícita’.

[...] Sempre trabalhei com a visão de revisão, desde dois mil e dez, com esses atores gestores do processo. Eu desconfiei até o fim o quanto que isso iria para rua, porque não foi antes, nós vivemos processos que foram engavetados. [...] Agora se for com as regiões, se for pra rua, se for pra aumentar a densidade democrática dessa política ela não vai conseguir botar no gaveta. Porque se for entre nós (acadêmicos), eu não entro. Entrevistado 08

A proposta detalhada por essa categoria demonstrou a tentativa de formular uma estratégia para alterar o *status quo* da Política, e assim inserir as demandas da agenda oculta na formulação da PNPS.

9.3.2 SEGUNDO MOMENTO DE TOMADA DE DECISÃO

Diante da proposta metodológica que estabelecia a participação popular, a SVS foi pressionada a tomar uma decisão sobre isso. Partindo do pressuposto de que sua proposta para o processo de revisão destoava da defendida por atores do GT PSDS. Esse tópico detalhará esse processo e as condições expostas durante essa tomada de decisão.

9.3.2.1 Categoria: Participação popular garantida

Diante da arguição para se ampliar a densidade democrática do processo de revisão, surgiu uma resistência da SVS em abrir a escuta da PNPS. De acordo com os discursos dos entrevistados, houve uma tentativa de atores do GT PSDS de se impor a essa situação, argumentando que, caso contrário, não participariam desse processo. Essa tensão baseou-se no fato de se entender que, ao restringir o processo ao formSUS, retirando a participação direta da população, não possibilitaria pautar coisas novas para Política. Sendo assim, pontuaram os entrevistados, que representaria apenas um *checklist* da política antiga.

[...] Eu tive de impacto uma impressão negativa, de que a disputa começava logo de início. A Universidade, logo na primeira reunião, já tinham interesse que se não fosse assim (ampliar a escuta), não iria ser. Entrevistado 13

[...] Olha só se a gente aumentar a escuta. Uma revisão aqui dentro eu não penso. Se vocês bancarem que nós vamos ouvir nas regiões. Entrevistado 08

Para a gestão, garantir a participação popular representaria aumento dos gastos com o processo da revisão, sendo complicado pela insuficiência de recursos para esse propósito. Além disso, havia o argumento, na arena política, de que a realização das oficinas regionais não seriam representativas, conseqüentemente não teriam o resultado almejado.

[...] Então, lhe dar com a uma abertura pra outras pessoas falarem foi uma coisa que “Ah vai ser muita gente”. E sim tem que ser muita gente e tal, mas passou, passou a ideia, porque ou vai ou racha. Entrevistado 15

Foi nesse conflito que se percebeu a interferência do mundo cívico de Boltanski e Thévenot (1999), seja através da pressão direta dos atores para ampliar a escuta da política, como através do contexto político na pressão por coerência na tomada de decisão. Conforme foi evidenciado na análise do contexto, a revisão se estabeleceu durante o governo de Dilma Rousseff, cujas características, registradas pelos entrevistados, sinalizaram para a valorização do planejamento intersetorial e promoção de políticas públicas inclusivas. Ademais, apontaram também como características os preceitos democráticos e participativos. Para o mundo cívico, seria inadmissível a construção de uma política pública sem o seu valor de referência: democracia e coletividade.

[...] A gente tencionava todo tempo que tinha que ter voz popular. Não adiantava só o gestor. O gestor não representava esse olhar. Entrevistado 08

Além disso, a visibilidade, internacional, conferida ao Brasil pelo reconhecimento por sua compreensão e prática em torno da SeTP, cuja essência preconizava a intersetorialidade, pressionou também por coerência na continuidade dos avanços à PS. Portanto, além do mundo cívico, agregou-se o de renome no envolvimento da tomada de decisão (BOLTANSKI; THÉVENOT, 1999). E foi contextualizado por essas argumentações, inclusive com o apoio de atores da própria gestão da SVS, que se estabeleceu a garantia da participação popular ao processo da revisão:

[...] Nós não temos condições de fazer essa política de gabinete, não é essa a ideia. E no diálogo conversava muito com [ator citado]⁶⁶. Então, [ator citado]⁶⁶ comprou a ideia e abriu. Entrevistado 15

[...] O povo quase saiu desse processo, (muito) desgaste, foi muita militância. Entrevistado 08

Vale salientar que foi no colegiado do Comitê Gestor da PNPS (CGPNPS), cujos valores de referência do mundo cívico legitimaram sua existência, que se estabeleceu o processo de convencimento final sobre a garantia da participação popular. Essa constatação foi registrada na memória da reunião do CGPNPS, do dia 25 de abril de 2014, ao ressaltar que “a nova PNPS envolveria inúmeros atores para a construção de autonomia e cidadania, devendo ser mantido seu caráter geral”. Deve-se ressaltar ainda, que o CGPNPS destacou-se como arena de pactuação entre os formuladores de política. Como também, o poder de decisão da DANTPS acerca do processo da revisão.

⁶⁶ O ator citado era vinculado à Secretária de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde.

[...] Eu lembro de uma reunião do comitê gestor, até perguntei: você não tem curiosidade, não, [ator citado]⁶⁶, de ver como é que essa política chega na região norte? Como é que as pessoas lidam com essa política? Elas conhecem a política? Elas tão operacionalizando? De que forma? De que forma essa política tem ajudado essas pessoas a colocar a PS em prática? Aí, ela foi mudando: “É interessante se a gente puder ouvir, saber o que que tá acontecendo”. Entrevistado 06

Em contrapartida, segundo os entrevistados, a garantia da participação popular pela SVS se estabeleceu com outra restrição: devia-se respeitar a agenda ‘explícita’, ou seja, os seus interesses. Por isso, a orientação ao GT, conforme as entrevistas, de que se deveria deixar evidente durante a condução do processo, que as sugestões, dos atores participantes da revisão, ainda seriam avaliadas pela SVS.

[...] Ampliam alguns atores para envolver no processo mas a lógica é de pautar a minha (SVS) necessidade enquanto coordenação. [...] A perspectiva de intersectorialidade e intrasectorialidade ainda é muito a demanda daquela área e ver o que os outros podem contribuir comigo. Então, tem pouca abertura para a apropriação da política por outras áreas. [...] As pessoas do Ministério da Saúde faziam questão de deixar claro e exigiam que o GT PSDS deixasse bastante claro que as pessoas estavam participando de um processo que ia ser uma sugestão, uma proposta, mas que depois iria passar pelas instâncias dentro do MS que fariam ajustes e notificações que considerassem necessárias para poder lançar a política. Entrevistado 06

Essa restrição apontou para outra contradição nesse processo: como fazer um processo participativo e democrático, permeado pela limitação? Como construir algo de caráter público, despertado pelo interesse coletivo, se o que iria legitimar seria o interesse da gestão? A dificuldade em trabalhar com a intersectorialidade e com construções coletivas demonstraram o quão difícil era compreender a perspectiva pública dentro do modelo da gestão.

Deve-se reconhecer que a decisão pela ampliação democrática foi produto da pressão da agenda ‘oculta’, contudo o contexto pelo qual demarcou essa decisão projetava a possibilidade de outros conflitos ainda durante esse processo. Para Secchi (2014), a definição das alternativas representavam a escolha dos conflitos, por isso era considerada um ‘instrumento supremo de poder’.

Os novos arranjos metodológicos de construções coletivas, descritos nas próximas categorias, representaram a primeira vitória do mundo cívico na construção de uma política pública. Todavia, ainda existia a dúvida se ocorreria a atualização ou reformulação da mesma, ou seja, se o problema a ser enfrentado seria o problema público ou oculto de interesse público.

9.3.3 PLANEJAMENTO DA METODOLOGIA

No transcorrer desse tópico será possível compreender que o modelo de decisão direcionado no planejamento metodológico para revisão da PNPS, pelos especialistas

vinculados ao GT de PSDS, apresentou características em torno do modelo de decisão *mixed scan*, que consistia em decisões mais incrementais e outras racionais (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2014).

9.3.3.1 Categoria: *Múltiplos movimentos no enfrentamento da agenda 'oculta'*

Partindo da decisão por processos participativos, a primeira estratégia, conforme descreveu os entrevistados, para ampliar o processo de construção da revisão da política, foi acrescentar a realização de oficinas regionais, com a finalidade de debater sobre os objetivos, diretrizes, valores, princípios da PNPS. Essa proposta reforçou a importância de captar a diversidade do país sob o olhar de quem estava, na prática, operacionalizando essa Política. A inserção de novas vozes na construção de uma política, demonstrou que o diálogo não deveria ocorrer só dentro do setor saúde, mas também para fora dele (ROCHA *et al.*, 2013).

Além disso, essa estratégia se apresentou com o objetivo de fortalecer a PS no Brasil e, conseqüentemente, fomentar uma rede de colaboradores em torno disso. Para tanto, ela propôs a utilização de uma técnica projetiva, com narrativa escrita, no compromisso dos participantes com a PS em seu *locus* social. Isso seria registrado em cartões postais das regiões onde ocorreriam as Oficinas (ROCHA *et al.*, 2013).

Entretanto, a limitação de recursos para a condução do processo, juntamente com a resistência a ampliar a escuta e as críticas a representatividade das oficinas, exigiu de atores do GT PSDS a necessidade de elaborar e planejar uma metodologia possível para esse contexto, no contraponto as ameaças a sua existência.

[...] As oficinas regionais foram ameaçadas várias vezes. A gente ouviu: “as oficinas não são representativas, para que ficar fazendo oficinas? [...] Não vai fazer as oficinas porque não tinha recurso. (Então,) como fazer as oficinas sem recurso, para garantir que pelo menos as pessoas tivessem a oportunidade de falar? A gente sabia que essas falas seriam importantes para pautar muitas coisas da política, que não podiam, na nossa perspectiva, continuar sendo como estava. Entrevistado 06

Segundo os entrevistados, para se reduzir os gastos, em torno das oficinas, foi proposto que elas seriam facilitadas por atores locais, geralmente vinculados às universidades, sendo inclusive, os responsáveis pela mobilização dos atores para sua participação.

[...] Cada regional existiam líderes que eram identificados. Normalmente, eram pessoas da universidade que tinham algum tipo de iniciação na comunidade, (responsáveis) em identificar atores-chaves e chamar a comunidade. Entrevistado 13

Aos facilitadores das oficinas caberia estimular a fala de todos, favorecendo o diálogo entre a política, teoria e prática, em momentos de trabalho individual, em grupo ou em plenária. E, para garantir o alinhamento conceitual e metodológico deste processo, em cada Oficina

haveria a participação de representantes do GT e da Opas que realizariam um pré-encontro, com os facilitadores, antes de aplicar a Metodologia (ROCHA *et al.*, 2013).

Outra estratégia, apontada pelos entrevistados, foi aproveitar o calendário de eventos da região para realização das oficinas, por apresentarem a logística necessária para sua realização. Entretanto, de acordo com a ata de reunião do Comitê Gestor da PNPS, foram registrados problemas em torno do calendário das oficinas, seja pela alteração da data da oficina, como na região Norte, ou pela inexistência de evento, como na região Sul. Por isso, sugeriu-se a possibilidade de fazê-las durante o evento da Mostra de Saúde da Família, em Brasília, na qual também estaria prevista a Oficina da região Centro-Oeste (COMITÊ GESTOR DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2013c). Para os entrevistados, a tensão para manter a oficina na região norte foi considerável, mas reforçaram que prevaleceu a ótica da equidade na decisão pela sua realização.

[...] Fazer a oficina do sul aqui na Mostra da atenção básica para manter a oficina da região norte, você não tem ideia. Eu falava: gente não abre mão! quem da coordenação de PS já foi na região norte? Já ouviu os problemas da região norte. [Ator citado]⁶⁷ foi para região norte? Pessoal não vai na região norte, não dá ibope, região excluída: não tem universidade com capes sete, não tem prefeito ou experiências inovadoras na perspectiva da lente delas. Entrevistado 08

A necessidade de incluir outros atores no processo de revisão, despertou, de acordo com os entrevistados, a proposição pelo delphi. Esse método de pesquisa, baseado na consulta pública, utilizaria do consenso como estratégia na produção do conhecimento (COMITÊ GESTOR DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2013b). A sua dinâmica metodológica consistiria na consulta, à distância, a um grupo de especialistas que não teriam comunicação face a face entre si, sobre um determinado assunto através de um questionário, que seria repassado continuadas vezes. É notório destacar que isso seria realizado de modo que pudessem reconsiderar suas respostas, com o auxílio da informação recebida dos demais especialistas, até se obter uma convergência das respostas, que representasse uma consolidação da opinião do grupo (WESTPHAL, 2014).

Portanto, surgiu como proposta a realização de um delphi intersetorial, intrassetorial e universidade – grupos de pesquisa vinculados à PS - aprovado em reuniões do Comitê Gestor da PNPS. Os critérios de inclusão para os grupos de pesquisadores das instituições de nível superior foram: ser coordenador do grupo; ser ligado a instituições brasileiras em dezembro de 2013; ter a PS como objeto principal de estudo do grupo de pesquisa; ter o grupo de pesquisa atualizado nos últimos 12 meses e certificado. Para o grupo intrassetorial, ser representante de

⁶⁷ O ator citado era vinculado à Secretária de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde.

setores do Ministério da Saúde relacionados à PS: do Comitê Gestor da PNPS, do CONASS, do CONASEMS, mesa Diretora do Conselho Nacional de Saúde; como também ser designado pela equipe da SVS (WESTPHAL, 2014).

[...] A nossa primeira aposta era fazer as oficinas. Originalmente, eram só as oficinas, mas como é que ouve o ministério? Se vai ouvir o ministério da saúde tem que ouvir os outros, nós estamos falando de SeTP. Aí foi criando aquele leque: delphi intrasetorial, delphi intersetorial e formSUS. Entrevistado 08

[...] A gente conseguiu pautar os vários movimentos simultâneos: lembro que foi até em um fórum de avaliação do plano de crônicas. A gente teve uma reunião e decidiu o que poderia propor. Além das oficinas, vamos por o formSUS. Vai dar um resultado muito superficial, (por isso) vamos ver outros instrumentos. Surgiram a ideia de fazer o delphi: intrasetorial, com as universidades para também chamá-las para discussão e o intersetorial para gente ouvir os outros setores. Entrevistado 06

Além disso, os entrevistados comentaram que foi acrescentado, a proposta do formSUS, questões de ordem qualitativas para ampliar a expressão da opinião e sugestão dos participantes. Essas questões foram limitadas por 80 caracteres, sendo vinculadas a alguma questão quantitativa (BRASIL, 2014b).

Para as questões quantitativas, os participantes foram orientados a responder sobre os objetivos específicos, diretrizes, ações específicas e eixos operacionais, escolhendo entre as seguintes alternativas: (1) Essencial – tem que ser incluído, obrigatoriamente; (2) Muito importante – seria bom incluir; (3) Considero um tópico interessante, mas se tiver que cortar alguma coisa, esse poderia ser excluído; (4) Não incluiria nessa política, mas pensaria em outras políticas sobre o tema; (5) Discordo – não vejo a menor necessidade de incluir esse tópico (BRASIL, 2014b).

Foram convidados a responder o formSUS os representantes vinculados às seguintes instâncias: diretores e secretários do ministério da saúde; Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS) das capitais; Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); mesas diretivas do Conselho Nacional de Saúde, conselhos municipais (CMS) e estaduais de saúde (CES); Comissões Intergestores Regionais (CIR) (BRASIL, 2014b).

De acordo com os entrevistados, a proposta metodológica também inseriu oficinas de sistematização para a construção de consensos na formulação da PNPS revisada. Para isso, sistematizaram três (03) encontros, os quais teriam caráter de síntese e avaliação processual, destinados a preencher e analisar uma ‘matriz analítica’ com fins de identificar os pontos de manutenção, alteração e inovação da PNPS. Os eixos de sistematização dessa matriz foram construídos de forma pactuada entre a coordenação da PNPS no Ministério da Saúde e os representantes do GT de PSDS da Abrasco (ROCHA *et al.*, 2013).

[...] E a metodologia que foi apresentada foi a dos especialistas: “vamos trabalhar com grupos, com a aplicação de questionários, vamos fazer questionário para os gestores do Ministério da Saúde, (porque) a gente precisa ter o entendimento do que eles tão falando de PS, não só vocês da SVS. Vamos fazer também para as pessoas do Governo Federal e de outros Ministérios para a gente também pegar esse olhar intersetorial. É vamos fazer questionários para os conselheiros, mas vamos trabalhar a regionalidade.” Entrevistado 12

Para finalizar o processo de revisão, foi proposto a realização do Seminário Nacional de Revisão da PNPS, com a intencionalidade de realizar um feedback do processo aos atores envolvidos. Isso seria despertado a partir da apresentação da proposta de revisão para PNPS, decorrente dos múltiplos movimentos detalhados.

A partir da análise dos documentos em torno da proposta metodológica, observou-se que existia uma estimativa de 40 pessoas por oficina regional, as quais seguiriam como orientação a destinação de no máximo 25% para representantes dos estados e municípios da região; e docentes e pesquisadores da área. Essa limitação surgiu como estratégia para priorizar, no processo, os conselheiros de saúde, representantes de lideranças de movimentos sociais e parceiros intersetoriais (ROCHA *et al.*, 2013).

Apoiado nessa estimativa, identificou-se que a perspectiva de abrangência da participação dos atores, através dos cinco encontros regionais, seria em torno de 200 pessoas. Ademais, somou-se a esse o cálculo de 20 pessoas em cada encontro de síntese e avaliação, totalizando cerca de 60 participantes. Essa problematização organizacional demonstrou a preocupação em fomentar uma metodologia coerente com os princípios da PS, justificando a sua ênfase na natureza participativa e regional do processo (ROCHA *et al.*, 2013).

Pôde-se afirmar, a partir do que foi detalhado, que a proposta metodológica desenhada por atores do GT de PSDS enfatizou entre seus objetivos o interesse em ampliar a densidade democrática do processo de construção de uma política pública. Todavia, percebeu-se também que os entraves organizacionais listados nessa categoria, pressionaram para que fosse feita uma adaptação dessa proposta, o que exigiu criatividade e defesa na manutenção do objetivo destacado.

Por isso, entendeu-se que essa proposição metodológica baseou-se tanto no método incremental quanto racional, considerando que houve o planejamento de estratégias racionais para enfrentar, não apenas os problemas da agenda explícita, mas também os da agenda oculta. Além do mais, tornou-se também incremental por sistematizar suas ações diante do possível para o contexto político vivenciado.

Outro ponto percebido nesse processo de análise, referiu-se ao fato da proposta de sistematização da metodologia para revisão não sintonizar com as restrições estabelecidas pela SVS. Como exemplo, o direcionamento conferido através do objetivo da metodologia:

[...] Oportunizar que eles participem, deem um retorno do que funcionou, do que não funcionou, do que precisa ser ampliado e que elementos ainda precisa ser incluído e reconstruir esse processo numa base ampla e participativa (ROCHA *et al.*, 2013, p.3).

Da mesma forma, constatou-se também essa contradição na orientação conferida aos facilitadores das oficinas regionais, os quais deveriam analisar a PNPS como um todo, estimulando a criticidade oriunda das experiências dos atores com essa Política. Como exemplo de questionamentos indutores à condução do debate, identificou-se: “Do que está na Política hoje, o que permanece, modifica ou inova? Considerar diretrizes e suas ações para concretizá-la”. Como também, ao propor aos atores “selecionar os temas mais relevantes a serem priorizados na revisão da PNPS na percepção dos participantes” (ROCHA *et al.*, 2013, p.9). Vale salientar que essa condução foi possível se constatar durante a observação participante da oficina da região nordeste.

Os direcionamentos detalhados discutiam, diretamente, sobre as ‘intocáveis’ ações específicas da PNPS, conforme foi orientado pela SVS. Consequentemente, projetou-se para a arena política a possibilidade de conflitos, tendo em vista as contradições existentes entre os interesses da gestão e as orientações metodológicas para o processo de revisão. Ademais, ao propor refletir sobre a governabilidade do setor saúde em relação à PS, reforçou a tese de que essa proposta metodológica ultrapassaria a agenda ‘explícita’ de atualização da Política.

[...] Em um dos momentos da Oficina os participantes refletirão sobre a liderança do setor saúde na promoção da saúde, mas, também, alicerçado na posição do Brasil para a 8ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde, com a temática de “Saúde em Todas as Políticas”, deverão identificar o papel dos outros setores para a promoção da equidade mediante ações intersetoriais (ROCHA *et al.*, 2013, p.4).

9.3.3.2 Categoria: Validação metodológica com inserção do eixo temático

A preocupação com a viabilidade metodológica desencadeou a realização de uma oficina teste, em Recife, para validá-la. Essa estratégia surgiu com o objetivo de corrigir prováveis fragilidades teóricas e operacionais, vinculadas à proposta de revisão para PNPS (OFICINA DE REVISÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: TESTE DA METODOLOGIA, 2013, p.4).

Dentre os resultados apontados pelo relatório dessa oficina, pôde-se pontuar, primeiramente, a aprovação da estratégia de identificar os objetivos e diretrizes para a Política a partir das experiências de PS, apontadas pelos participantes. Ademais, seria a partir da

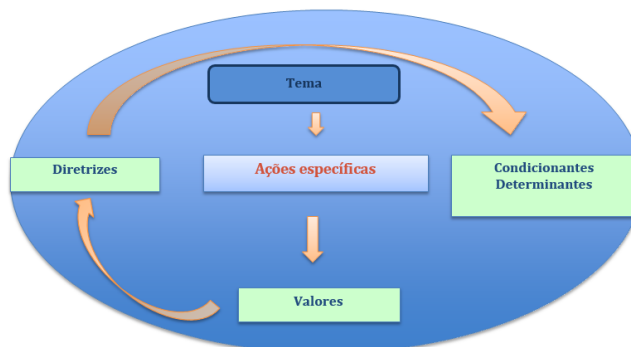
comparação das sugestões com o que existia na sua versão anterior, que identificaria a necessidade de adequação ou criação de novos direcionamentos (OFICINA DE REVISÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: TESTE DA METODOLOGIA, 2013).

Como recomendações destacou-se a orientação aos participantes convidados a lerem a PNPS antes das oficinas regionais, independente de existir na sua programação a apresentação da PNPS (marco referencial, objetivo geral, diretrizes e ações específicas) (OFICINA DE REVISÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: TESTE DA METODOLOGIA, 2013). Para isso, propuseram que esse material deveria ser enviado antes, sintonizando com a recomendação do CGPNPS, quanto à importância da identificação dos participantes, antes da realização das oficinas (COMITÊ GESTOR DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2013c).

Além disso, reconheceram também que “talvez seja importante realizar antes da apresentação da ‘Proposta de revisão da PNPS - marcos referenciais’, uma atividade para conhecer a percepção predominante que os participantes da oficina têm sobre PS e promover uma reflexão sobre o tema”. Dessa forma, essa atividade teria a finalidade de realizar um alinhamento teórico, o qual colaboraria na qualidade do processo de revisão (OFICINA DE REVISÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: TESTE DA METODOLOGIA, 2013, p.6). Outra recomendação referiu-se a pactuar o conceito de valor, antes do debate sobre os princípios e valores da PS, com o intuito de superar as dificuldades de compreensão. Deve-se frisar que houve o reconhecimento que essa discussão foi considerada “uma atividade importante para o processo que facilitou o reforço conceitual sobre o que se faz de uma prática uma ação de PS” (OFICINA DE REVISÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: TESTE DA METODOLOGIA, 2013, p.4).

A condução das oficinas regionais, a partir do modelo de referência da Opas (baseado no seu modelo de avaliação de municípios saudáveis) foi considerado importante por facilitar a análise crítica da PNPS. Além disso, apareceu como sugestão a inserção do termo ‘tema’ nesse modelo, conforme detalha a figura 11, por reconhecerem a importância de trabalhá-lo antes de especificar as suas ações relacionadas. Como também, considerou-se que a votação deveria ser utilizada para priorização dos temas (OFICINA DE REVISÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: TESTE DA METODOLOGIA, 2013).

Figura 11 - Modelo de referência para desenvolvimento das oficinas regionais no processo de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde, com a inclusão do Temas



Modelo Avaliação – Guia de avaliação participativa Municípios Saudáveis – OPAS/OMS, 2005

Fonte: Oficina de Revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde: Teste da Metodologia (2013, p.4).

A inserção do ‘tema’, nesse modelo de referência, demonstrou o interesse em ampliar a compreensão das ações específicas para além do que estava descrito na PNPS. Com isso, abriu-se, mesmo que de forma indireta, a possibilidade de se questionar as suas prioridades, a partir do processo de priorização dos temas, despertados pelas ações de PS desenvolvidas pelos atores participantes.

Outro ponto sugerido referiu-se ao reconhecimento da impossibilidade de realizar a oficina em apenas um dia, por isso a sugestão da necessidade de dois dias para a conclusão dos objetivos metodológicos. Isso se justificou por não se conseguir realizar a metodologia completa, faltando, por exemplo, o debate sobre o item governabilidade do setor saúde e seu papel indutor, cujo objetivo consistia em “conhecer e incluir estratégias na PNPS que garantissem articulações intersetoriais específicas para efetivação das ações” (OFICINA DE REVISÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: TESTE DA METODOLOGIA, 2013, p.5).

Por fim, constatou-se que a estratégia para construção da rede de compromisso, entre os participantes, foi aprovada. Como também, demonstrou que é possível a participação ampliada nas oficinas, ressaltando a importância do convite e articulação com os atores envolvidos com a PS na região. Como estratégia de mobilização, foi proposto “construir espaço na web para divulgação do processo de revisão da PNPS, disponibilização de material de apoio e organização de rede social envolvendo participantes do processo para reforçar pertencimento e compromissos” (OFICINA DE REVISÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: TESTE DA METODOLOGIA, 2013, p.6).

9.3.3.3 Categoria: Eixos operacionais pressionando a hegemonia das ações específicas

Apesar da pouca força argumentativa dessa categoria, sua problematização contextualiza a inserção da proposta por eixos operacionais na metodologia para a revisão da PNPS. Segundo relatos de um entrevistado, essa necessidade surgiu diante de uma situação vivenciada no desenvolvimento da oficina teste, que expôs para a arena as limitações da SVS ao processo de revisão. A restrita prioridade em torno da atividade física, deliberada pelos atores participantes da oficina, não foi aceita pela representação da SVS na arena, o que ocasionou uma situação de desconforto, conforme relatou o entrevistado. Essa situação demonstrou que a tomada de decisão pela revisão da PNPS estabeleceu-se, mas condicionada a limites, como por exemplo, a manutenção das ações específicas realizadas pela Política.

[...] Quando a gente foi fazer o teste da revisão da política em Recife, não consegui continuar com a metodologia porque [ator citado]⁶⁸ interrompeu. (No momento) que a gente estava fazendo aquela parte de priorização dos temas da metodologia, que se discute o contexto regional e sua importância para o contexto, fez a chuva de ideias e colocou os temas [...] para votação. Então, eles tinham votado (quando) [ator citado]⁶⁸ chegou, sem ter participado de nenhuma discussão, e falou: “não, é um absurdo, isso aqui tá errado. [...] Atividade física tem que vir aqui para cima”. Entrevistado 06

A postura detalhada desse ator da gestão da SVS destoou dos objetivos preconizados para o processo de revisão da PNPS, como a liberdade de ideias, a participação e a construção democrática. De acordo com as entrevistas, essa atitude demonstrou falta de sensibilidade com esse processo, expondo a necessidade de estratégias para contrabalancear essa fragilidade.

[...] a gente tinha feito todo um processo de construção e discussão para as pessoas que estavam ali (terem) liberdade de colocar seus pontos de vista. Então, não teve a sensibilidade nem para dizer: “olha, vão ser vários movimentos, não é isso aqui o que vai ficar”. Entrevistado 06

Foi a partir disso que surgiu a proposta por eixos operacionais, detalhou o entrevistado, como estratégias para contrapor a hegemonia das ações específicas no direcionamento da PNPS:

[...] Quando aconteceu esse problema na oficina teste, a gente tinha que fazer alguma coisa. [...] Eu conversei com uma pessoa era muito ligada [ator citado]⁶⁹, que é da (CGAN), que também estava discutindo essa revisão da política, falei: conversa com [ator citado]⁶⁹ para saber que estratégia a gente pode fazer para conseguir ampliar essa perspectiva do trabalho da ação, da prática. Ela propôs os eixos operacionais e fez uma conversa com [ator citado]⁷⁰ que comprou a ideia na hora. [...] Isso foi logo depois da oficina teste. Ela já tinha a ideia de fazer o balanço da política, e o fez olhando os eixos operacionais. Ela comprou a ideia dos eixos operacionais e a gente encaixou os modelos operacionais para poder ampliar o escopo (da Política). Entrevistado 06

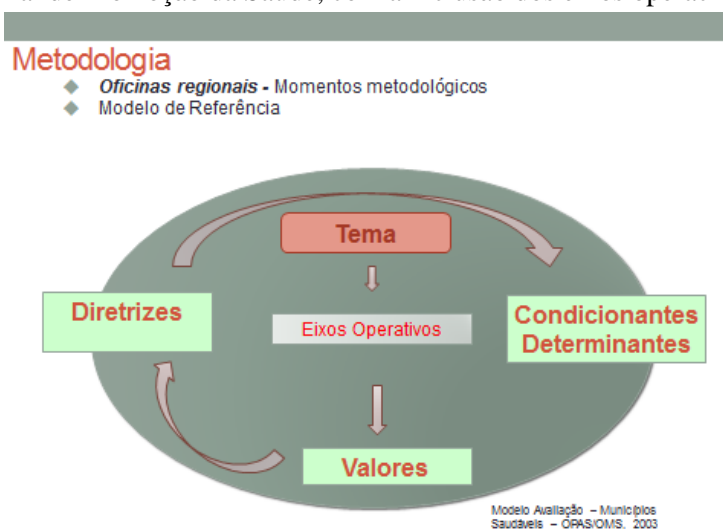
⁶⁸ O ator citado era vinculado à Secretária de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde.

⁶⁹ O ator citado era vinculado à Secretária de Atenção em Saúde – Ministério da Saúde.

⁷⁰ O ator citado era vinculado à Secretária de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde.

Posteriormente, essa demanda foi levada para a reunião do CGPNPS, a qual aprovou eixos que deveriam ser inseridos para validação nos múltiplos movimentos estabelecidos para revisão (COMITÊ GESTOR DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2013b). A partir dessa nova demanda, o modelo de referência para sistematização das oficinas regionais passou a se conduzir conforme detalha abaixo.

Figura 12 - Modelo de referência para desenvolvimento das oficinas regionais no processo de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde, com a inclusão dos eixos operacionais.



Fonte: BRASIL *et al* (2014c, p.3).

O problematização abordada por essa categoria possibilitou inferir que houve imaturidade da gestão em lidar com processos de caráter democrático e participativo. Ademais, expôs para a arena política, como principal entrave a ser enfrentado por esse processo, a dificuldade de aceitar demandas, pela gestão da SVS, que proporcionem alterações nas ações específicas da Política. Em contrapartida, a inserção de eixos operacionais, no modelo de referência condutor das oficinas, demonstrou que a pauta da agenda ‘oculta’ ganhou espaço na formulação da metodologia.

9.3.4 VIABILIDADE

Diante da proposta de múltiplos movimentos em torno da revisão, surgiram elementos, nos discursos dos entrevistados, que apontaram para o debate em torno da viabilidade. Portanto, refletir sobre essas questões possibilitou projetar o alcance da metodologia proposta, como também as prováveis arenas de conflito. Vale salientar, de acordo com os entrevistados, que a

abertura e a condução do processo se estabeleceram, independente de questões partidárias, o que reforçou o caráter plural desse processo.

[...] Nunca foi nada partidário. Sempre foi um processo aberto. [...] Manter a mente aberta para revisão ou para as crítica. Entrevistado 11

[...] Tem gente no grupo de todos os partidos, não tem uma vinculação partidária. Isso você não vai identificar. Entrevistado 08

9.3.4.1 Categoria: *Financiamento insuficiente para projetos participativos*

Segundo os entrevistados, o planejamento dos recursos para serem investidos no processo de revisão tinha procedência do Ministério da Saúde e da Opas, sendo que os recursos desse último foram administrados pela Abrasco. Vale salientar, ressaltaram os entrevistados, que foi devido aos recursos das Opas que possibilitaram a realização das oficinas regionais.

Entretanto, a insuficiência de recursos ainda foi algo evidente, nos discursos dos entrevistados, interferindo diretamente no planejamento da metodologia, por não possibilitar tornar o processo mais participativo como se pretendia. Diante desse contexto, apareceram também, nas entrevistas, críticas à SVS, devido ao pouco recurso investido na proposta da revisão da PNPS, em detrimento do que foi destinado para a avaliação do programa academia da cidade.

[...] Saiu o termo de ajuste e conduta - termos de cooperação e financiamento das oficinas pela Abrasco via Opas, porque [ator citado]⁷¹ lembrou que tinha um recurso que podia ser usado para seminários e eventos que poderia subsidiar as oficinas. Então, nós começamos com isso. Entrevistado 08

[...] Tinha recurso, tinha recurso, tinha duzentos e cinquenta mil, duzentos e sessenta mil para fazer as oficinas, para fazer a publicação, para fazer as coisas. Então, (ter) recurso, dedicado a isso, é importante. A Abrasco ajudou bastante, pelo fato de administrar isso. E culmina com uma publicação. Entrevistado 07

[...] A gente via milhões sendo colocados em uma universidade no Rio Grande do Sul, para um pesquisador do Rio Grande do Sul desenvolver uma pesquisa de avaliação do academia da saúde. A gente estava construindo uma política, não estava avaliando um programa. Então, assim, os recursos que foram colocados ali foram mínimos. Entrevistado 06

A problemática detalhada em torno do financiamento, contextualiza um dos principais itens destinados a avaliar a viabilidade da implementação de um projeto. Não foi possível identificar o tamanho dos recursos que seriam destinados pela SVS, a partir da tomada de decisão pela revisão da PNPS. Em contrapartida, a insuficiência de recursos abordados por essa categoria, diante da aprovação de uma proposta metodológica que direcionava uma ampla

⁷¹ O ator citado era vinculado à Organização Pan-americana de Saúde (OPAS).

participação na construção de uma política pública, possibilitou reforçar a contraditória prioridade da PS dentro dessa secretaria.

9.3.4.2 Categoria: *Improvável revolução da PNPS na SVS*

A dinâmica de como se estabeleceu a distribuição de responsabilidades em torno do processo da revisão dentro da SVS, possibilitou aos entrevistados questionarem a real prioridade dessa secretaria para com esse processo.

[...] Então assim, a área técnica era [ator citado]⁷² e [ator citado]⁷³, as outras meninas não conseguiam ajudar. Então, ficou muito sobrecarregado (para elas). [...] É um bastidor que mostra - não sei se é por não ser uma prioridade ou por não ter tanto pessoal – que não havia uma direção da direção. Entrevistado 13

De fato, deve-se reconhecer que o contexto no qual o processo se estabeleceu, havia o envolvimento direto da SVS com atividades vinculadas à Copa do Mundo, que interferiu na logística das atividades da secretaria. Além disso, também ocorria um processo de eleição no país que suscitava outras demandas administrativas. No entanto, o reconhecimento, mesmo com pouca força argumentativa, da ausência de uma direção, de um planejamento, em torno dessa pauta, possibilitou a discussão sobre o *locus* da PNPS na arena política.

Segundo os entrevistados, havia o sentimento de que não seria possível uma revolução na PNPS, tendo em vista a sua localização na SVS. Por isso, a condução do processo pelo GT de PSDS, conforme apontaram os entrevistados, se estabeleceu pela política do possível para aquele momento.

[...] Em muitos momentos a gente queria fazer essa revolução, mas esses momentos de encontro foram importantes para gente conseguir centrar e dizer: qual é o nosso possível, hoje? Entrevistado 06

[...] Ela (PNPS) não pode ir pra além do lugar institucional que está ocupando e acho que é o que aconteceu com a revisão. Entrevistado 16

[...] Com essa institucionalidade vigilância e sob a coordenação dos seres que estavam, sempre trabalhei que nós não íamos fazer a revolução. [...] Nós não estávamos na casa civil. Não imaginava uma revolução. Entrevistado 08

Diante do reconhecimento da improvável revolução da PNPS dentro da SVS, surgiu, como contraponto, a estratégia de inseri-la dentro da Casa Civil, conforme registraram alguns entrevistados. No entanto, não se observou proposições de enfrentamentos em torno dessa pauta, por nenhum ator social na arena política. Por isso, considerou-se importante compreender

⁷² O ator citado era vinculado à Secretária de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde.

⁷³ O ator citado era vinculado à Secretária de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde.

as ‘entrelinhas’ dos acordos e desacordos, despertados durante o processo de sistematização, para entender os interesses existentes na formulação de uma Política possível.

9.4. SISTEMATIZAÇÃO DA PNPS: ACORDOS E DESACORDOS

É característico do ser humano, diante de uma situação de injustiça, defender seus interesses com base nos seus valores de referência. O silêncio é revertido em argumentos, cujas atitudes projetam a necessidade por acordos. É a partir desse imperativo que Boltanski e Thévenot (1999), através da Teoria da Justificação, investigaram o modo como os atores sociais justificam suas ações, destacando disputas, desacordos, controvérsias e acordos que podem surgir em situações de interação entre as pessoas com relação ao que se considera como o ‘bem comum’ (MARTINS; AMARAL, 2009).

A partir dos múltiplos movimentos, descritos no tópico ‘Formulação da Metodologia’, gerenciados para o processo de revisão, foi colocado em discussão os olhares sobre o que seria o ‘bem comum’ para uma Política de PS. Boltanski e Thévenot (1999) esclarecem que não há uma compreensão homogênea sobre o ‘bem-comum’, por isso a dificuldade e necessidade pela definição do princípio de equivalência para a construção de um acordo.

Nesse momento do processo de revisão, a arena política era composta pelo GT de PSDS, a Opas e a SVS, os quais deveriam chegar a acordos, a partir das demandas evidenciadas pelos atores participantes da revisão, em torno do que se deveria constar como produto para a Política revisada. Nessa ocasião, a agenda ‘explícita’, contextualizada pela atualização da Política, e a agenda ‘oculta’, problematizadora de uma reformulação da PNPS, foram colocadas de frente, na sistematização de seus interesses.

Portanto, esse tópico utilizou-se dessa teoria com a finalidade de compreender os momentos críticos identificados nesse processo de sistematização da PNPS, detalhando as situações de disputas e o processo em torno da construção dos acordos.

9.4.1 Momento crítico

9.4.1.1 Categoria: Impossibilidade de retirar as ações específicas da PNPS

Segundo os entrevistados, a impossibilidade de retirar as ações prioritárias da PNPS, por decisão da SVS, representou a questão principal em torno da caracterização desse momento crítico. A força argumentativa dessa categoria conduziu a ótica da análise dos acordos, mesmo

reconhecendo que outros momentos críticos surgiram em torno desse conflito. Isso pôde ser reafirmado em diálogos durante a observação participante das oficinas de sistematização, cujos questionamentos, rotineiramente, perpassaram em torno da retirada ou manutenção dessas ações específicas.

Para Boltanski e Thévenot (1999), esse momento se estabelece quando existe o reconhecimento pelo sujeito de que há algo errado, reconhecendo uma dupla significação na situação, o que impossibilita conviver com isso. E ao transpor essa problematização ao contexto de revisão dessa Política, observou-se que a indução de um processo de revisão por base em valores que estimulassem a abertura para participação, a preocupação com as necessidades do coletivo e, sobretudo, permeadas por estratégias metodológicas que valorizassem as decisões compartilhadas possibilitariam reconhecer que seus acordos deveriam se firmar na arena democrática. De acordo com Boltanski e Thévenot, esses valores estão localizados no mundo cívico, cujas ordens de grandeza são fundamentadas nas noções de equidade, vontade geral, interesse da coletividade e nos princípios da cidadania (ordem cívica) (AMARAL; MARTINS, 2009; BOLTANSKI; THÉVENOT, 1999).

Por isso, decisões verticalizadas que desconsiderem a decisão do coletivo, são consideradas incoerentes e injustas dentro da arena democrática. E foi devido a essa incompatibilidade de argumentos na decisão pela impossibilidade de retirar as ações específicas que desencadeou o surgimento de conflitos entre os principais condutores do processo de revisão, o GT de PSDS e a Opas, de um lado, e a SVS, do outro. Ademais, a identificação desse momento crítico apontou para a necessidade de acordos.

[...] O momento mais conflituoso tenha sido, exatamente, essa discussão com o grupo do ministério da saúde para garantia de que não houvesse temas específicos apontados pela política. [...] Eu acho que isso tenha sido o embate político mais evidente. Entrevistado 05

[...] Não foi uma tensão de foice, mas teve sim. [...] O processo de sistematização foi interno, foi entre as pessoas, diretamente, envolvidas. E foi nesse processo que a SVS defendeu os temas prioritários. Entrevistado 12

Vale salientar que esse incômodo materializou-se durante o processo de consolidação dos resultados, emergidos dos múltiplos movimentos da revisão, com fins a construção da ‘nova’ PNPS. Todavia, deve-se lembrar de que desde o reconhecimento da existência de uma agenda ‘oculta’, por trás da entrada da revisão na agenda política, que o incômodo com as ações específicas da PNPS já existiam.

Por isso, apareceu nas entrevistas que o silêncio do GT nesse primeiro momento, diante dos indícios da intencionalidade da SVS em não alterar a agenda, se apresentou de forma estratégica. Partindo desse pressuposto, os entrevistados justificaram que enfrentamentos na

entrada da revisão na agenda ou no início da formulação metodológica do processo, poderiam desencadear decisões desde o engavetamento da proposta de revisão, como ocorrido em 2010, ou até mesmo a retirada do GT do processo de consolidação dos resultados.

[...] Se tivesse esse conflito no começo do processo ou no meio, a gente não tinha finalizado a revisão. Só finalizou porque foi no final do processo. Entrevistado 13

[...] Toda hora a gente não sabia se iria ou não fechar esse processo. Não foi um processo ascendente e pacífico. Foi muito desgastante. Entrevistado 08

Logo, o envolvimento participativo na construção da revisão da PNPS possibilitou a crítica, representada pelos interesses da agenda oculta, o respaldo da força argumentativa dos múltiplos movimentos. Nesse momento, a crítica não restringiu-se apenas ao GT, tendo em vista a indicação dos múltiplos movimentos pela retirada das ações específicas da Política. Com isso, o ‘silêncio’ converteu-se em ‘denúncia’, expondo a injustiça na decisão vertical da SVS para a arena política. E, diante desse contexto, dispensar os argumentos do GT, não parecia algo tão simples como em outros momentos.

Outro aspecto que foi observado na construção desse momento crítico, referiu-se à restrição da publicização dessa injustiça na arena limitada aos atores da sistematização. Isso alertou a possibilidade da influência de outros mundos da justificação no seu processo de resolução, pois se a arena condutora era o mundo cívico, porque essa injustiça se limitou apenas aos atores restritos à sua sistematização?

Além disso, a tentativa de atores em diminuir a dimensão da tensão conferida através da proposição dessa categoria, como por exemplo, ao dizer que “não foi uma tensão de foice”, possibilitou-se fazer duas leituras: a) a possibilidade de relativizar a decisão vertical exposta por esse momento crítico; b) a intensidade do enfrentamento a essa pauta que, mesmo com o envolvimento de outros atores no processo, demonstrou não haver um grau avançado de mobilização diante desse enfrentamento, restringindo a sua atuação ao GT. Com isso, favoreceu a expressão do poder da SVS na tomada de decisão.

Enfim, reconhece-se que o surgimento desse momento crítico, segundo Boltanski e Thévenot (1999), é característico da vida social, sendo em sua reflexividade o caminho para argumentação ou performance crítica do ator social no mundo exterior. E, ao analisá-lo, conferirá maior materialidade às ‘entrelinhas’ da revisão da PNPS na formulação do seu produto final.

9.4.2 SITUAÇÃO DE DISPUTA

A situação de disputa estabelecida, durante a constatação de um momento crítico, exigiu dos atores um imperativo de justificação, fosse para dar suporte às suas críticas, ou para justificar suas ações com intuito de defender sua causa. Essa é uma primeira característica no processo de disputa em uma sociedade complexa (BOLTANSKI; THÉVENOT, 1999).

Apesar do relato de um entrevistado de que a arena não estava monolítica, ou seja, não limitava suas mediações e disputas na relação entre a SVS/MS versus GT de PSDS, deu-se maior destaque a essa disputa devido à sua força argumentativa nos discursos dos entrevistados.

[...] Os blocos não estavam muito monolíticos, ministério versus o GT. Então, tinha mediações de todos os lados, não só eu exerci mediações, tinha pessoas também exercendo mediações. Entrevistado 07

Nessa disputa, foi o GT que assumiu a responsabilidade de pressionar a gestão da SVS, por acordos coerentes com os interesses propostos pelos múltiplos movimentos do processo de revisão. Todavia, deve-se considerar que apesar dessa temática ser do interesse de um coletivo maior, suas pactuações ficaram sob a responsabilidade dos grupos de condução do processo de revisão.

[...] O GT de PS da Abrasco assume esse papel de mediação entre essa agenda mais (restrita) e a ampliação da discussão e de implementação da política. Entrevistado 06

[...] Eu acho que esse foi de alguma forma um conflito que estava instalado pelo grupo de condução da academia e pelo grupo de condução do governo. Entrevistado 10

Diante da impossibilidade de retirada das ações prioritárias, observou-se a utilização de vários princípios de equivalência para se estabelecer a construção dos acordos. Sem os mesmos, seria impossível possibilitar a aproximação entre os seres envolvidos na disputa. É através desses princípios que se permite estabelecer uma determinada ordem na dinâmica da justificação (BOLTANSKI, 2001).

O GT de PSDS utilizou-se da ‘grandeza cívica na pressão por coerência na política pública’, estabelecendo seu princípio de equivalência no mundo cívico. Em contrapartida a SVS defendeu ‘a racionalidade da grandeza industrial na defesa por limites’ na política, justificando seus argumentos em torno da governança.

No entanto, outras grandezas foram constatadas na análise dessa disputa estabelecida entre esses dois atores pela defesa dos seus argumentos, como a presença do mundo mercantil e do mundo doméstico abordados nas categorias: ‘o mundo mercantil constringendo o mundo cívico’ e a ‘predominância do mundo doméstico na construção dos acordos’. A seguir, detalhar-se-ão as categorias envolvidas nessa disputa.

9.4.2.1 Categoria: A grandeza cívica na pressão por coerência na política pública

A crítica do GT, quanto à decisão da impossibilidade de retirada das ações específicas da PNPS, se fundamentou, primeiramente, na incoerência entre a proposição por uma revisão participativa da qual emanaria as suas mudanças e as decisões nas ‘entrelinhas’ que limitavam a sua construção.

[...] Uns acham assim: “Poxa, você vai limitar!?” Porque a ideia é maior. Então, você vem pra colocar limite. Entrevistado 14

Essa situação desencadeou um sentimento de injustiça diante da impossibilidade de avançar no conhecimento sobre a PS, conforme apontaram os resultados dos múltiplos movimentos da revisão. Segundo os entrevistados, esses movimentos consideraram que a permanência das ações específicas reforçaria a dificuldade de compreender a PS, pois restringiria sua ação a uma perspectiva comportamentalista. E conseqüentemente, distanciaria a PS do território. Ademais, acrescentaram também nessa defesa, que a existência de uma agenda não ampliaria a ação da PS, conforme defendido pela gestão da SVS, pois a mobilização da PNPS em torno das ações específicas reduziria sua implementação. Conseqüentemente, os entrevistados argumentaram que isso ocasionaria uma prisão ao gestor por limitar a proposição de suas ações. Por isso, a crítica base às ações específicas norteou-se pela necessidade de respeitar a autonomia local dos municípios.

[...] Eu acho que aquela questão de não defender uma agenda fechada e deixar que cada local tivesse a sua singularidade reconhecida. Entrevistado 08

[...] A PS no, vamos dizer assim, no éter comunicar, comunicar, comunicar, comunicar para todo mundo, para o mundo inteiro e o outro é olhar para o território, onde as pessoas vivem e trabalham. Então, talvez a lógica comunicacional é uma lógica desterritorializada. É uma lógica virtual, uma lógica pra atingir todo o mundo, uma lógica midiática, enquanto a outra disputa a PS no território, no chão onde as pessoas vivem. Entrevistado 07

A descrição dessas críticas, para contrapor a permanência das ações específicas, foi reforçada durante a observação participante das oficinas de sistematização. Entre os argumentos evidenciados, destacou-se o reconhecimento de que a maioria dos gestores tem uma compreensão reduzida sobre a PS. E, por isso, o entendimento que a continuidade da comunicação da PS, de forma reducionista, reforçaria essa problemática na construção do seu conhecimento prático. Ademais, constatou-se que, a indução de prioridades destoantes das necessidades do território, colocaria a PNPS em uma roda de interesse, que poderia não interessar às necessidades do município.

Através das críticas apresentadas pelo GT de PSDS, pôde-se compreender que bem comum para a PNPS representava a possibilidade de construção do saber da PS próximo ao desenvolvimento social, cujas necessidades deveriam emergir do território. E, conseqüentemente, que essa Política seria reflexo da força argumentativa das sugestões oriundas da análise do processo participativo em torno de sua revisão.

A partir desse referencial, identificaram-se, nas entrevistas, outras críticas por atores do GT, como em relação ao formSUS. Segundo os entrevistados, esse instrumento representou um checklist da Política antiga ao induzir, em suas perguntas, à aprovação da permanência de suas ações específicas. Por isso, a defesa dada por esses atores, de que não se deveria restringir a análise da efetividade da PNPS a esse instrumento de feedback. Partiu-se do pressuposto de que isso representaria uma estratégia simplória e reducionista em relação à amplitude dos interesses sociais em relação a essa temática.

A construção dessa crítica apoiou-se no resultado da aprovação das ações específicas pelo instrumento do formSUS. E, por entender também que isso reforçaria a problemática exposta pelo momento crítico, tendo em vista a opinião da SVS em não retirar as ações específicas da PNPS.

[...] Quem vai pautar alguma coisa nova? Isso aqui é um checklist da política antiga. Só reproduziu a lente das ações estratégicas que tinha que reproduzir da agenda da política de dois mil e seis. [Ator citado]⁷⁴ não abria mão (dessa agenda). Foi muito tenso o processo. Entrevistado 08

De acordo com a Teoria da Justificação, observa-se a predominância do mundo cívico na crítica exposta pelo GT, ao defender como valores de referência: a preocupação com a coletividade e a democracia do processo. Esses valores criticam a racionalidade do mundo industrial, detalhada na próxima categoria ao propor restringir a estratégia de aprovação da efetividade da PNPS a questões quantitativas. Além disso, também se constata nesse processo, a angústia coletiva diante da limitação na inspiração, criação e imaginação dos atores participantes, na proposição por novos direcionamentos para a PNPS. Nesse aspecto, observa-se o diálogo entre os valores de referência do mundo da inspiração com os do cívico (BOLTANSKI; THÉVENOT, 1999). No entanto, de acordo com a força argumentativa exposta por essa categoria, pode-se dizer que foi na grandeza cívica que o GT PSDS apontou seu princípio de equivalência na construção de acordos.

A justificação alicerçada no mundo cívico também foi referenciada por outros atores participantes do processo da revisão, como: de atores da própria gestão da SVS, que se

⁷⁴ O ator citado era vinculado à Secretária de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde.

colocaram contra a permanência da agenda; de atores de outras secretarias do Ministério da Saúde, como da SAS, que argumentaram que a presença da agenda não conferiria perenidade à Política; de instituições representativas do SUS, como o CNS, CONASS e CONASEMS, ao valorizar processos participativos na construção de políticas públicas e em problematizar a importância de pensar que concepção de Estado fomentar-se-ia diante da definição das ações específicas para a PNPS.

[...] [Ator citado]⁷⁵ que é, digamos, aliada. Ela também é gestora e defendia que a Política fosse mais perene. E a gente achava que o que não dava perenidade à política eram os temas prioritários porque, de novo, os temas podem mudar ao longo do tempo, podem mudar pra cada estado, podem mudar pra cada município. Entrevistado 07

[...] Qual é o estado brasileiro que a gente quer? (Esse questionamento está presente) na produção dessas prioridades, desses eixos estruturantes, da política. Entrevistado 03

No mundo cívico, “as pessoas são relevantes e dignas se percebidas como membros da soberania incorpórea”, que diz respeito exclusivamente ao interesse geral. E suas relações são dignas quando “envolvem ou mobilizam as pessoas para uma ação coletiva”(BOLTANSKI; THÉVENOT, 1999, p.18). Sendo assim, o foco desse mundo se estabelece na intenção da ação, quando sua ação individual se justifica no coletivo.

9.4.2.2 Categoria: A racionalidade do mundo industrial na defesa por limites

Do outro lado da disputa esteve a SVS, que não reconhecia a injustiça relatada pelo GT PSDS na definição do momento crítico. Segundo os entrevistados, os argumentos da SVS para a permanência das ações específicas expressavam como obrigação do executivo conduzir prioridades, tendo em vista que tudo em política acabaria sendo nada na prática.

Além disso, constatou-se também como argumento, que a delimitação de ações facilitaria a compreensão e divulgação da PS, tornando-a mais objetiva e, conseqüentemente, conferiria concretude na prática. Essa priorização ganhou relevância, de acordo com os entrevistados, por reconhecer à abrangência da PS na PNPS, retratada na indefinição do seu objeto de intervenção, diferentemente de outras políticas públicas.

Pode-se acrescentar a discussão, que essa justificativa também foi referendada pelo CONASS e CONASEMS, conforme identificou-se nas entrevistas, ao reconhecerem a importância da indução de ações prioritárias, com linhas de financiamento, para os municípios e estados.

⁷⁵ O ator citado era vinculado à Secretária de Atenção à Saúde – Ministério da Saúde.

[...] Os atores das universidades na perspectiva da ampliação do escopo da promoção, da ampliação teórica. O gestor do lado um pouco, tentando fechar para dizer: “Olha, vamos deixar mais objetivo.” Entrevistado 15

[...] Você vê um monte de política que não tem prioridades, mas tem, por exemplo, a política saúde do trabalhador, que no próprio objeto dela já tá implícito o que é a prioridade: a saúde do trabalhador. Da alimentação, da violência, agora da promoção da Saúde é tudo e, às vezes, o tudo se dilui para o nada. Entrevistado 12

[...] Os gestores do Ministério da Saúde viam com muita naturalidade essa questão da necessidade (de) trabalhar[...] os temas prioritários. [...] Não só a bancada do ministério da saúde, (mas) a bancada de governo porque a gente viu isso expresso pelo CONASS/CONASEMS. Assim, para o governo e para o gestor, deve chegar nos temas prioritários, poderia até não ter o detalhamento, (pois) faz parte dos desdobramentos sucessivos. Entrevistado 10

Foi a partir dessa linha de pensamento, conforme apontaram as entrevistas, que a SVS defendeu a construção de uma agenda factível para os gestores, evitando o desperdício de dinheiro público com ações sem efetividade. Ademais, com o argumento de que a PNPS não pode fugir dos parâmetros do SUS, por isso a importância da coerência entre a proposição de ações específicas com o plano nacional de saúde.

[...] [Ator citado]⁷⁶, todo momento, ficou lembrando que a agenda era aquela de dois mil e seis. É agenda que um gestor é factível de operacionalizar. Entrevistado 08

[...] Primeiro, porque ela não é uma política nacional de promoção, ela é uma política nacional de PS no SUS, (ou seja) não pode fugir os parâmetros e os princípios SUS. Essa é a primeira tônica. Entrevistado 14

Outro ponto que se destacou pela força argumentativa nos discursos refere-se à preocupação com os acordos, nacionais e internacionais, retratados na agenda da Política em torno das ações específicas. Ademais, em alguns desses acordos, o Brasil é inclusive signatário, como por exemplo, no plano de enfrentamento das doenças crônicas que representa um conjunto de compromissos com a agenda global. Essa preocupação pôde ser evidenciada no discurso do secretário Jarbas Barbosa, nas Atas do CNS, ao comentar que os temas prioritários propostos para a PNPS revisada estariam “em conformidade com o Plano Nacional de Saúde e suas diretrizes, Resolução da CIT n.º. 5/13, acordos nacionais e internacionais” (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2014e, p.3).

De acordo com os entrevistados, essa preocupação também foi intensificada pela relação desses acordos com a definição de recursos para implementação dessas ações. Isso pôde ser detalhado durante a observação participante das oficinas de sistematização, ao constatar o argumento, de atores da gestão da SVS, de que devido à existência de linhas de financiamento para as ações específicas da PNPS, dever-se-ia continuar trabalhando com elas.

⁷⁶ O ator citado era vinculado à Secretária de Atenção à Saúde – Ministério da Saúde.

[...] A SVS achava fundamental que esses temas prioritários entrassem, porque isso dava concretude para o governo municipal. Ele tem que saber qual é a prioridade, porque é em cima da prioridade que se definem os orçamentos. E se ficasse com uma coisa macro de PS, as pessoas poderiam inclusive não compreender onde é que elas deveriam canalizar os seus esforços. [...] A SVS advogo que isso é tão fundamental que agora inclusive para definir quais são os programas prioritários que entram no Plano pluri anual (PPA), que tem financiamento garantido, que entra na comunicação do governo da PS é essa listinha aqui (ações específicas). Entrevistado 10

A partir dessa observação participante, também se constatou o fato de as ações prioritárias da PNPS estarem inseridas em uma agenda intersetorial no Brasil. Tanto o enfrentamento ao tabaco, à violência, ao álcool e ao estímulo à atividade física foram temas que envolveram vários ministérios para seu planejamento e execução. Por isso, a preocupação, de atores da gestão, em manter essas ações como prioridade da agenda política. Além disso, também reconheceram que a sinalização de prioridades na Política favoreceria à pactuação entre os setores, destacando o fato de essas prioridades terem sido pactuadas no Comitê Gestor da PNPS e em outros colegiados do SUS.

Ainda na observação participante, evidenciou-se que havia o reconhecimento, por atores da gestão, de que as ações da PNPS seriam reduzidas diante da proposição conceitual sobre a PS, mas que se justificavam por serem a primeira etapa no enfrentamento das prioridades relacionadas às demandas hospitalares. Com isso, defendiam que ocorreria um avanço na mudança do olhar da saúde.

De acordo com a Teoria da Justificação, pode-se dizer que, parte dos argumentos utilizados pela SVS apresentava características do mundo cívico. Como por exemplo, ao resgatar a representatividade das instituições democráticas, cuja legitimidade conferia poder ao executivo em direcionar as prioridades para a nação.

[...] Ela (a gestão) não está no campo das ideias, ela está com a necessidade na porta, ela tem uma demanda. [...] No mundo do executivo que tem prazo, que tem formato, que tem que cumprir obrigações, demandas específicas dentro de prazos políticos. [...] O ministério não entendia como gesso (priorização de ações), entendia como condutor do processo. Entrevistado 14

De fato, não se pode desconsiderar a existência de preocupação da SVS com o coletivo, ao definir, como bem comum para a PNPS, o investimento em ações de prevenção de agravos para contrapor a hegemonia do modelo hospitalocêntrico. Contudo, a força argumentativa na defesa dessa proposição se estabeleceu em torno dos valores de referência do mundo industrial, cuja racionalidade baseou-se no interesse em investir em ações de PS sob o olhar pragmático, almejando uma agenda factível que resultasse em eficácia na produção de resultados. A necessidade de pautar a governança da PNPS apareceu também como defesa argumentativa, tendo em vista a importância de reconhecer os limites do SUS na proposição de uma política

pública.

[...]O Ministério dizia assim: a gente tem que discutir governabilidade, governança, porque se a gente não pautar governança, o mundo das ideias vai comer, incorporar e a gente não aguenta o peso. Entrevistado 14

Outro aspecto valorizado pelo mundo industrial referiu-se à validade científica dos argumentos, que também foi observado na construção dessa categoria. Como por exemplo, ao utilizar-se da aprovação quantitativa das ações específicas pelo questionário formSUS, para legitimar a importância de sua manutenção. Ademais, segundo os entrevistados, essa validação conferiu às ações específicas sua relação com o processo de revisão, afastando-se da crítica que não valorizou as sugestões emanadas do coletivo através dos seus múltiplos movimentos.

[...] No formSUS, [...] a gente já tem tantos por cento que consideram adequado, ou inadequado. É essa questão. [...] O próprio processo mostrou que algumas dessas prioridades eram ainda mostradas como prioridades. [...] Não é que no final chegou e disse: agora vai ser dessa forma que a gente quer aprovar! Entrevistado 13

Portanto, a partir dessas ponderações, pode-se dizer que foi na grandeza industrial que a SVS estabeleceu seu princípio de equivalência para a construção de acordos, reconhecendo a governança sanitária sob a perceptiva da produtividade e eficiência dentro das competências do SUS.

9.4.2.3 Categoria: *Mundo mercantil constrangendo o mundo cívico*

Outra justificativa utilizada para defender a impossibilidade da retirada das ações específicas da PNPS, por atores da SVS, se estabeleceu no raciocínio da seguinte linha de pensamento, de acordo com os entrevistados: como alguns atores do GT PSDS estavam contratados para sistematizar o produto da revisão, conforme os interesses da SVS, não lhes caberiam o questionamento da existência ou não desse item. Portanto, era de sua responsabilidade colocar a Política no padrão do Ministério da Saúde.

[...] Tinha momentos que o ministério chegou a falar: “nós é que estamos pagando essa revisão! nós é que temos interesse nessa revisão, (portanto, não queremos) uma revisão que não nos interesse”. O ministério exerceu poder no processo de revisão, sim! Entrevistado 07

[...] O grupo sofreu resistência do próprio ministério quando algumas coisas que constitui o programa dentro do ministério estava ficando fora da política “Não é bem isso que a gente queria.” Entrevistado 09

[...] Enfim, na hora de aprovar a política. Eles estavam contratados. Ficou muito claro os papéis: “Vocês vão assessorar, mas o documento final é um documento do ministério da saúde, não é um documento da Abrasco. Então, tem essa coisa também. Entrevistado 12

[...] Isso é lógico com certeza eles queriam uma resposta positiva pelo trabalho e investimento que eles fizeram. Entrevistado 04

O raciocínio estabelecido na defesa pela permanência das ações específicas se apoiou na relação elementar, característica do mundo mercantil, em torno da troca (BOLTANSKI; THÉVENOT, 1999). Ou seja, apareceu, na arena política, a grandeza mercantil, caracterizada pelo suporte financeiro aos atores condutores do processo de revisão, em troca da elaboração de um produto que projetasse a PNPS revisada. Dessa forma, observou-se uma pressão, através dessa grandeza, com intuito de finalizar o conflito, reforçado pela incompatibilidade entre os princípios de equivalência descritos nas categorias anteriores.

Essa estratégia justificou-se, com base no mundo mercantil, por entender que esse processo de troca conferiria poder ao contratante (SVS), para pressionar o produto da revisão, conforme seus interesses. No entanto, esse entendimento ocasionou constrangimento às demandas do mundo cívico, vinculadas ao processo de construção de uma política pública. Pode-se dizer que essa problematização refletiu na identidade dos atores articuladores do GT de PSDS, ora pactuados como representantes de um discurso coletivo pelo mundo cívico, ou ora como contratados para desempenhar um serviço sob interesse da SVS, o que desencadeou reações desse ator na arena política quanto a esse contexto.

Segundo os entrevistados, constatou-se o questionamento de atores do GT sobre a grandeza mercantil como princípio de equivalência na construção de acordos, pressionando o retorno para essa construção e pactuação nos valores alicerçados da arena cívica. Acrescentou-se a essa postura, de acordo com os entrevistados, o fato de que alguns desses atores não aceitaram o recebimento de recursos pelo seu trabalho, devido à preocupação em legitimar suas críticas, caso as demandas do coletivo não fossem acolhidas, pela gestão, na elaboração da PNPS revisada. Ademais, pode-se dizer a partir da análise das entrevistas, que a grandeza cívica não obteve a liberdade desejada na sistematização do processo de revisão.

[...] Algumas vezes a gente até já chegou a ouvir assim: “Olha, a gente tá contratado para revisar o que se quer ou que vai ser discutido?” Não, é o que vai ser discutido. É um processo construtivo e coletivo, mas a gente tem a questão de que nem tudo que vem (será acolhido pela SVS). Entrevistado 12

De acordo com a Teoria da Justificação, as argumentações precisam seguir uma regra de aceitabilidade que deve ser a mesma para quem critica como para quem se defende (BOLTANSKI; THÉVENOT, 1999). No entanto, diante das críticas e defesas apresentadas, observou-se que o processo de revisão ainda não estabeleceu uma regra de aceitabilidade para a construção de acordos. O confronto entre a grandeza cívica e a industrial, constrangida pela mercantil, apontou para a necessidade da formatação de um pacto entre esses valores de

referência com a finalidade de possibilitar o surgimento de uma arena, cujo diálogo fosse possível. Para Boltanski e Thévenot (2006), as ordens de grandeza são categorias conceituais, relacionadas aos princípios de legitimação, necessárias para justificar as ações dos indivíduos envolvidos.

Não se questiona a legitimidade dos argumentos, tanto na defesa como na crítica, mas evidencia-se que essa incompatibilidade entre as proposições não favoreceria à construção de acordos na arena política. Ao mesmo tempo que o GT PSDS convocava a SVS para a arena cívica (mundo cívico) e para a pactuação dos acordos, expondo sua responsabilidade diante da indução da ampliação do processo participativo da revisão, a SVS solicitava o GT a se colocar no lugar do gestor. Com isso, demonstrava-se a impossibilidade da gestão aceitar todas as demandas, devido à sua preocupação com as limitações circunscritas em torno da governança do SUS. Por isso, considerava-se que seria na arena industrial (mundo industrial) que se estabeleceria a condução dos acordos.

Todavia, deve-se registrar que desde a ampliação da escuta da PNPS, enviesada pela limitação aos interesses da SVS, que se projetaram conflitos diante dessa incoerência processual. A pressão da grandeza cívica respaldou-se nos preceitos em torno de uma política pública, assim como no objetivo de ampliação da participação dos atores, o que reforçou a arena cívica como *locus* para a pactuação de acordos. E diante dessas induções, se colocar contrário às demandas da população, pareceria no mínimo contraditório, no entanto, o caminho para perpetuação de conflitos.

Outros fatos identificados, durante a observação participante das Oficinas de Sistematização da PNPS, corroboraram para a compreensão sobre essa situação de disputa. Diante dos papéis estabelecidos pelos atores na elaboração da PNPS revisada, observou-se incômodos, por atores do GT PSDS, em inserir, na sua proposta de sistematização da Política, um item sobre as ações prioritárias, por considerar que não lhe caberia delimitar esses aspectos. Da mesma forma, de acordo com as entrevistas, identificou-se também que a gestão incomodava diante do entendimento de que o conhecimento sobre a PS restringia-se à competência dos difusores da PS, presentes no GT, desconsiderando o saber da gestão em torno dessa temática.

[...] As pessoas não entendem que, essa tensão, gera o grupo que sabe de algumas coisas e o grupo que sabe de outras. E gera no senso comum um grupo que sabe e outro que não sabe. Isso talvez tenha sido uma das maiores tensões. [...] Muitas vezes as pessoas ficavam pensando que quem sabe do tema é a universidade, porque estuda, fica no mundo das ideias. E começa o executivo a dizer assim: “Eles sabem, e a gente não?”. Entrevistado 14

De fato, com essa incompatibilidade, o diálogo, entre os atores, demonstrava-se prejudicado. Isso foi exemplificado, mesmo que em momentos pontuais, durante a observação das Oficinas de Sistematização, através da reação de atores do GT que, diante dessa dificuldade - de alinhar grandezas na construção de acordos – demonstraram resistência para dialogar com a SVS. No entanto, conforme esclarecem Boltanski e Thévenot (1999), faz-se necessário a operação de aproximar diferentes itens ou fatos para justificar o princípio de equivalência que esclarece o que eles têm em comum. Ademais, acrescentam os autores que só dessa maneira o acordo se estabeleceria.

9.4.2.4 Categoria: *Predominância do mundo doméstico na construção dos acordos*

A incompatibilidade entre as grandezas descritas nas justificações de suas posições argumentativas, conforme se detalhou nas categorias anteriores, em que se exigiu a presença de mediadores para fomentar a possibilidade de acordos.

Segundo os entrevistados, destacaram-se atores do grupo condutor da revisão vinculado ao GT de PSDS e da SVS na mediação. Além disso, pôde-se identificar nos discursos que a representação da SVS caracterizou-se pelo ator responsável pela condução da PNPS nessa secretaria. Em contrapartida, chamou-se a atenção para o modo como se estabeleceu a escolha do mediador vinculado ao GT, tendo em vista que sua escolha foi determinada pela SVS.

[...] Teve uma hora que [ator citado]⁷⁷ proibiu [ator citado]⁷⁸ falar com [ator citado]⁷⁹.
 [...] Quem fala com [ator citado]⁷⁹ de todo o grupo? [Ator citado]⁸⁰. Ela podia se dirigir a pessoas específicas, mas o grupo de cá tinha um porta-voz, um canal. Nem [ator citado]⁸¹ que estava aqui em Brasília, na OPAS, com o financeiro falava.
 Entrevistado 08

A partir disso, pode-se observar que houve uma desconsideração em relação aos valores de referência do mundo cívico, os quais pressuporiam que a escolha da representatividade do GT fosse realizada pelo seu coletivo de atores. Isso se tornou mais evidente, a partir de relatos de entrevistados que reconheceram que o representante do GT para mediar com a SVS seria outro ator, devido também à sua proximidade territorial com o Ministério da Saúde.

Portanto, essas considerações possibilitaram contextualizar o estabelecimento de uma nova arena de pactuação de acordos, intituladas pelo mundo doméstico. De acordo com Boltanski e Trévenot (1999), dentre as maneiras apropriadas que estabelece relações no mundo

⁷⁷ O ator citado era membro do Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde.

⁷⁸ O ator citado era membro do GT de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável\Abrasco.

⁷⁹ O ator citado era vinculado à Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde.

⁸⁰ O ator citado era membro do GT de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável\Abrasco.

⁸¹ O ator citado era vinculado à Organização Pan-americana de Saúde (OPAS).

doméstico, pode-se relacionar o ato de recomendar alguém ao discurso do entrevistado 8. Com a decisão da SVS, na restrição do diálogo na construção de acordos, apareceu também nas entrevistas o entendimento de que esse processo de argumentação ficou unidirecional, diferentemente da proposta de trabalho em rede desenhado pela metodologia.

[...] A voz não pode ser uma uni direção, [...] uma rede ela tem que ser horizontal tem que ser polifônica. Entrevistado 08

De acordo com a Teoria da Justificação, a grandeza das pessoas no mundo doméstico depende de uma hierarquia de confiança, baseada em uma cadeia de dependências pessoais, a qual envolve valores como tradição e fidelidade (BOLTANSKI; THÉVENOT, 1999). Isso foi constatado, segundo os entrevistados, através de um conjunto de elementos que caracterizaram a aproximação dos atores inseridos na mediação. Dentre os quais destacaram-se a mesma formação profissional, naturalidade pelo estado brasileiro e a relação de amizade.

[...] Não tenha dúvida que um facilitador são as relações pessoais e de confiança que aconteceram. [...] Muita coisa na casa [ator citado]⁷⁹, fora de [ator citado]⁸², fora de [ator citado]⁸³, fora de [ator citado]⁸⁴, jantares e almoços. Entrevistado 08

Outra consideração importante, apontada pelos entrevistados refere-se à interferência dessa relação de confiança, entre os mediadores, como facilitador da continuidade da sistematização da PNPS revisada sobre a liderança do GT.

[...] [Ator citado]⁸⁵ fez calma, [ator citado]⁸⁶. Ele apelou para o sentimentalismo, falou assim: palavra de conterrâneo, a sua equipe (SVS) não vai ficar na mão, nós vamos escrever o texto da política. Entrevistado 07

Para Boltanski e Trévenot (1999), o elo político entre os seres, no mundo doméstico, é visto como uma generalização do parentesco, sendo baseado nas relações face-a-face e no respeito à tradição. A pessoa não pode deixar de pertencer a um grupo, uma família, uma linhagem, uma posição (BOLTANSKI; THÉVENOT, 1999). E com base nisso, a posição de legitimidade científica, apareceu nas entrevistas como outra característica que possibilitou o reconhecimento e escolha do mediador do GT pela SVS.

Todavia, o surgimento dessa mediação, a partir desses valores, suscita alguns questionamentos, que teve por referência o mundo cívico, o qual se fundamentou na argumentação crítica do GT: em um processo democrático não deveria ser a grandeza cívica a qual caberia a responsabilidade das mediações? É possível ocorrer a pactuação entre a grandeza cívica e a doméstica em uma mesma arena política?

⁸² O ator citado era membro do GT de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável\Abrasco.

⁸³ O ator citado era membro do GT de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável\Abrasco.

⁸⁴ O ator citado era membro do GT de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável\Abrasco.

⁸⁵ O ator citado era membro do GT de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável\Abrasco.

⁸⁶ O ator citado era vinculado à Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde.

Apesar da complexidade inerente a esses questionamentos por se tratarem das relações humanas, pode-se considerar que parte da resposta dessa problematização se estabeleceu em torno do papel do mediador no processo de pactuação. Assim sendo, esse papel poderia ser retratado através de uma defesa, incansável, dos interesses do seu grupo, mobilizando enfrentamentos para aquilo que reconhece como injustiça. Como também, poderia assumir outro papel no processo ao transcender os interesses representativos e pensar em fazer o possível. Ou seja, pensar algo que agrade aos dois lados expostos no conflito. E, segundo os entrevistados, esse último papel foi o direcionado na pactuação pelo mediador do GT:

[...] [Ator citado]⁸⁷ achava que o horizonte era construir um texto de revisão, no horizonte, era esse o objetivo. Não era a mediação pela mediação, ele não queria mediar pra ficar amigo [ator citado]⁸⁶, ficar bem com todo mundo. [...] Precisava de processos de mediação, entendeu. Entrevistado 07

A necessidade de uma política possível fazia parte das estratégias em busca de acordos. Contudo, exigia-se transparência nesse possível entre os atores envolvidos para que tivessem legitimidade as decisões no mundo cívico. Caso contrário, seriam os interesses domésticos que iriam prevalecer no processo. Essa possibilidade de interferência do mundo doméstico nas decisões evidenciou-se ao se constatar, de acordo com os entrevistados, que as informações em torno dos conflitos e acordos não eram compartilhadas, de forma completa e transparente, com todos os atores participantes das oficinas de sistematização da revisão da PNPS. A ponto de alguns enfrentamentos serem realizados pelo grupo condutor do GT, diante da constatação dos momentos críticos, não serem do conhecimento de todos os participantes. Por isso, apareceram, nas entrevistas, algumas críticas a esse grupo condutor, quanto à sua centralidade e representatividade. Isso foi justificado pelo fato de o mesmo não ter solidarizado discussões importantes no momento coletivo do GT, como por exemplo a escolha desse grupo condutor.

[...] Durante o processo de revisão, para mim, a dificuldade foi a centralização em algumas pessoas para discutir alguns assuntos pertinentes a várias pessoas, inclusive modelos de publicação. [...] Tem um grupo que domina essa discussão da PS e que agora ficou muito mais claro nos últimos dois anos [...]Essa coisa de “é meu”, “eu faço”, “eu decido”. Então, decide por um grupo que não está muitas vezes representado. Entrevistado 04

Foi a partir dessa contextualização que se conjecturou outro *locus* doméstico, só que dentro da arena que fundamentou seus argumentos de justificação no mundo cívico. Essa contradição enfraqueceu a coesão do grupo em torno dos valores cívicos e fortaleceu as decisões sob o mundo doméstico. Todavia, deve-se também registrar, de acordo com os entrevistados, que a falta de transparência se justificou devido ao grupo de atores, responsáveis pela sistematização, não serem confiáveis.

⁸⁷ O ator citado era membro do GT de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável\Abrasco.

[...] Não era um grupo protegido, em alguns momentos eu explicito a questão de ter informantes dentro do grupo. Algumas pessoas acharam que eu estava sendo radical. Nesse momento, eles tiveram a certeza que tinham informantes. As pessoas não estavam ali participando de um processo de construção, num espaço protegido em que as coisas poderiam ser faladas, ser ditas, e reconstruídas e reformuladas. Então, isso também foi um fator. Entrevistado 06

A informação apresentada reforçou a valorização do mundo doméstico na tomada de decisão, como também expôs as fragilidades e dificuldades inerentes à condução de um processo orientado no mundo cívico. Não foi por acaso, que apareceram, nas entrevistas, relatos de sujeitos que questionavam quanto à possibilidade do processo de revisão ser chapa branca.

[...] Essa é uma pergunta que todo mundo fazia: “essa política, a revisão vai ser chapa branca?”. Quer dizer, em algumas coisas ela é e em outras não. Entrevistado 07

Apesar da pouca força argumentativa quanto à existência de aspectos condizentes a uma política ‘chapa branca’, as informações compartilhadas possibilitaram considerar que a preocupação de atores do GT em torno da parceria com a SVS, descrita no capítulo atores, apresentava algum fundamento. Talvez o que corroborou para alimentar essa desconfiança no processo, tenha sido a falta de transparência dos ‘condutores’ da revisão, vinculados ao GT PSDS, tendo em vista que enquanto estavam cientes da impossibilidade de revolução da PNPS nesse contexto, existiam outros atores do GT que não entendiam o porquê de não revolucionar. Isso pôde ser justificado pela existência de críticas sobre a PNPS, a partir dos múltiplos movimentos da revisão, bem como pelo propósito em torno de uma política pública.

Apesar de ser incipiente o desejo pela revolução no discurso dos ‘condutores’, talvez para os demais atores do GT, participantes do grupo de sistematização, esse impulso representaria um ato de autonomia. Todavia, ficou o seguinte questionamento: se havia o reconhecimento de uma injustiça processual pelos demais atores do GT, retirando os que faziam parte do grupo condutor, o que os fez silenciarem diante dessa injustiça? Isso possibilita inferir que, mesmo reconhecendo a fragilidade na comunicação, havia também consideração perante à representatividade dos atores que estavam na condução do processo, o que favoreceu aceitar os seus direcionamentos.

A proximidade dos mediadores com o mundo doméstico, fosse na relação entre GT-SVS ou GT-GT, possibilitou inferir que os enfrentamentos foram realizados de forma mais comedida, deixando de lado pautas mais revolucionárias. Entretanto, apesar dessa inferência, observou-se, nas falas dos entrevistados, que a tensão manteve-se durante todo o período, em função da possibilidade de rupturas em torno dos “acordos” cívicos, firmados em função da interferência dos “acordos” domésticos.

[...] A gente assumindo essas responsabilidades, fomos fazendo com que o pessoal do ministério ganhasse confiança, porque a gente ia passando coisas, a gente ia produzindo e eles viram que nós não deixamos eles na mão. Entrevistado 07

Entre as maiores tensões, destacaram-se: 1. A possibilidade de enfrentamento a SVS com a publicização da sua interferência na limitação do processo de construção da Política, contextualizado pela sua decisão em não alterar as suas prioridades; 2. A possibilidade de retirada do GT de PSDS da responsabilidade de escrever o produto final da Política revisada, delegando-a aos técnicos da SVS.

[...] Antes da preparação do seminário, quando a gente começou a fazer a discussão daqueles temas prioritários, que não vamos colocar temas prioritários. Alguém do grupo - não sei se você ficou sabendo disso - levou para [ator citado]⁸⁸ que a gente estava querendo no seminário fazer uma revolução e tirar a política da SVS, alguém que estava ali junto com a gente, ligou pra ela e falou que a gente estava querendo. [...] Você lembra que [ator citado]⁸⁸ foi lá? Foi para poder ter a certeza de que a gente não estava armando um golpe, pra gente garantir, todo mundo olhando no olho dela que não ia fazer um golpe no seminário nacional. Entrevistado 06

[...] [Ator citado]⁸⁹ foi de uma maestria para poder contornar, porque em muitos momentos o GT PSDS foi ameaçado assim de: “para o processo, deixe como tá, o ministério da saúde continua com o que tem” e ela reelabora a política, faz a revisão de gabinete do ministério e entrega a política revisada. Entrevistado 06

Não se pretende especificar através dessa categoria, os momentos específicos pelos quais se estabeleceram acordos na arena doméstica. Como também, inferir que os mesmos foram sistematizados apenas nela. Contudo, o seu aparecimento nos discursos dos entrevistados, demonstra que a tomada de decisão teve uma influência considerável do mundo doméstico na formulação de uma Política possível.

No entanto, deve-se reconhecer também no contraponto dessa categoria, a observação de um entrevistado, quanto ao entendimento de que o processo de formulação da Política revisada ultrapassou os atores inseridos no processo de mediação. Isso por considerar importante a mobilização do coletivo para os avanços da PNPS revisada.

[...] Não pelo grupo que estava conduzindo, não por ser a b ou c, não era porque [ator citado]⁹⁰ conseguia convencer [ator citado]⁹¹, longe disso. O cuidado de repente você está tirando algo que foi previamente aprovado pelos usuários. E depois você vai ter que responder por isso. Então, gerou que o ministério teve que se acomodar. Entrevistado 14

Ademais, a partir dessas ponderações, se inferiu que, diante da ausência do mundo doméstico na pactuação dos acordos, poderiam ter sido observados conflitos maiores no processo de formulação da PNPS.

⁸⁸ O ator citado era vinculado à Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde.

⁸⁹ O ator citado era membro do GT de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável\Abrasco.

⁹⁰ O ator citado era membro do GT de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável\Abrasco.

⁹¹ O ator citado era membro da Secretária de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde.

9.4.3 PERCURSO DOS ACORDOS E DESACORDOS

Paulo Freire diz que “a verdadeira paciência aliada à autêntica esperança, caracteriza a atitude dos que sabem que para fazer o impossível eu preciso fazê-lo possível. E a melhor maneira de tornar o impossível possível é fazer o possível de hoje”. Entrevistado 06

A dinâmica estabelecida no processo de pactuação dos acordos em prol da construção da PNPS revisada esteve circunscrito em torno da situação de disputa descrita nas categorias anteriores. De acordo com a Teoria da Justificação, “ninguém pode viver constantemente em um estado de crise. Logo, um dos modos de sair de uma crise é retornar a um acordo” (BOLTANSKI; THÉVENOT, 1999, p.5).

Portanto, o enfrentamento ao momento crítico, compreendido pela ‘impossibilidade de retirar as ações específicas da Política’, se estabeleceu em duas vias de ação: em estratégias para diminuir a força da agenda no direcionamento da PNPS, visualizando a possibilidade da permanência das ações específicas; e na pressão pela sua retirada, partindo da indicação dos múltiplos movimentos decorrentes do processo de revisão. Essas foram as estratégias identificadas na atuação do GT PSDS para que se avançasse na construção de acordos. Em contrapartida, do outro lado da negociação, a gestão da SVS colocava-se com o propósito de legitimar as ações específicas.

A temporalidade presente nesse tópico, acerca da construção dos acordos, não apresentou uma linearidade sequencial, tendo em vista a influência, às vezes simultânea, das principais grandezas evidenciadas (cívica, industrial, doméstica e mercantil) nos discursos dos entrevistados. Mesmo assim, esse eixo temático propôs um percurso das propostas e acordos, construídos diante das disputas entre a agenda explícita e a oculta, com o objetivo de facilitar a compreensão dos enfrentamentos ocorridos.

9.4.3.1 Primeiro Enfrentamento: Operacionalização da Política

9.4.3.1.1 Categoria: Arranjo revolucionário por coerência na ação da PS

A leitura do contexto circunscrito em torno do processo de revisão, já demonstrava que o enfrentamento desse momento crítico não seria fácil. Isso corroborado pelos interesses publicizados nas entrelinhas, pela SVS ao GT de PSDS, acerca dos limites expostos pela revisão da PNPS. Por isso, a preocupação do GT em investir no como operacionalizar a Política,

segundo os entrevistados, assumiu interesses prioritários dentro da agenda oculta. Com isso, pretendia-se possibilitar maior coerência às ações de PS, mesmo diante da permanência das ações específicas. De acordo com os entrevistados, essa estratégia de ampliação da política sob a ótica de sua operacionalização, adquiriu força com os interesses despertados pelos múltiplos movimentos da revisão. Como também, houve uma maior receptividade da SVS a essa demanda, por não implicar em mudanças nas ações específicas da Política.

[...] Na verdade, havia um interesse da agenda de que intenções fosse o ponto forte da política. E aí o grupo direciona para uma outra linha, de dizer: o como é tão importante como o quê. Eu acho que o maior conflito foi na hora de se discutir como fazer a política acontecer, ela ganha destaque no grupo de discussão, não o que você vai fazer, que é a agenda. Entrevistado 14

[...] A gente teve um amadurecimento para viabilizar o processo e ter a sensibilidade para ver aquilo que a gente poderia implementar às vezes chamando de uma coisa e fazendo outra. Um pouco da revolução do Paulo Freire. Entrevistado 06

De acordo com os entrevistados, a primeira estratégia foi a proposição pela criação de eixos operacionais na estrutura da PNPS, a qual contou com a colaboração de atores do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). Isso ainda durante a elaboração da metodologia para revisão da PNPS, conforme foi detalhado na categoria ‘eixos operacionais pressionando a hegemonia das ações específicas’. Para os entrevistados, essa estratégia demonstrou o intuito de ampliar o escopo da Política, com fins de alcançar a integralidade das ações de PS.

[...] A gente fez uma adaptação colocando os eixos operacionais que também foi uma outra potencialidade porque reflete diferentes dimensões da prática para alcançar a integralidade que é fundamental pra você trabalhar na PS. Os eixos operacionais trazem essa perspectiva para não trabalhar só uma dimensão da prática, mas contemplando o valor, fortalecendo a diretriz, [...] preciso de diferentes dimensões. Isso foi muito interessante da gente conseguir trazer e depois trazer isso para o texto da política também. Entrevistado 06

A partir disso, pode-se dizer que o princípio de equivalência norteador dessa proposição estabeleceu-se no mundo cívico, ao considerar a importância de facilitar ao gestor a execução das ações de PS, bem como por beneficiar um coletivo com uma ação coerente. No entanto, segundo os entrevistados, houve tensão em torno da compreensão dessa proposta, tanto entre os atores da SVS como pelo GT de PS, devido a dúvidas de como seria a sua leitura com os outros itens do organograma da PNPS a ponto dessa resistência converter-se em ameaça à aceitabilidade dessa proposta.

[...] Os eixos operacionais também foram ameaçados, inclusive por pessoas de dentro da própria SVS que foram contra, até [ator citado]⁹². Entrevistado 06

Entretanto, no final, a proposta foi compreendida e acordada entre os atores. Ademais,

⁹² O ator citado era membro da Secretária de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde.

alguns entrevistados reconheceram que o fato de ser ‘eixo’ e não ‘pauta’ de intervenção, favoreceu o acordo em torno da inserção desse item na estrutura da PNPS.

[...] Eu acho que se eu fosse fazer agora, rapidamente, uma análise disso. Eu posso te falar que o ponto que aquietou o governo foram as pautinhas dos sete negócios continuarem e as outras coisas não serem pautas, mas serem eixos. Entrevistado 15

Para os entrevistados, o amadurecimento da SVS, a partir de sua vivência com a Política e das reflexões apontadas pelos difusores da PS, possibilitou reconhecer que o como realizar as ações específicas também deveriam ser consideradas. Essa perspectiva foi importante, apontaram os discursos, pois possibilitou a abertura para uma ‘revolução’ no modelo de organização da Política revisada.

[...] O próprio amadurecimento (da SVS) com o próprio GT da (ABRASCO), com a academia, com essas instituições parceiras no (entendimento) sobre a PS. No amadurecimento até do que a gente colocava como primeira, não só do ponto de vista da agenda, mas até do como trabalhar eixos prioritários. Entrevistado 12

Outra estratégia pactuada, durante a sistematização da metodologia, foi o acréscimo do item ‘Princípios e Valores’ na estrutura da Política. De acordo com os entrevistados, não houve tensão em torno de sua aceitabilidade e importância, bem como não se identificou interferência da SVS quanto à sua proposição. Com isso, demonstrou-se respeito aos princípios e valores que emergiram dos múltiplos movimentos da revisão, respeitando a grandeza cívica. No entanto, o único entrave, descrito pelos entrevistados surgiu nas Oficinas de Sistematização diante da proposta do GT em explicar os princípios e valores no texto da Política Partindo do pressuposto de que isso facilitaria a compreensão dos gestores e outros atores interessados. Todavia, a SVS concordou com a importância da explicação, mas decidiu que deveria ser feita em anexo, não no texto da Política.

[...] Quanto à inserção dos princípios e valores da política a gente não teve muito problema. Entrevistado 06

[...] Foi um debate muito grande. Teve muita dificuldade entre nós mesmos (GT) e claro que a gente não tinha que fechar. Não era a academia que tinha que prescrever quais eram os valores. Isso aqui (valores) vieram (dos múltiplos movimentos da revisão). Entrevistado 08

[...] É lógico que durante todo o processo foi muito questionado, vários aspectos foram questionados, inclusive, desde a discussão a respeito da explicitação de princípios e valores da promoção da saúde, a questão mais conceitual. Entrevistado 05

Outro aspecto apontado pelos entrevistados, que corroborou para a revolução na estrutura da PNPS, foi a proposta de criação do item ‘Temas transversais na política’, com intuito de ampliar a sua operacionalização. Ademais, caracterizou-se por temas apontados pelos atores participantes do processo de revisão, que deveriam ser privilegiados nas ações dessa Política. Através das entrevistas, pôde-se constatar que esse direcionamento pretendeu evitar

que a agenda prioritária da PNPS, caso permanecesse, não se tornasse a Política.

[...] Quando eu vejo os temas transversais, que luta que foi para romper com aquela agenda. Entrevistado 08

[...] Você viu a questão dos temas transversais? Foi uma outra tentativa enlouquecida que depois a gente não sabia como que inseria no modelo, como que a gente inseria na Política. (Isso) para que os temas prioritários não ganhassem a dimensão da política. [...] Eu entendi que foi uma questão estratégica porque a gente tinha uma ameaça, novamente, que os temas (ações) prioritários virassem a política. Entrevistado 06

Entretanto, esse novo arranjo para a PNPS trouxe a seguinte problematização: como conectar esses dispositivos (princípios e valores; eixos e temas transversais) no seu novo organograma? Isso foi constatado durante a observação participante das oficinas de sistematização, bem como a solução defendida pelo GT PSDS. Vale salientar que esses esclarecimentos foram importantes para a compreensão e aceitação da proposta de operacionalização da Política, pela SVS.

[...] Veio um novo olhar, uma nova metodologia, que ajudou a gente a enxergar um pouco mais a diferença de trabalhar PS. O que são princípios, o que são os eixos estruturantes, os temas transversais. Entrevistado 12

Através da análise dos elementos dessa categoria pôde-se inferir que o GT de PSDS entendia que se tivesse de existir algum tema prioritário na PNPS deveria ser os transversais, legitimados pelo coletivo de atores participantes do processo de revisão. Todavia, devido à possibilidade de não retirar as ações específicas dessa Política, a proposição desse novo arranjo da PNPS estabeleceu-se como tentativa de pressionar a hegemonia dessa agenda na condução das ações de PS pelo governo federal. Além disso, também estabeleceu como finalidade a orientação aos gestores quanto à construção de ações coerentes com a PS, para além da abordagem da prevenção de agravos induzida pelas ações específicas dessa Política.

9.4.3.2 Segundo Enfrentamento: Permanência ou retirada da agenda prioritária

A estratégia do GT PSDS de conduzir, primeiramente, os enfrentamentos sob a perspectiva da operacionalização da Política, demonstrou uma postura estratégica no diálogo com a SVS no processo de construção de uma política pública. Além disso, considerou-se que o enfrentamento à agenda, retratada através das ações específicas da PNPS, só poderia ter algum resultado, caso existisse uma pressão pelos múltiplos movimentos da revisão que legitimasse esse processo.

9.4.3.2.1 Categoria: Manutenção dos temas prioritários pela SVS

A partir da análise dos resultados emergidos dos múltiplos movimentos da revisão, baseado na legitimidade de um coletivo, se estabeleceu o principal enfrentamento conduzido pelo GT de PS em torno da PNPS. Segundo os entrevistados, a análise desse processo não apoiava a permanência das ações específicas na Política. Ademais, conforme detalhou no início deste capítulo, essa demanda também representava uma das principais críticas apontadas pelos difusores da PS, bem como era um dos interesses presentes na agenda oculta para a revisão da PNPS. Portanto, diante do momento crítico, retratado pela impossibilidade de retirar as ações específicas da política, estabeleceu-se a necessidade de acordos com base nos aspectos apresentados.

[...] Então, teve um momento que a proposta do grupo que assessorava o Ministério da Saúde era não ter temas prioritários. Entrevistado 12

Em contrapartida, de acordo com os entrevistados, a gestão da SVS encaminhou sua proposta pela manutenção da agenda prioritária, permitindo nesse processo de negociação a possibilidade de acrescentar o tema da educação permanente, apontado pelo processo da revisão, como possibilidade de ampliá-la. Além disso, destacaram alguns entrevistados que houve o comprometimento, de atores da gestão, em fazer com que a permanência da agenda não fosse engessada como em sua versão anterior, conforme destacaram as críticas à PNPS.

[...] Na arena de disputa, houve um consenso, entrou [...] a educação permanente. Entrevistado 15

[...] Não é a proposta de uma agenda como antes, que era até fechada. Entrevistado 12

Pode-se observar que as grandezas despertadas nos argumentos, em torno das propostas para construção de acordos, são incompatíveis. Partindo do pressuposto de que, enquanto o GT PSDS apoiava-se no mundo cívico, a SVS utilizava-se do mundo industrial para conferir legitimidade à sua proposta. Por isso, a necessidade de um esforço, entre os atores envolvidos, para fomentar o diálogo, entre essas grandezas, com fins de um acordo.

Para Boltanski e Thévenot (1999), essa incompatibilidade entre as grandezas dificulta a construção de um acordo entre os atores, mantendo-se os conflitos. Por isso, a sua coerência com relatos de entrevistados de que não ocorreu acordo em torno dessa problemática.

[...] Eu acho que todo mundo ficou muito, um pouco frustrado em ter aquelas prioridades no final da política. Mas era irreduzível, não havia negociação nesse sentido e não havia negociação e pronto acabou-se. Entrevistado 13

De acordo com os entrevistados, a SVS impôs sua proposta, por entender que não existia a possibilidade de retirar essas ações específicas. Mesmo diante dos argumentos do GT PSDS

que defendiam a retirada dessas ações da Política, com base na análise dos resultados dos múltiplos movimentos da revisão. Na verdade, registraram alguns entrevistados, que para a SVS, esse ponto nunca esteve sujeito a acordos. Em contrapartida, acrescentaram que havia a orientação para que PNPS revisada fosse fundamentada na antiga.

[...] Isso nós não conseguimos vencer, a PNPS continua voltada para as coisas dos temas (ações prioritárias). Entrevistado 07

[...] Quando se puxou o processo da revisão, o processo era de adequar às novas necessidades a política antiga. Não houve, nesse sentido, interesse das diretoras de botar abaixo essa e fazer uma nova. Não, não era essa a intenção. Entrevistado 13

[...] A segunda tônica é: mexam, mudem, mas não mudem muito pela dificuldade do momento. [...] dizer assim: tudo que já existiu tem que fundamentar o que vai existir. Entrevistado 14

Por outro lado, apareceu também nas entrevistas, o entendimento por parte de atores da gestão da SVS de que o GT PSDS havia compreendido a defesa dos argumentos pela permanência das ações específicas na PNPS, o que corroborou na concretização dessa proposta em acordo.

[...] Foi feito um acordo. Com certeza se chegou a um consenso, mas onde o grupo pensante teve que colocar as coisas dentro do padrão do ministério. Entrevistado 14

[...] Houve o entendimento e houve o acordo, mas acho que foi um momento de tensão. Entrevistado 12

Entretanto, a partir dessas informações, pode-se dizer que houve uma contradição básica entre os olhares acerca do processo de construção de acordos. Uma vez que, para membros do GT PSDS, houve uma imposição da gestão, em contrapartida para atores da SVS, chegou-se a um consenso, em torno do enfrentamento do momento crítico. Essa contradição intensificou-se ao reconhecer que pelas grandezas utilizadas para justificarem seus argumentos, seria mais provável o agravamento do conflito, do que a construção de um acordo, em torno dessa pauta.

Ademais, a contextualização descrita tornou-se mais intrigante, ao se observar que, a pressão em torno do momento crítico, depois da decisão da SVS, havia diminuído. E diante disso, questiona-se: como poderia diminuir se o princípio de equivalência, em torno da coletividade, foi desrespeitado diante de uma decisão top down, contrária ao que foi publicizado para arena cívica? Vale salientar que o enfrentamento apresentado representava uma das principais críticas do GT de PSDS perante à PNPS. Portanto, se o conflito não se intensificou diante dessas incongruências, tendo em vista que não evidenciou relatos de enfrentamentos em torno dessa decisão, pôde-se inferir a possibilidade de outra grandeza ter direcionado a construção de acordos.

Boltanski e Thévenot (1999) detalham que a pré-condição para o acordo, se estabelece no reconhecimento comum de uma equivalência convencional, que mesmo não sendo explícita, produza uma situação de ordem natural, contextualizada pelo juízo acerca da importância ou grandeza relativa das pessoas envolvidas. Partindo desse pressuposto, de acordo com a análise das entrevistas, pôde-se inferir acerca da possibilidade da imposição ser compreendida como acordo com base na grandeza e valor do mundo mercantil, tendo em vista a relação de contratante estabelecida entre atores do GT de PS e a SVS. Essa possibilidade foi detalhada na categoria ‘o mundo mercantil constringendo o mundo cívico’, a qual retratou a exigência da gestão para que fossem respeitadas as condições do contratante.

[...] O entendimento foi mesmo pela argumentação, mas na verdade os (membro do) GT PS acabaram recuando, porque não concordavam. Entendiam os argumentos da SVS, mas não achavam que devia ficar. Enfim, na hora de aprovar a política o GT estava contratado. Ficou muito claro os papéis. [...] Então, tem essa coisa também, é pelo convencimento, mas isso não dá, isso não pode, isso não dá pra ceder. Entrevistado 12

Todavia, a força argumentativa retratada na categoria ‘Predominância do mundo doméstico na construção dos acordos’, possibilitou inferir que a manutenção dos temas prioritários na PNPS fora pactuado com base nas grandezas e valores do mundo doméstico. A partir disso, a diminuição de conflitos em torno do enfrentamento do momento crítico passou a ter maior coerência. Vale salientar que, apesar do grupo condutor do GT de PS abordar que houve um direcionamento em busca de uma Política possível, não se evidenciou, nas entrevistas, que esse possível foi pactuado com todos os atores participantes do processo de sistematização.

9.4.3.3 Terceiro Enfrentamento: Apresentação da agenda prioritária

Partindo da decisão de não retirar as ações específicas da Política, o GT PSDS propôs um conjunto de propostas para intervir na apresentação dessa agenda. A permeabilidade da SVS a propostas, menos revolucionárias, que não alterassem as ações específicas, possibilitou a tentativa de ampliar a compreensão da agenda sob a ótica da PS.

[...] Era mais do (DICK) dos atores das universidades, na perspectiva da ampliação do escopo da promoção, da ampliação teórica. Entrevistado 15

9.4.3.3.1 Categoria: Maquiando as ações específicas sob a ótica da PS

A primeira proposta caracterizou-se pela possibilidade de focalizar a PS na descrição textual das ações específicas, oriundas da versão anterior da PNPS, devido à confusão

conceitual exposta na relação entre PS e prevenção de agravos através do seu título. Essa proposta fundamentou-se na crítica de que não caberia à proposição de ações de prevenção dentro de uma política de PS, conforme a análise dos múltiplos movimentos da revisão. De acordo com as entrevistas, os atores do GT de PSDS reforçaram a preocupação pela construção de temas que representassem a mensagem afirmativa da saúde.

[...] Ninguém quis tencionar temas, o máximo que se conseguiu foi dizer assim: “vamos ver pelo lado da saúde, não pelo lado da doença”, isso foi o máximo que o grupo conseguiu chegar na reformulação. Entrevistado 14

O objetivo de ampliar o escopo da PS dentro da sua Política, também foi envolvido por tensão, devido à possibilidade iminente de recusa dessa proposta. De acordo com a observação participante, a intencionalidade por esse objetivo já havia sido descrita em outros encontros da oficina de sistematização, inclusive com relatos de participantes quanto à resistência da SVS a essa mudança. Portanto, existia o entendimento, entre os atores do GT PSDS, em relação a pouca possibilidade de alteração dessas ações específicas. E isso também foi reafirmado através de entrevistas:

[...] O GT PSDS estabeleceu essa disputa, quer dizer, tá bom, então vem os temas prioritários, mas vamos tentar dar para eles uma cara mais promocional. [...] Então, acho que foi uma boa conversa. Nessa disputa, foi muito interessante, a SVS, às vezes, queria roer a corda. Entrevistado 07

Foi durante a Oficina de Sistematização, de acordo com a observação participante, que esse desejo concretizou-se como proposta dentro da arena política. A partir do diálogo, entre atores do GT com atores da SVS, problematizou-se a importância de apresentar a PS como um conceito afirmativo, diferentemente da escrita de suas ações específicas na Política que induz uma compreensão sob problemas. Diante disso, surgiu nas oficinas o seguinte questionamento: como se colocaria esses temas de forma positiva? Problematizando se existiria implicação na mudança do nome dentro do Ministério da Saúde, como por exemplo, o tema alimentação saudável para consumo e produção saudável ou alimentação adequada e saudável. Além desse, outros exemplos também foram destacados nas entrevistas:

[...] Então, para ver um exemplo claro, a política de dois mil e seis tinha um negócio lá chamado prevenção e controle da morbi/mortalidade por acidente de trânsito[...] (ficou) mobilidade segura e cidadã. Foi uma disputa de introduzir um conceito mais promcionista na política nacional de promoção. Entrevistado 07

A incongruência, diante do enfrentamento do momento crítico, pressionou a aproximação por novos acordos em torno da arena cívica. A aceitabilidade da SVS, quanto à necessidade de reescrever os temas prioritários para a PNPS revisada, configurou-se em acordo diante da condicionalidade de adaptar as ações específicas em temas com foco na PS, desde que não altere a sua agenda na PNPS.

[...] Então, tem que chegar nesse meio termo, de ajustar sem por agenda, “tá bom, então como é que fica?” No início, o GT ajudou até a construir o como fica, de forma não impositiva, não ficar prescritivo. Entrevistado 12

Ademais, o contexto pela proposição por temas, não mais por ações específicas, configurou-se, de acordo com a observação participante, por reconhecer a amplitude dessas ações a ponto de algumas delas terem ultrapassado sua especificação prática.

Pode-se dizer que a reescrita das ações específicas em temas prioritários, de forma mais próxima da PS, representou um avanço no debate e na negociação referente ao olhar afirmativo da PS na sua Política. Mesmo diante de um cenário de tensão e desestímulo, em virtude da manutenção da ‘agenda prioritária’, os atores do GT PSDS tiveram um papel fundamental nessa negociação. Assim como deve-se pontuar que a negociação também partiu do apoio de técnicos da SVS na sensibilização da gestão a essa mudança na escrita.

Todavia, mesmo com esse avanço, existia a possibilidade dessas mudanças serem apenas em nível de título, mantendo-se as induções equivocadas de PS com base na prevenção.

9.4.3.3.2 Categoria: Tradução dos temas prioritários na perspectiva ampliada da PS

A partir da mudança na escrita das ações específicas, configurando-se os novos temas prioritários da PNPS revisada, surgiu como proposta a possibilidade de explicá-los sob o olhar ampliado de saúde. Essa proposição foi registrada na observação participante, da Oficina de Sistematização, diante da indagação do GT de PSDS a SVS.

Pode-se dizer que foi nesse momento que caracterizou a entrada dessa demanda na arena política, contudo, não se referiu ao surgimento dessa proposta. De acordo com a observação, essa discussão fazia-se presente diante da preocupação quanto à dificuldade dos gestores em compreender o que seria a PS.

Através da observação, constatou-se que a SVS concordou com a possibilidade de explicar os temas, reconhecendo a importância de defender que as ações da PNPS deveriam se conduzir para além do estilo de vida. No entanto, como proposta inicial, orientou que essas explicações deveriam estar, em formato de apêndice, no final da Política.

Diante disso, estabeleceu-se outra negociação entre os atores envolvidos, tendo em vista que o GT defendia que essa descrição fosse localizada abaixo dos temas prioritários. Em resumo, conforme possibilitou a observação, chegou-se ao consenso de que a descrição ficaria abaixo dos temas, mas com a condição de que fossem elaborados de forma sintética, bem como que explicassem ao leitor da Política as ações que poderiam partir do tema exposto.

[...] o GT de PS tentou minimizar em algumas coisas na própria fala do texto, justificando a existência, mas que é isso que direciona todas as ações, que direciona o município e o Estado. Isso é um fato! Entrevistado 13

Apesar da pouca quantidade de informações sobre esse momento, nos instrumentos de pesquisa, pôde-se inferir que a construção do acordo nessa arena baseou-se no princípio de equivalência do mundo cívico.

9.4.3.3.3 Categoria: Temas prioritários sob a perspectiva do gestor nacional

Segundo os entrevistados, outra proposta do GT PSDS, quanto à organização dos temas prioritários, consistiu na necessidade de evidenciar que a agenda era uma prioridade federal, diferentemente de ser uma prioridade da PNPS. E, por isso, a sua agenda deveria ser colocada como apêndice, partindo do objetivo de construção de uma política pública perene. Essa proposta justificou-se, de acordo com as entrevistas, na necessidade de não distanciar a PNPS da articulação com as singularidades regionais e as prioridades de outras políticas públicas.

[...] Nós discutimos muito no processo de sistematização de todas essas consultas ampliadas que fizemos, que seria muito importante não manter temas prioritários da política, mas temas prioritários do gestor nacional, do ministério da saúde. Até como forma de romper aquele processo bastante criticado de indução de movimentos na ponta, nos locais, onde as ações estão acontecendo, de induzir a perspectiva de que você trabalhar com estratégias voltadas para mudanças de comportamentos individuais, você está ampliando a ação em PS. Entrevistado 05

A problematização descrita estabeleceu-se durante a terceira Oficina de Sistematização, de acordo com a observação participante, diante da discussão quanto à possibilidade de permanência dos temas prioritários na PNPS. Os argumentos de atores do GT basearam-se no entendimento de que a inserção da agenda prioritária no formato de apêndice nessa Política conferiria maior coerência à proposta de uma política pública. Ademais, defendiam que não caberia ao grupo da sistematização da PNPS revisada apontar os temas prioritários na escrita da Política, por reconhecer como algo de responsabilidade do gestor.

Identificou-se também, a partir da observação participante, um conjunto de recomendações elaborados pelo GT, para conduzir esse processo de pactuação com a gestão da PNPS, entre os quais destacaram-se: 1. Esclarecer como foi direcionada a pactuação das prioridades da agenda do estado: correlacionando-as com a agenda internacional e nacional; 2. Apontar as diferenças: retratando que essa PNPS devia articular com as singularidades regionais; 3. A PNPS deveria articular-se com as prioridades de outras políticas/setores. Vale salientar que essas informações deveriam formar um texto introdutório, localizado na PNPS

revisada antes da definição dos temas prioritários direcionados pelo gestor federal, com intuito de justificá-las.

Segundo os entrevistados, a SVS concordou com as recomendações direcionadas para a priorização dos temas. Assim como, os colocou como temas prioritários na perspectiva do gestor nacional. Com exceção, que seriam mantidos dentro da Política, não em anexo como era a proposta defendida pelo GT.

[...] Claro que não pode saciar a autonomia, nem as necessidades dos municípios. Então, são temas prioritários, mas que coloca aqui, que é partir de prioridades da esfera federal. Entrevistado 12

Diante disso, como contraponto a preocupação do GT dos temas limitarem a ação do município, apareceu na arena, de acordo com a observação participante, o compromisso da SVS em estimular planos locais de PS (planos municipais e estaduais). Entretanto, não se evidenciaram detalhes que estabelecessem o estímulo para outras ações, além das prioritárias.

Apesar dos acordos estabelecidos em torno dessa categoria, os entrevistados pontuaram que, na publicação da PNPS revisada, a especificação dos temas prioritários sobre a perspectiva do gestor nacional não foi cumprida.

[...] Quando a gente olha os temas prioritários, não entra ali o que acordamos que era pra entrar. Era colocar temas prioritários na perspectiva do gestor nacional, isso saiu. Isso, eu me senti um pouco traída, quando eu li o documento final. Entrevistado 06

O descumprimento do acordo, pela gestão, colocou em discussão a frágil legitimidade da pactuação. Segundo Boltanski e Thévenot (1999), o acordo devia ser justificado com o fim de ser capaz de opor-lhe uma resistência, caso necessário.

Por fim, a leitura do processo, a partir da Teoria da Justificação, possibilitou constatar o quanto era complexo o processo de construção de políticas públicas, bem como o jogo de poder estabelecido no em torno dos interesses pela PNPS. A partir da problematização apresentada por esse capítulo, facilitar-se-á a compreensão do conteúdo da PNPS revisada, de forma mais crítica e ampliada.

10 CONTEÚDO

O conteúdo de uma política é o corpo da mesma. É onde estão expressos seus objetivos, atividades ou princípios (ARAÚJO Jr.; MACIEL FILHO, 2001; ARAÚJO Jr., 2000). Por isso, a importância de sua análise para se compreender a estratégia utilizada através da qual almejava-se chegar a uma situação planejada. Partindo desse pressuposto, este capítulo se propôs a desenvolver uma análise da PNPS revisada, comparando-a com sua versão anterior, a partir dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Promoção da Saúde.

Para isso, detalhou-se nessa análise o problema enfrentado pela PNPS, bem como sua estrutura, procurando identificar suas metas e compreender a factibilidade de sua proposta. Além disso, também analisou-se essa Política partindo de uma compreensão geral, a qual possibilitou refletir sobre a categorização desse produto quanto a ser revisão ou reformulação.

10.1 PROBLEMA ENFRENTADO PELA POLÍTICA

A partir da análise desse eixo temático, constatou-se como problema, a ser enfrentado pela PNPS revisada, as ‘desigualdades decorrentes dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS)’. A seguir, detalhar-se-á essa categoria, bem como seu processo de análise.

10.1.1 CATEGORIA: DESIGUALDADES DECORRENTES DOS DSS

O primeiro aspecto a se identificar, na análise do conteúdo de uma política, é o problema a ser enfrentado. E para isso, nada mais norteador do que se analisar os seus objetivos (geral e específicos), pois fundamentam a sua direcionalidade. De acordo com a PNPS revisada, o objetivo geral consiste em:

Promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (BRASIL, 2015c, p.11).

Em contrapartida, na sua versão anterior, evidenciava-se o seguinte objetivo:

Promover a qualidade de vida e 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, 2006, p.19).

Em uma primeira análise, tem-se a sensação de que não ocorreram mudanças significativas. Contudo, ao se propor, na PNPS revisada, como objetivo, promover a equidade,

não apenas a qualidade de vida, constata-se que houve mudanças na ótica da leitura sobre a PS. Está implícito, nesse novo objetivo, uma preocupação com a justiça social na condução das ações no âmbito da saúde, apontando para o enfrentamento das vulnerabilidades decorrentes dos DSS. E, conseqüentemente, pode-se dizer que essa direcionalidade reforça a importância das ações para além do setor saúde, no qual a intersetorialidade se faz necessária.

A orientação da PNPS pela equidade, também foi apontada nos discursos dos conselheiros do CNS, de acordo com a análise de suas atas de reuniões, ao destacarem a importância de inclusão da “garantia da igualdade” no objetivo da Política, mas que contemplasse a equidade (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2014e, p.57).

Segundo os entrevistados, ocorreu uma ampliação dos objetivos da PNPS revisada, ao se incluir os valores e princípios da PS como finalidade. Assim como apareceu também nos discursos, o entendimento de que a linha de atuação dessa Política definiu-se sobre os DSS, não restringindo-a a escolha individual do sujeito.

[...] O objetivo geral dessa política mudou, passa a ter valores e princípios.
Entrevistado 04

[...] Eu diria que a PS, quando a gente olha a política, nitidamente coloca que é uma ação sobre os determinantes de saúde, quer dizer, não é uma coisa só da escolha individual. Entrevistado 11

Ao explicitar, no objetivo geral da PNPS revisada, a importância de se ampliar a ‘potencialidade da saúde’, pode-se entender como orientação a não restrição da PS apenas sob a ótica das fragilidades. Com isso, evidencia-se, como direcionamento dessa Política, a valorização do olhar ampliado da saúde. A formatação desse novo objetivo registra uma tentativa em “distanciar” a ação da PS, especificamente, sobre o estilo de vida, contudo a permanência textual de “modos de viver”, vinculado a ideia de “risco”, demonstra que a dualidade existente na compreensão da PS ainda perdura nessa nova versão.

Em relação aos seus objetivos específicos, constatou-se maior coerência com o referencial teórico da PS. Isso se justificou diante da presença de objetivos, conforme aponta o quadro 4, que reforçam a equidade; a participação e controle social; desenvolvimento seguro, saudável e sustentável; o território; a valorização dos saberes populares e políticas públicas saudáveis; e a articulação intra-intersetorial. Com isso, demarcou-se linhas conceituais e de prática, como por exemplo, registrar como principal campo de ação a rede de atenção básica.

A partir dessas ponderações, pode-se dizer que a PNPS revisada propõem enfrentar as desigualdades, sob a perspectiva da equidade, oriundas dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais. Para Marco Akerman, membro do GT de PSDS, “a discussão sobre os DSS está colocada na PNPS, desde sua apresentação, objetivos, finalidades. Mas é

preciso que não se conforme apenas como um ideário” (BRASIL, 2015c, p.73).

Quadro 5 – Apresentação dos objetivos específicos da PNPS, de 2006 e 2015

Objetivos específicos	
PNPS (BRASIL, 2006, p.14)	PNPS revisada (BRASIL, 2015a, p.15)
<p>I – Incorporar e implementar ações de promoção da saúde, com ênfase na atenção básica.</p> <p>II – Ampliar a autonomia e a cor-responsabilidade de sujeitos e coletividades, inclusive o poder público, no cuidado integral à saúde e minimizar e/ou extinguir as desigualdades de toda e qualquer ordem (étnica, racial, social, regional, de gênero, de orientação/opção sexual, entre outras).</p> <p>III – Promover o entendimento da concepção ampliada de saúde, entre os trabalhadores de saúde, tanto das atividades-meio, como os das atividades-fim.</p> <p>IV – Contribuir para o aumento da resolubilidade do Sistema, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança das ações de promoção da saúde.</p> <p>V – Estimular alternativas inovadoras e socialmente inclusivas/contributivas no âmbito das ações de promoção da saúde.</p> <p>VI – Valorizar e otimizar o uso dos espaços públicos de convivência e de produção de saúde para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde.</p> <p>VII – Favorecer a preservação do meio ambiente e a promoção de ambientes mais seguros e saudáveis.</p> <p>VIII – Contribuir para elaboração e implementação de políticas públicas integradas que visem à melhoria da qualidade de vida no planejamento de espaços urbanos e rurais.</p>	<p>I. Estimular a promoção da saúde como parte da integralidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde, articulada às demais redes de proteção social;</p> <p>II. Contribuir para a adoção de práticas sociais e de saúde centradas na equidade, na participação e no controle social, a fim de reduzir as desigualdades sistemáticas, injustas e evitáveis com respeito às diferenças de classe social; de gênero; de orientação sexual e identidade de gênero; entre gerações; étnico-raciais; culturais; territoriais; e relacionadas às pessoas com deficiências e necessidades especiais.</p> <p>III. Favorecer a mobilidade humana e a acessibilidade; o desenvolvimento seguro, saudável e sustentável;</p> <p>IV. Promover a cultura da paz em comunidades, territórios e municípios;</p> <p>V. Apoiar o desenvolvimento de espaços de produção social e ambientes saudáveis, favoráveis ao desenvolvimento humano e ao bem-viver;</p> <p>VI. Valorizar os saberes populares e tradicionais e as práticas integrativas e complementares;</p> <p>VII. Promover o empoderamento e a capacidade para a tomada de decisão e a autonomia de sujeitos e coletividades por meio do desenvolvimento de habilidades pessoais e de competências em promoção e defesa da saúde e da vida;</p> <p>VIII. Promover processos de educação, formação profissional e capacitação específicas em promoção da saúde, de acordo com os princípios e valores expressos nesta política, para trabalhadores, gestores e cidadãos;</p> <p>IX. Estabelecer estratégias de comunicação social e mídia direcionadas ao fortalecimento dos princípios e das ações em promoção da saúde e à defesa de políticas públicas saudáveis;</p> <p>X. Estimular a pesquisa, a produção e a difusão de conhecimentos e estratégias inovadoras no âmbito das ações de promoção da saúde;</p> <p>XI. Promover meios para a inclusão e qualificação do registro de atividades de promoção da saúde e da equidade nos sistemas de informação e inquéritos, permitindo a análise, o monitoramento, a avaliação e o financiamento das ações;</p>

Quadro 5 – Apresentação dos objetivos específicos da PNPS, de 2006 e 2015

(Conclusão)

Objetivos específicos	
PNPS (BRASIL, 2006, p.14)	PNPS revisada (BRASIL, 2015a, p.15)
IX – Ampliar os processos de integração baseados na cooperação, solidariedade e gestão democrática; X – Prevenir fatores determinantes e/ou condicionantes de doenças e agravos à saúde.	XII. Fomentar discussões sobre os modos de consumo e produção que estejam em conflito de interesses com os princípios e valores da promoção da saúde e que aumentem vulnerabilidades e riscos à saúde; XIII. Contribuir para a articulação de políticas públicas inter e intrasetoriais com as agendas nacionais e internacionais.

Fonte: Elaborado pelo próprio autor, baseado na PNPS (2006; 2015).

10.2 ESTRUTURA DA POLÍTICA

Ao comparar a estrutura da PNPS, elaborada em 2006, com a sua nova proposta, publicada em 2015, observa-se que ocorreram mudanças desde a sua organização até a definição dos seus títulos norteadores, conforme registra o quadro abaixo.

Quadro 6 - Comparação entre as estruturas da PNPS, de 2006 e 2015

Estrutura da política	
PNPS (BRASIL, 2006)	PNPS revisada (BRASIL, 2015a)
Apresentação Introdução	Apresentação Introdução
X	Valores e princípios
Objetivo Geral Objetivos Específicos	Objetivo Geral Objetivos Específicos
Diretrizes	Diretrizes
Estratégia de implementação	Temas transversais Eixos operacionais
Responsabilidades das esferas de gestão	Competências comuns a todas as esferas de gestão do setor saúde
	Competências do Ministério da Saúde
	Competências das Secretárias Estaduais de Saúde
X	Financiamento
Ações específicas	Temas prioritários

Fonte: Elaborado pelo próprio autor, baseado na PNPS (2006; 2015).

Em uma breve análise, destaca-se a inserção dos itens valores e princípios, temas transversais e financiamento, demonstrando indícios de preocupação com a coerência conceitual da PS e com a implementação da PNPS. Outra observação, refere-se às mudanças nos títulos, como “estratégia de implementação” para “eixos operacionais” e “ações específicas

para “temas prioritários”. Essas mudanças partem da seguinte contextualização:

Observou-se a necessidade de identificar como a PS no SUS vinha sendo operacionalizada nos territórios para, então, rever de que modo a PNPS, como política pública, mobilizava os atores na busca de sua efetivação prática. Ficou evidente a importância de incluir novos elementos indutores para a sua concretização (BRASIL, 2015a, p.9).

A seguir, detalhar-se-á essa problematização inicial, separando sua análise nos seguintes eixos temáticos: preâmbulo, introdução e diretrizes; estratégias e temas prioritários.

10.2.1 PREÂMBULO, INTRODUÇÃO E DIRETRIZES

10.2.1.1 Categoria: Advocacy da PS sob a ótica do desenvolvimento social

A organização da escrita do preâmbulo e introdução, de acordo com os entrevistados, foi considerada, praticamente, idêntica à versão anterior da PNPS, o que demonstra a sua atualidade. Além disso, eles acrescentaram também, que permaneceu a dificuldade em concretizar os conceitos apresentados em torno da PS.

[...] Outra coisa também interessantíssima, quando a gente foi fazer a revisão o preâmbulo da política estava atualíssimo. Nós não precisamos revisar muito o preâmbulo. Entrevistado 07

[...] A introdução quase não foi alterada, praticamente não muda, cheia de conceitos que já eram muito difíceis de tentar compor. Entrevistado 16

Tanto o preâmbulo quanto a introdução foram sistematizados com o objetivo de contextualizar a PS no Brasil, demarcando as influências na institucionalização desse saber no SUS. Entre as quais, destacou-se no texto da Política, a 8ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, com a Declaração de Helsinque, com o tema Saúde em Todas as Políticas; o Plano Brasil Sem Miséria; a Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde e o Fórum Econômico Mundial, com a discussão sobre o desafio de enfrentar as doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2015a). Pôde-se observar, a partir dessas descrições, a caracterização de duas correntes teóricas que influenciaram a PS no Brasil. A primeira baseada na perspectiva do desenvolvimento social, conforme contextualiza as primeiras influências, e a segunda norteadas pelo enfrentamento das doenças crônicas, a qual legitima a ação da PS sobre o estilo de vida, de acordo com as duas últimas.

Apesar dessa constatação, a escrita desses itens ressoou como um convite ao leitor para sensibilizar-se com a ideologia da PS, sob a perspectiva do desenvolvimento social, envolvendo-se com a defesa e com o desenvolvimento de políticas públicas. Ademais,

considerou-se que a PS “deveria considerar a autonomia e a singularidade dos sujeitos, das coletividades e dos territórios”, reforçando na Política a relação da PS com o território (BRASIL, 2015a, p.8).

Outro ponto interessante, referiu-se ao registro da necessidade de articulação com outros setores e políticas públicas, “devido à impossibilidade de que o setor sanitário respondesse sozinho ao enfrentamento dos determinantes e condicionantes da saúde” (BRASIL, 2015a, p.6), demonstrando a amplitude do problema a ser enfrentado por essa política. O próprio então Ministro da Saúde, Arthur Chioro, no lançamento da PNPS revisada, comentou sobre essa política:

[...] A PNPS destaca o quanto que é importante o setor saúde contar com a participação ativa de outras políticas públicas, de outras ações intersetoriais da sociedade e de outras modalidades de organização da sociedade, como as ONGs, as universidades, os poderes públicos, para que a gente possa enfrentar grandes temas (BRASIL, 2014d).

Ao analisar as diretrizes da PNPS revisada, “compreendidas como linhas que fundamentam as ações e explicitam as suas finalidades”, é possível constatar sua coerência com os objetivos e a introdução (BRASIL, 2015a, p.13). Em resumo, apontam para a cooperação e a articulação intra e intersetorial; o incentivo à gestão democrática, participativa e transparente; ampliação da governança no desenvolvimento de ações de PS; a incorporação das intervenções de PS no modelo de atenção à saúde; o apoio à formação e à educação permanente em PS para ampliar o compromisso e a capacidade crítica; o estímulo à pesquisa, à produção e à difusão de experiências entre outros, que apoiam a tomada de decisão, a autonomia, o empoderamento coletivo e a construção compartilhada de ações de PS.

Além disso, pode-se dizer que há uma intencionalidade maior em aproximar a PS do território, conforme detalha a diretriz a seguir: “o fomento ao planejamento de ações territorializadas de PS com base no reconhecimento de contextos locais e respeito às diversidades” (BRASIL, 2015a, p.13).

10.2.2 PRINCÍPIOS E VALORES

10.2.2.1 Categoria: Tomada de consciência da importância da felicidade

Segundo os entrevistados, a inserção dos valores e princípios da PS na PNPS, demonstrou preocupação com a coerência teórica desse saber, partindo do pressuposto de ser algo raro de se evidenciar em uma política pública. Além disso, alguns entrevistados

reconheceram que a partir desses elementos facilitar-se-ia a orientação quanto à operacionalização da PS no enfrentamento do DSS. Outro aspecto pontuado, nos discursos, considerou o conjunto de valores e princípios relacionados à PS como mais amplos que os defendidos em outros documentos teóricos. Ademais, identificou-se também um destaque para a felicidade como valor da PS.

[...] O produto final foi bem intencionado, bem escrito, tecnicamente falando. Acho que teve uma preocupação com valores. Entrevistado 16

[...] Acho que a gente ampliou bastante em vários pontos, não só conceitualmente, discutindo valores e princípios da PS, mas também na operacionalização desses princípios e valores com a indicação de estratégias de ação mais concretas. Entrevistado 05

De acordo com dicionário (TREVISAN, 2015b), o termo princípio corresponde à causa primária. Portanto, pode-se entendê-lo como capaz de direcionar valores na esfera individual e coletiva. Para Kusma *et al.* (2012, p.13), o valor representa a “âncora moral” das ações de PS. Com isso, pode-se interpretar que a presença de valores sinaliza tanto o empoderamento de sujeitos e instituições, quanto a intensidade de suas interações com outros indivíduos e o meio ambiente.

Há o reconhecimento de que os valores e princípios da PS representam o imperativo ético para a operacionalização de suas iniciativas de âmbito coletivo, relacionadas à perspectiva de saúde como produção social, que busca enfatizar a determinação social, política, econômica e ambiental da saúde (BRASIL; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 1992; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2005).

De acordo com a PNPS revisada, são considerados como valores da PS: solidariedade, felicidade, ética, respeito às diversidades, humanização, corresponsabilidade, justiça e inclusão social. E como princípios: equidade, participação social, autonomia, empoderamento, intersetorialidade, intrasetorialidade, sustentabilidade, integralidade e territorialidade (BRASIL, 2015a).

Por outro lado, houve relatos de entrevistados que consideraram que especificar os valores e princípios não significavam avanços, tendo em vista as dificuldades para implementá-los no pragmático contexto da gestão:

[...] Você discutir valor é complexo nesse cenário muito duro. Eu tenho que me fazer entender com pessoas que, normalmente, não são nem sanitaristas, que na verdade se tiverem nível superior é bom, porque dependendo do município, nem isso. Então, eu apresento uma política e a pergunta que o cara faz é: “como faz?”, é o clássico, Cadê a receita de bolo? [...] Ela ter falado mais de valores e de princípios, não é retórica no sentido pejorativo de que é vazio, mas não opera em um país como o nosso que é muito complicado você pensar que vai fazer só por indução. Entrevistado 16

Pode-se dizer que essa categoria expõe a tomada de consciência da importância da felicidade quanto ao valor da PS, bem como a necessidade de condições para que essas novas competências se materializem no setor da saúde.

10.2.3 ESTRATÉGIAS

A organização das estratégias da PNPS, através dos seus temas transversais e eixos operacionais, conforme apresentados no quadro 7, demonstrou a preocupação com a coerência da sistematização da ação da PS. Segundo a PNPS (2015, p.14), os temas transversais, “são referências para a formulação de agendas de PS e para a adoção de estratégias e temas prioritários, operando em consonância com os princípios e valores do SUS e da PNPS”. Ademais, essa agenda deveria ser construída a partir das prioridades do território. Diante dessas ponderações, teve-se a sensação de que os temas transversais foram, de fato, os temas prioritários de intervenção para o alcance dos objetivos propostos por essa Política.

Quadro 7 - Lista com os temas transversais e os eixos operacionais da PNPS

Temas transversais	Eixos operacionais
Determinantes Sociais da Saúde (DSS), equidade e respeito à diversidade;	Territorialização;
	Articulação e cooperação intra e intersectorial;
Desenvolvimento sustentável;	Rede de Atenção à Saúde;
Produção de saúde e cuidado;	Participação e controle social;
Ambientes e territórios saudáveis;	Gestão; Educação e formação;
Vida no trabalho;	Vigilância, monitoramento e avaliação;
Cultura da paz e direitos humanos.	Produção e disseminação de conhecimentos e saberes;
	Comunicação social e mídia;

Fonte: Elaborado pelo próprio autor, baseado na PNPS (2006; 2015).

Em relação aos eixos operacionais, entende-se como estratégias para concretizar as ações de PS, devendo respeitar seus valores, princípios, objetivos e diretrizes (BRASIL, 2015a). Entretanto, não ficou evidente em sua sistematização o como proceder para que a articulação, entre os itens descritos, tivesse o resultado projetado.

10.2.3.1 Categoria: Operacionalização engenhosa sob o olhar do território

A nova proposta de organização da PNPS, conforme esclareceram os entrevistados, avançou na sua operacionalização, bem como em estratégias de ação mais concretas. Além disso, foi considerada mais didática, ao comparar com sua versão anterior, por detalhar o como realizar as ações de os sob a perspectiva dos eixos operacionais e temáticos.

[...] Foi muito positivo, acho que ela traz o como, na tentativa de fazer eixo, tema. Essa coisa do buscar fazer, como fazer, de buscar campo. Entrevistado 14

[...] Eu acho muito melhor, ficou mais claro. Eu acho que ali teve alguns eixos finalísticos e alguns eixos mais transversais. Mas, nitidamente tem ali um material que orienta os estado e municípios para a implantação de políticas locais de PS. Entrevistado 11

Segundo os entrevistados, essa nova proposta de operacionalização direcionou-se para o enfrentamento das iniquidades sociais, estabelecendo relação com os DSS; equidade; produção da saúde e cuidado; desenvolvimento sustentável e territorialização. Entre os eixos, de acordo com as entrevistas, destacou-se a abertura para a territorialização, por ser novidade na sistematização da PNPS. Isso se coadunou com o discurso do conselheiro André Luís Bonifácio, conforme identificado em atas da reunião do CNS, ao destacar a importância dos eixos operacionais, por estimularem partir de um lugar real – dos territórios, dos municípios (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2014). Ademais, os entrevistados consideraram também como avanço a discussão sobre a intersetorialidade, ao enfatizar a importância de sua utilização na construção de ações de PS.

[...] Trabalhar a questão da intersetorialidade como questão essencial, discutir a essencialidade de que as ações de PS atuem sobre os determinantes. Acho que nisso a gente avançou bastante. Entrevistado 05

Outro aspecto, registrado pelos entrevistados, refere-se à ênfase na horizontalização do processo de construção das ações de PS, ao aproximar a participação social da intersetorialidade, devido ao reconhecimento quanto à importância das relações sociais no enfrentamento das desigualdades. Por isso, o entendimento, por entrevistados, quanto ao interesse da PNPS revisada na articulação e agregação em torno de projetos coletivos. Todavia, possuiu destaque como avanço na operacionalização, de acordo com os entrevistados, a inserção dos temas transversais, por serem considerados como referência para formulação de agenda locais.

[...] A política incorpora a importância da participação social na questão da intersetorialidade, isso com um pouco mais de veemência. [...] Eu acho que a atual é mais flexível, consegue horizontalizar um pouco mais. Entrevistado 03

[...] O positivo, eu não tenho dúvida que são os temas transversais. Entrevistado 08

Por isso, Albuquerque, Franco de Sá e Araújo Jr. (2014) reconhecem que esse novo arranjo para a operacionalização da PNPS projeta uma nova sistematização para as ações de PS, aproximando-a do território. Isso se associa ao entendimento de Patrícia Jaime (CGAN/DAB/SAS), de que os eixos operacionais e os temas prioritários vieram para superar uma lacuna entre o plano conceitual e o plano de ação (COMITÊ GESTOR DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2014). Vale salientar que esse distanciamento entre esses planos representou uma das principais críticas à Política na versão anterior, ao ponto de entrevistados defini-la como esquizofrênica:

[...] Você ver o objetivo geral da primeira versão é muito amplo, aí você vai para segunda parte, tem um engessamento. Então, é uma coisa esquizofrênica, mas era uma coisa possível naquele momento. Entrevistado 12

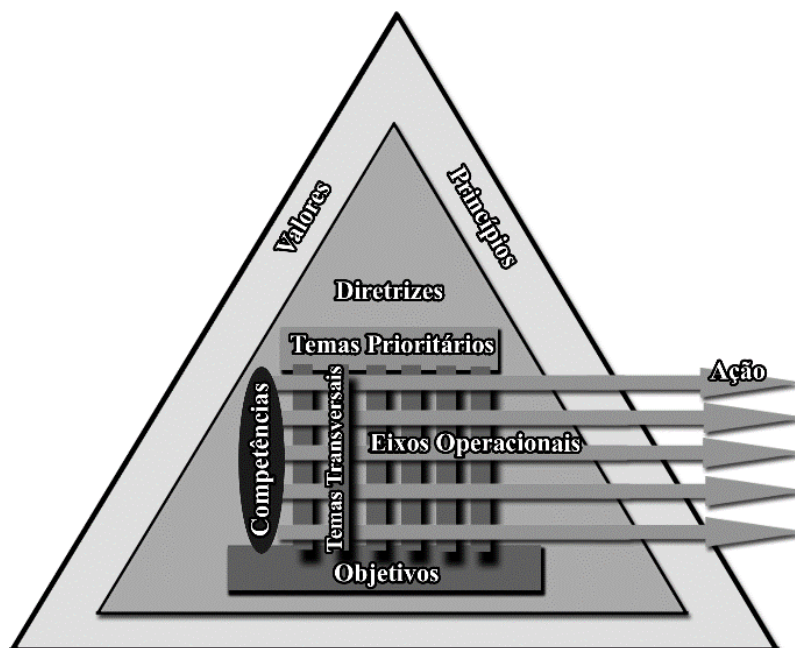
Entretanto, mesmo com os avanços, também apareceu nas entrevistas que a Política ficou engenhosa, sendo denominada por alguns como ‘frankensteiniana’. Ademais, também foi considerada de difícil tradução para os gestores, que representa um dos seus principais destinatários. Por isso, os argumentos quanto à necessidade de um instrutivo para compreender o propósito de sua estrutura.

[...] Então, a gente tem temas prioritários, tem temas transversais e põe os determinantes. Ficou um pouco Frankenstein o negócio. [...] Essa política precisa de um instrutivo, porque talvez não fica claro a proposta de coerência entre os elementos da política. Então, na política eu preciso fazer a leitura da minha realidade para definir qual é o problema que vai ser abordado; preciso contemplar diferentes dimensões; preciso observar os valores; preciso fortalecer as diretrizes da política e transformar a realidade ou então isso não é PS. Isso não fica claro no texto da política.
Entrevistado 06

[...] Como foi ampliado mais os determinantes sociais, a intersectorialidade se tornou mais forte que na primeira, do como fazer, isso automaticamente vai causar uma dificuldade pra os gestores locais enxergarem a concretude da política.
Entrevistado 14

Como tentativa de tradução da inserção desses itens na leitura da Política, Albuquerque, Franco de Sá e Araújo Jr. (2016, p.1699) propuseram o esquema a seguir.

Figura 13 - Esquema didático referente ao ‘novo’ arranjo da PNPS



Fonte: Albuquerque, Franco de Sá e Araújo Jr. (2014, p.1699).

E junto a isso, os autores apresentam as seguintes etapas para sua compreensão:

1. Escolha um tema para fundamentar a sua ação de PS, seja vinculado à agenda prioritária da política ou a outra prioridade do município ou estado;
2. Associe sua proposta de ação às diretrizes e objetivos da política;
3. Identifique quais temas transversais da política serão abordados para alcançar os objetivos;
4. Procure desenvolver estratégias por base nos eixos operacionais descritos na PNPS;
5. Identifique os valores e princípios da PS que estão sendo trabalhados em sua ação. Esses percursos possibilitam ao gestor que mesmo insistindo em trabalhar a PS com temas relacionados, diretamente, a prevenção de doenças, vai induzi-lo a avançar na perspectiva da PS. (ALBUQUERQUE; FRANCO DE SÁ; ARAÚJO JR., 2014, p.1699)

Para outros entrevistados, houve o entendimento de que não ocorreu avanço na operacionalização da Política, por considerar a sua estratégia desconexa da prática do gestor. Para esses atores, a proposta deveria ser organizada com estratégias mais concretas, como o método bambu, para priorizar, de fato, a intersetorialidade.

[...] A minha sensação é que a revisão da política poderia garantir potência pelo menos mais nesse lado intersetorial, que ficou um pouco largado, não operou nesse sentido. Não é que o texto seja difícil, mas não é um texto de operação, não ajuda a planejar, que é a linguagem que o gestor vai entender. [...] Na verdade, essa é minha implicância com a revisão da política, porque eu entendo que a revisão da política teria que torná-la mais operacional, mais compreensível a esse gestor, cujo foco dele é: quantos exames, quantas UTI, quantos não sei o quê. Eu não vou discutir com ele com base na afetividade, na solidariedade, para ele isso só é (conversa). Hoje, para mim, esse é o principal impeditivo de avanço da política. [...] A política pública não pode ser pessoal, não pode ser um esforço de alguém. [...] A PS continua sendo como um bônus e não como uma ação efetiva dentro do sistema. Entrevistado 16

Mesmo reconhecendo a pouca força argumentativa dos entrevistados, vale destacar as suas justificativas. A primeira contradição apontada referiu-se ao reconhecimento de que os

atores, responsáveis pela sistematização da revisão da PNPS, apresentavam competências e metodologias para tornar o planejamento operacional mais concreto para o gestor, isso partindo do pressuposto de que excesso de teoria e pouca orientação para o planejamento distanciaria o gestor da Política. Outra contradição que justificou o entendimento de que não houve avanço na operacionalização, parte da compreensão de que uma política pública não pode ser algo pessoal, ou seja, seu resultado não pode depender do nível de interesse e compreensão do gestor.

[...] Eu podia ter feito um anexo, assim, metodologias que se prestam a fazer isso. Pensei em criar conselhos intersetoriais, por exemplo, que a gente viu isso acontecer em Maringá. Tinha conselhos intersetoriais que era saúde, assistência social e educação, por exemplo; utilize metodologias participativas: qual é o modelo que vou usar? Qual é o modelo que o ministério vai defender? Ah, o método bambu tem escala e comprovação de que operou na inclusão da participação social e operou na produção de política local. Então, vamos usar esse. Entrevistado 16

Por isso, evidenciou-se também nas entrevistas, que a implementação da PNPS deveria estabelecer condições para que todos tivessem as mesmas possibilidades de colocar a PS em prática.

10.2.4 TEMAS PRIORITÁRIOS

A identificação dos temas prioritários, diferentemente das ações específicas na PNPS (2006), apresentou-se com justificativas perante à sua indução. Entretanto, seus argumentos em torno da permanência dessas ações limitaram-se aos acordos nacionais (Plano Nacional de Saúde, pactos interfederativos, planejamento estratégico do MS) e internacionais firmados pelo governo brasileiro (BRASIL, 2015a).

A preocupação com as singularidades dos territórios já não apareceu com evidência conforme demonstrado nos itens anteriores. Diferentemente dos temas transversais e dos eixos operacionais, esse item não fazia referência direta a nenhum dos outros aspectos da Política, como tentativa de esclarecer a sua articulação na realização da ação da PS na prática. A única relação estabelecida com esse item evidenciou-se na descrição dos temas transversais, ao ser colocado como referência para os temas prioritários (BRASIL, 2015a).

Para Albuquerque, Franco de Sá e Araújo Jr. (2016, p.1696), a agenda retratada através dos temas prioritários “aponta, inevitavelmente, para novos desafios no contexto do SUS, mesmo reconhecendo que suas prioridades, quase que predominantemente, ainda estão vinculadas com a versão anterior da Política”.

Com base nessas ponderações, a categoria evidenciada a partir da análise desse eixo temático constatou seu entendimento ‘entre a esperança e a desconfiança na reescrita dos temas

prioritários'. A seguir, detalhar-se-á essa categoria, bem como seus argumentos constituintes.

10.2.4.1 Categoria: Entre a esperança e a desconfiança na reescrita dos temas prioritários

Diante da análise das entrevistas, verificou-se que os argumentos sobre os temas prioritários, apresentavam aspectos positivos e negativos. Dentre os quais, destacou-se nos discursos dos entrevistados, a reescrita das ações específicas sobre o olhar da PS, a qual, a partir de então, definiu-se como temas prioritários.

[...] Algumas prioridades continuaram, mas trazendo um olhar mais qualificado e dentro da perspectiva da PS. (Antes era) prevenção das lesões e mortes no trânsito virou mobilidade segura e sustentável. Então, trazendo a perspectiva não do prevenir o acidente de trânsito, [...] mas trazendo a discussão do ir e vir das pessoas, da mobilidade dentro de uma perspectiva da sustentabilidade. Entrevistado 12

De fato, ao se comparar a escrita dos novos temas prioritários com a das ações específicas, conforme detalha o quadro abaixo, percebeu-se uma maior coerência em relação ao saber da PS, devido, principalmente, ao distanciamento de termos característicos da prevenção de agravos.

Quadro 8 - Comparação entre as ações específicas e os temas prioritários

Ações específicas (BRASIL, 2006)	Temas prioritários (BRASIL, 2015)
Alimentação saudável;	Alimentação adequada e saudável;
Prática corporal/atividade física;	Práticas corporais e atividades físicas;
Prevenção e controle do tabagismo;	Enfrentamento ao uso do tabaco e seus derivados;
Redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas;	Enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas;
Redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito;	Promoção da mobilidade segura;
Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz;	Promoção da cultura da paz e dos direitos humanos;
Promoção do desenvolvimento sustentável.	Promoção do desenvolvimento sustentável;
	Formação e Educação permanente.

Fonte: Elaborado pelo próprio autor, baseado na PNPS (2006; 2015).

Entretanto, observa-se que mantiveram os mesmos direcionamentos da versão anterior da PNPS, com exceção do acréscimo formação e educação permanente (BRASIL, 2015a). Ação

esta reconhecida como positiva, por entrevistados, devido à decisão de ampliar a agenda de compromissos do governo federal.

[...] A questão da educação permanente também virou uma prioridade. Então, começa a trazer alguma coisa diferente para política, que vai ter algum impacto no futuro. Entrevistado 13

A permanência dos mesmos temas na PNPS possibilitou problematizar sobre se as mudanças na sua escrita seriam capazes de induzir uma nova prática para a PS, ou se restringiria apenas como documento teórico. Para alguns entrevistados, houve o entendimento de que essa nova agenda não estava limitada, como foi a versão anterior da PNPS, devido ao fato de se considerar que ela não estabeleceu restrição de ação da PS aos temas prioritários da Política. Ademais, havia o interesse da gestão, de acordo com os entrevistados, em conferir um novo olhar sobre os temas prioritários.

[...] Acho que foi positivo, mas a gente não engessou. Não está uma agenda como da outra vez e outros temas podem ser agregados pelos Estados e Municípios, de acordo com suas prioridades. Entrevistado 12

[...] Era muito mais voltado para doença, para as questões específicas que tinham a ver inclusive com a própria OMS e ainda continua nessa política agora. Nessa a PS ainda tem muito proximidade com os próprios tópicos da OMS: a questão do aproximar das metas do milênio, a questão do consumo do álcool e droga. Isso ainda existe, mas com outro (intuito). [...] Ainda tem isso, mas é muito mais aberta para a possibilidade de construção de micropolíticas e mesopolíticas que você consiga atender uma necessidade uma aclamação maior da população. Entrevistado 04

É possível perceber, na descrição dos propósitos de cada tema, a intencionalidade de ampliar a abordagem de ação para o campo da PS, ao aproximá-los da ótica dos DSS. Vale salientar que isso ocorreu mesmo em temas, notoriamente, característicos de ação de prevenção de agravos. O próprio Ministro da Saúde, Arthur Chioro, reconheceu que a revisão da PNPS, “fundamentalmente, aprofunda ações que já estavam sendo executadas e outras novas” (BRASIL, 2014d).

Além disso, a permanência de alguns temas na Política, também foi alvo de elogios por conselheiros do CNS, de acordo com suas atas de reunião, como o destaque dado ao tema da cultura de paz e não violência. Para o conselheiro André Luís Bonifácio, o debate desse tema, nos conselhos de saúde do país, fez com que essa Política ganhasse concretude e fortalecesse o SUS, demonstrando o quanto ele era fundamental e transversal. Outro relato, que corroborou com esse tema, foi o da conselheira Verônica Lourenço da Silva ao destacar que “é preciso ter atenção para os crimes homofóbicos que ocorrem no país e para os assassinatos de jovens negros”, demonstrando sintonia com a reescrita do tema - Promoção da cultura da paz e dos direitos humanos. A partir disso, evidenciou-se o olhar da equidade na percepção do tema destacado, o que demonstrou coerência com os objetivos propostos da PNPS revisada. Da

mesma forma, também se identificou o tema da alimentação saudável como sendo importante, pela conselheira Nelcy Ferreira da Silva (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2014).

Em contrapartida, a permanência dos temas prioritários na Política, também foi analisada de forma negativa por outros entrevistados. Isso se justificou por alguns dos deles entenderem que a existência desses temas limitaria a ação do gestor, por isso a sua associação, a uma ‘prisão’. Essa crítica, de acordo com as entrevistas, parte do pressuposto de que não se estaria respeitando a autonomia do município em definir suas prioridades, já defendida por outros atores no transcorrer do processo de revisão da PNPS. Além do mais, acrescentaram que a permanência de uma agenda não conferiria perenidade à Política.

[...] Eu acho que fere o princípio do desenvolvimento da autonomia, (consiste) dos municípios e estados terem a liberdade para fazer a leitura da sua realidade e definir quais são os seus temas prioritário. (E, assim,) receber o suporte e o apoio dos outros entes federados para trabalhar com aquilo que consideram prioritário. Entrevistado 06

Para alguns entrevistados, mesmo com a reescrita dos temas, a agenda não avançou, pois a mesma continuou voltada para o enfoque na doença. E contextualizam que não haveria como ser diferente em função do entendimento, da câmara dos deputados, de que PS não é ação da saúde.

[...] Acaba que o que é revisto na política não é a agenda exatamente, criam-se outras coisas na política que, para mim, continuam sendo textos, alguns bons trabalhos acadêmicos, mas que não conversam de novo com o gestor. Entrevistado 16

[...] Ah, negativo é realmente alguns temas prioritários, mas eles estão ali, até mesmo como eu te falei. A gente está nessa questão do que é PS, não pode ser saúde. Aí isso justifica muito a questão do gestor em si. Entrevistado 13

A esperança e a desconfiança na reescrita dos temas prioritários, demarcou a discussão dessa categoria, necessitando da análise de outros aspectos como a factibilidade da PNPS revisada, para projetar a sua implementação para a sociedade.

10.3 META E FACTIBILIDADE DA POLÍTICA

De acordo com Sampaio e Araújo Jr. (2006), faz-se necessário para a implementação da política um bom planejamento, com metas e ações bem delimitadas e com definição de prazos e recursos. A ‘não possibilidade de metas’ no texto da PNPS revisada, corrobora, dentre outros fatores, com o entendimento de que essa Política apresenta à sua ‘factibilidade e viabilidade comprometida’. A seguir, detalhar-se-ão as categorias apresentadas, decorrentes do processo de análise deste eixo temático.

10.3.1 CATEGORIA: NÃO POSSIBILIDADE DE METAS

No transcorrer da análise da estrutura da Política, não se constatou a presença de metas, nem quantitativas ou qualitativas. A referência a esse aspecto, apenas se estabeleceu no detalhamento das competências das Secretarias Estaduais e Municipais, como aspecto a ser pactuado nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB), nas Regionais (CIR) e no Colegiado de Gestão do Distrito Federal (CGSES/DF) (BRASIL, 2015a). Mesmo assim, para alguns entrevistados, as mudanças promovidas na PNPS revisada, caso aplicadas, possibilitariam resultados diferenciados, ou seja, ampliariam o impacto da Política.

[...] Eu acho que tem muita possibilidade de ampliar o impacto dessa política daqui para frente. Entrevistado 05

[...] Se conseguirmos a médio e longo prazo que essa política consiga uma aplicabilidade, com certeza nós vamos ter resultados diferenciados. Entrevistado 04

A ausência de metas no transcorrer da Política, possibilita inferir que essa tomada de decisão demonstra fragilidade na implementação da PNPS revisada, bem como a falta de prioridade diante da sua indução. A não possibilidade de metas torna a discussão da PNPS ainda algo no campo dos desejos, conforme apontaram os entrevistados, distanciando de um planejamento efetivo para o enfrentamento do problema.

10.3.2 CATEGORIA: FACTIBILIDADE E VIABILIDADE COMPROMETIDA

A inserção do item financiamento, na estrutura da política, representa outra novidade em comparação a anterior. Todavia, ao registrar que o financiamento das ações de PS será por meio dos blocos de financiamento do SUS, subtende-se que não haverá uma destinação específica de novos recursos financeiros à sua implementação. Com exceção para os temas prioritários e seus planos operativos, que serão objeto de pactuação prévia na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) (BRASIL, 2015a).

Segundo os entrevistados, a maneira como foi abordado o financiamento, não conferiu nenhuma sustentabilidade para que os objetivos e diretrizes, da PNPS revisada, se estabelecessem na prática.

[...] A factibilidade e a viabilidade dessa política está muito comprometida. Entrevistado 08

[...] Eu acho que a PNPS ainda não tem sustentabilidade nenhuma. Ela continua uma carta de intenções. Entrevistado 14

[...] O reparo que faço é a aplicação da política. Ela é bem formulada, mas o problema é assim: o Brasil aliás é pródigo nisso, (pois) nós temos ótimos hábitos normativos e leis, mas como é que vamos implementá-las? Entrevistado 02

O primeiro aspecto, abordado pelos entrevistados, que caracterizou o comprometimento da factibilidade da Política, referiu-se a não destinação de recursos para as ações de PS vinculada ao território. Com isso, constatou-se, nos discursos, o entendimento de que não se estabeleceu condições para ampliar a ação de PS para além do que era realizado pela PNPS anterior.

[...] Eu acho que a PNPS, apesar de colocar a questão do território nos eixos de ação, continua sendo uma política, digamos assim, do éter, genérica. Ela não destina recurso para ações no território. Entrevistado 07

Outro aspecto, registrado nos discursos, considerou que devido à PNPS não estar articulada com a Política Nacional de Saúde, isso ocasionou fragmentação de propósitos e ações. Além disso, também se identificou aspectos inerentes à relação político-poder ao se constatar que a gestão continuou refém do viés econômico, não a enfrentando como deveria.

[...] Eu acho que essa tentativa brilhante, mas que feito só no papel não vai dar certo, não vai mudar. Eu acho que a gente tinha que pensar, nessa revisão, na forma de como é que nós vamos articular essa PS dentro de uma política nacional de saúde? Entendeu? Uma política em que não sejam pequenos compartimentos. Entrevistado 09

[...] Um governo que acha que não pode impor certas normas à indústria alimentícia, [...] porque se exigir isso a indústria vai dispensar gente, aumenta o desemprego, a atividade econômica é comprometida, e a reeleição não acontece. Então, há uma preocupação pelo viés econômico e não pelo viés sanitário. Então, eu gosto das palavras claras da língua portuguesa, acaba para mim sendo um embuste, uma farsa. Entrevistado 02

Segundo Fernando Cupertino (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2015, p.2), a sociedade está inserida em um complexo sistema contraditório entre os interesses do mercado e os da seguridade social, pois “temos a ideia socialista de um sistema universal de saúde, mas vivemos em um ambiente capitalista cada vez mais duro. O nosso pensamento de saúde já chega a ser tão abrangente que inclui a felicidade das pessoas, mas realizar isso não é nada fácil”.

Mesmo com pouca força argumentativa, para alguns entrevistados, a Política desenhada era factível para a realidade brasileira, pois norteava-se pelas experiências que vinham sendo realizadas. Ademais, o estabelecimento da Política, no formato de portaria, conferiu maior sustentabilidade.

[...] Acho que agora a gente tem um política mais clara, foi construída levando em conta muita experiência do que já é feito, para não criar nada não factível para realidade brasileira. Entrevistado 11

Diante disso, pode-se dizer que a factibilidade e viabilidade da PNPS revisada está

comprometida, partindo do conjunto de induções retratadas pelos seus objetivos, diretrizes, princípios e estratégias para a ação de PS.

10.4 COMPREENSÃO DA POLÍTICA

Neste capítulo, analisaram-se os elementos específicos da PNPS revisada, e, a partir desta análise, nesse eixo temático, procedeu-se a uma reflexão mais abrangente sobre o seu conteúdo. Além disso, discutiu-se sobre se essa Política poderia ser considerada uma revisão ou uma reformulação.

10.4.1 CATEGORIA: CONTRADIÇÕES NOS AVANÇOS DA PNPS REVISADA

Segundo os entrevistados, a Política revisada avançou quando comparada a sua versão anterior, o que contextualizou a sua leitura positiva diante do produto elaborado pelo processo de revisão.

[...] O resultado é muito bom. Eu acho que a gente venceu a disputa em muita coisa. A revisão da PNPS avança um pouco mais do que a de dois mil e seis.
Entrevistado 07

A força argumentativa evidenciada quanto ao reconhecimento desses avanços, justificou-se, nos discursos, diante de argumentos que reconheceram a PS como sendo mais compreensível e coerente nessa nova Política. Parte disso, comentaram os entrevistados, estabeleceu-se pela aproximação conceitual da PS ao território, como também ao enfrentamento dos DSS, contextualizada por um conceito ampliado de saúde.

[...] Um outro olhar, menos prescritivo, menos normativo, muito mais estratégico, muito mais dentro daquilo que a PS trabalha, (ou seja) dentro da perspectiva de intervir nos determinantes e condicionantes. Entrevistado 12

A conselheira Ana Maria Costa, na reunião de aprovação da PNPS revisada, considerou esse novo produto como avanço, por atender à necessidade do artigo 196 da Constituição Federal, “que coloca a saúde como recorrente das múltiplas políticas sociais e econômicas” (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2014e, p.57). Isso pode ser exemplificado, ao oportunizar, nessa Política, a reflexão sobre o papel do setor saúde em torno dos enfrentamentos aos DSS, fomentando diálogos com os novos marcos nacionais e internacionais. Assim como ao defender a constante necessidade de qualificar e atualizar as ações e os serviços prestados pelos gestores e trabalhadores do SUS (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2014).

Os avanços na organização conceitual da PNPS, conforme relatos de entrevistados, facilitaram a compreensão da PS, defendida pelo GT de PSDS, como também possibilitou refletir sobre as incoerências nas quais foram induzidas, pela sua versão anterior, como sua ação.

[...] Eu acho que ampliou muito o entendimento a respeito sobre o que a gente está falando quando fala em política de PS, em trabalhar princípios essenciais para construção, implementação e avaliação de propostas, com essa questão do olhar da especificidade e contexto dos territórios. Entrevistado 05

[...] Agora o produto traz alguma forma de reflexão e de pensar, isso é importante. [...] Eu acho que a produção do texto da nova política (é impactante) para dizer, para outras pessoas e para gestão que estava lá, que a PS não era o que vinha sendo (feito). Entrevistado 09

De acordo com os entrevistados, a PNPS demonstrou-se ‘menos esquizofrênica’ que sua versão anterior, devendo entender, por essa caracterização, a diminuição da incoerência entre os seus propósitos e suas prioridades induzidas. Parte disso, acrescentaram os entrevistados, justificou-se pela inserção dos eixos operacionais e dos temas transversais na estrutura da PNPS revisada. Assim como, mesmo que ainda superficial, pela inserção das diferenças regionais e problematização da crítica ao modelo de desenvolvimento e produção.

[...] Eu acho que a PNPS está menos esquizofrênica, foi a possível. Entrevistado 08

[...] Acho que tinha um escopo bem significativo de mudanças [...] Faz a crítica ao modelo de desenvolvimento, ao modelo produtivo de alimentos, coloca questões das relações sociais como algo estruturante para enfrentar as desigualdades. [...] E vai na linha de ter uma vigilância ambiental maior, mais enfática sobre a produção de alimentos. Entrevistado 01

Os princípios e valores da PS, detalhados pela PNPS, demonstraram aproximação com outras políticas públicas, a ponto de projetar maior pertencimento, o que favorece à construção de diálogos e parcerias com outros setores. Isso pôde ser observado nas considerações de Cristina Hoffmann (DAET/SAS), ao reconhecer que a Política de Saúde da Pessoa Idosa dialoga, diretamente, com a PNPS, assim como diferentes políticas públicas contemplam seus princípios e valores (COMITÊ GESTOR DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2014).

Para o CONASS, a PNPS ao tomar por fundamento "os princípios e diretrizes do SUS, que trazem em sua base o conceito ampliado de saúde, o referencial teórico da PS e os resultados de suas práticas, aponta para a necessidade de articulação com as demais políticas" (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2014, p.3). Isso se coadunou com o entendimento de Marta Maria Alves da Silva, coordenadora da Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes (CGDANT/DANTPS/SVS), de que “a Política é transversal, intra e intersectorial, com abordagem sobre as responsabilidades e compromissos dos diversos setores.

Portanto, dialoga com outras políticas e a intenção era ampliar ainda mais a articulação” (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2014e, p.58).

Deve-se destacar, na análise, o reconhecimento, por atores da gestão, da importância desses avanços serem para além do estilo de vida. Contudo, contraditoriamente, foram os mesmo atores que apontaram para os limites do setor saúde no enfrentamento dos DSS, o que distanciaria a atuação da PS sobre o território.

Mesmo diante do reconhecimento dos avanços em relação à PNPS revisada, apareceram críticas, nas entrevistas, que apontaram várias contradições. Dentre as quais, destacou-se a compreensão como carta de intenções, ao ponto de alguns não a reconhecerem como uma política pública.

Segundo os entrevistados, essa crítica se justificou por entender a PNPS como um documento teórico muito abrangente, no qual extrapolou inclusive a competência do setor saúde. E acrescentaram como resultado disso, o fato de continuar a dificuldade de visualizar a PS na prática, somado ao entendimento que não se definiu seu campo de atuação.

[...] A PNPS é uma carta de intenções, nada mais que isso. Entrevistado 02

[...] O negativo é que a PNPS abriu muito. [...] Ela gera essa abertura para outras temáticas muito além da saúde. Se perde no excesso de intersectorialidade, no tentar dar conta de tudo em um canto só, (ou seja) não gera campo. E chega a um ponto que falo sempre, que o SUS corre esse risco. Ele é tão universal, tão integral, busca tanto o macro que acaba dizendo que é tudo. E quem é tudo, não é nada, porque não constrói campo. Não constrói uma concretude, não traz para o campo do real. As pessoas não têm a condição de ver como é que a política se materializa. [...] Ela continua uma carta de intenções. Entrevistado 14

[...] Eu acho o produto final bem intencionado, bem escrito, tecnicamente falando. Acho que teve uma preocupação com valores, mas acho que ela não é uma política. Talvez, tenha me tornado mais gestora do que era em determinado momento, talvez mais pragmática. Não é que não seja importante definir valores, mas se eu pegar o texto final da política da revisão tudo é conceito. Eu tenho que compor tantas linhas, porque eu chamo de diretriz, de valor, de não sei o quê, e aí tem uma série de conceitos ali. E para mim, esse é o maior defeito. A gente já tinha uma política que tinha uma introdução que quase não foi alterada, praticamente não muda, cheia de conceitos que já eram muito difíceis de tentar compor. Entrevistado 16

Outra justificativa identificada nos discursos, que corroborou para a construção dessa crítica, parte do entendimento de que enquanto não for implementada a PNPS revisada, sua compreensão só pode se estabelecer em nível teórico. Ademais, consideraram que, mesmo nesse aspecto, a PNPS não demonstrou intencionalidade para as demandas das regiões vulneráveis, bem como não se articulou com as políticas de equidade existentes.

[...] Eu acho que para poder fazer esta análise, teria que ver isso em ação. Porque a PNPS é uma concepção fruto de um momento histórico, de uma concepção do SUS, de toda uma arena política de construção desse país, mas que na prática a gente não a colocou para rodar. Eu não consigo fazer essa análise, porque para mim depende da prática. Entrevistado 03

[...] Ela não está ainda com uma intencionalidade com as questões das regiões vulneráveis, articulando com políticas de equidade em saúde que nós temos, agendas já assumidas de alguns grupos, não vejo. Entrevistado 08

Houve quem considerasse, entre os entrevistados, que, mesmo com o processo de revisão, a PNPS conseguiu ficar ainda mais confusa. Isso se justificou por não perceberem uma definição quanto ao enfoque dessa Política, como por exemplo, a proposta de municípios saudáveis, que facilitaria a construção de estratégias com práticas e resultados mais concretos.

[...] Na verdade, eu tenho a sensação que ficou mais confuso do que era, mas, enfim, o povo não gosta muito quando eu falo isso. [...] (Deveria) pautar coisas, como por exemplo, as cidades, vamos pensar no movimento cidade saudável, por exemplo, a gente vai pautar cidade saudável como marca desse momento da revisão da política e pra discutir educação, transporte. Entrevistado 16

Durante o Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva da Abrasco, especificamente na mesa ‘Como tornar viva uma política? PNPS, o processo continua!’, o expositor Fernando Cupertino, do CONASS, concordou com a maioria das críticas apresentadas:

[...] A PNPS expressa de modo extremamente abrangente valores, princípios, diretrizes, objetivos, eixos operacionais, temas prioritários, competências das diferentes esferas de governo. Pecou talvez, pela largueza da intenção, em detrimento da objetividade prática capaz de redundar em ações efetivas e de amplo alcance (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2015, p.2).

[...] Ora, pelo que percebe, a proposta é ambiciosa e a tarefa é hercúlea, pois extrapola amplamente os limites da área da saúde, como comumente se diz. Exige a conjugação de esforços de praticamente todos os fatores que, direta ou indiretamente, afetam a vida das pessoas e, conseqüentemente, seu estado de saúde e de bem-estar (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2015, p.2).

As críticas descritas pelo expositor, contextualizadas nessa categoria, associam-se aos motivos referendados para a entrada da revisão da PNPS na agenda política, descritos através da agenda oculta. Essa observação reforça a contradição nos avanços, como também demonstra, a partir da análise do processo, a dificuldade, dentro de uma arena política, de retratar os interesses de um coletivo, diante da coalizão com outros interesses.

10.4.2 CATEGORIA: ENTRE REVISÃO E REFORMULAÇÃO

A partir da análise dos discursos dos entrevistados, pôde-se perceber tanto a utilização dos termos revisão quanto reformulação, nos argumentos apresentados sobre o conteúdo da PNPS, ao ponto de permitir que se fizessem questionamentos acerca da extensão das alterações inseridas. Ou seja, ocorreu uma revisão ou uma reformulação dessa Política?

De acordo com alguns entrevistados, houve o entendimento de que o conteúdo da Política foi reformulado, por considerar que o seu resultado ultrapassou a intencionalidade de

uma revisão. Para alguns discursos, a caracterização de algumas reformulações foi como uma revolução na PNPS, devido à intensidade das mudanças na leitura da PS.

[...] Eu acho que da forma que a política está, foi muito mais uma reformulação do que uma revisão, na minha opinião. Entrevistado 04

[...] Foi uma revisão, sim! Que acabou reformulando. Enfim, partimos de “ah, vamos revisar ou atualizar a Política, mas ela acabou tendo uma reformulação até na própria fórmula de se apresentar. [...] Foi para nós uma revolução na cabeça. Quando a gente pensa muito na política, a gente pensa em objetivo geral, específicos, as estratégias e ações. Foi muito o modelo da primeira. Da segunda, já veio um novo olhar, uma nova metodologia, que ajudou a gente a enxergar um pouco mais a diferença de trabalhar PS. O que são princípios, os eixos estruturantes, os temas transversais. Entrevistado 12

Apesar da força argumentativa em torno da categorização das mudanças na PNPS como reformulação, houve também o entendimento, por outros entrevistados, de que o processo foi uma revisão. Essa compreensão justificou-se, primeiramente, por considerarem que as mudanças não propuseram a Política uma maior inserção na política macro de saúde, o que caracterizaria uma reformulação.

[...] Penso que a gente revisou. Entrevistado 08

[...] Primeiro eu acho que foi revisada, não foi reformulada, porque a reformulação exigiria, não a reformulação conceitual, uma sintonia maior da PNPS com a proposta do SUS e uma sintonia também dentro da questão orçamentária. Reformular é você dizer: nós estamos refazendo, reorganizando, repensando, reestruturando, ou seja, nós estamos suprimindo, incluindo, estamos dizendo que esse conceito não dá conta, estamos trazendo outro. Então assim, isso não aconteceu. Entrevistado 15

Além disso, a compreensão descrita aponta para a influência da baixa prioridade estabelecida com relação à PS, na esfera federal, no reconhecimento quanto à ocorrência de uma revisão da PNPS. Isso partindo do pressuposto de que em uma reformulação haveria mudança no interesse perante a PS, que priorizaria o desenvolvimento local, ou seja, o enfrentamento dos DSS como política de Estado.

Independente dessas duas óticas, também apareceu nas entrevistas, o reconhecimento da presença desses dois aspectos na análise do conteúdo da PNPS revisada, como reflexo dos interesses presentes na arena política, conforme foi detalhado nos capítulos atores e processos.

[...] Em alguns aspectos a política foi reformulada e em outros aspectos foi revisada. Suas prioridades foram revisadas e outros aspectos ainda ficou como estava na sua versão original. [...] em outros nós revisamos a forma de escrever, em outros nós não conseguimos mudá-la. Entrevistado 05

Segundo o dicionário Michaelis, o termo revisão remete a uma leitura final de um texto, antes de sua publicação, com o objetivo de corrigir possíveis erros e fazer emendas ou alterações. Portanto, pode-se dizer que seria uma releitura minuciosa de um texto. Em contrapartida, o termo reformulação, está relacionado ao ato ou efeito de reformular, que consiste em formular outra vez, propor novas bases (TREVISAN, 2015c, 2015d).

Partindo dessas ponderações, assim como das entrevistas, pode-se dizer que a PNPS sistematizada foi reflexo tanto de interesses inerente à revisão quanto da reformulação. Por isso, a categoria intitula-se ‘entre a revisão e a reformulação’, representando também o jogo político diante dos interesses entre manter o que vinha sendo realizado e ampliar o escopo da Política.

Portanto, deve-se reconhecer que a formulação do conteúdo da PNPS foi perpassada pela influência das ‘entrelinhas’ do processo de revisão, conforme apontaram a análise do contexto, processo e atores. Isso reforça a importância da análise de política na compreensão do conteúdo publicizado.

11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Depois de vivenciar e analisar o processo de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) surgiu o seguinte questionamento: porque as entrelinhas (o não-dito) preponderaram sobre o que estava posto para a revisão da PNPS? Partindo do reconhecimento do Estado como produtor de contradições, cuja essência configura-se na dualidade entre os interesses do capital e da sociedade, considera-se que há significados, também positivos, nas ‘entrelinhas’ que possibilitam compreender o que não estaria declarado. É com base nessas ponderações que este capítulo foi organizado, na tentativa de responder as questões problematizadas em torno do contexto, atores, processo e conteúdo envolvidos na revisão da PNPS, com fins de facilitar a compreensão de uma política pública nacional.

Além disso, outro questionamento surgiu a partir da vivência com esta pesquisa: pensar a Promoção da Saúde, na agenda do Estado brasileiro, seria uma atitude utópica? De início, pode parecer contraditório essa indagação, tendo em vista o contexto comemorativo de dez anos de sua institucionalização como política pública, desde 2006, retornada de seu processo de revisão em 2013-14. Entretanto, a compreensão das entrelinhas possibilitou refletir sobre o espaço ocupado pela PS na agenda do Estado.

Que aspectos contextuais influenciaram os direcionamentos da PS na revisão de sua política, em 2013?

O ímpeto por políticas públicas observado durante o período do estudo, sob a presidência de Luiz Inácio Lula da Silva (2006-2010) e Dilma Rousseff (2010-2014), envolveu a PS na direcionalidade de seus propósitos, reconhecendo a importância dos DSS no processo saúde-doença como ideologia. Ademais, havia um desenvolvimento econômico com inclusão social, ocasionando diminuição das iniquidades através da ampliação da renda - diminuição da pobreza - e ao acesso à educação. Da mesma forma, a transição entre os governos, evidenciou uma valorização do planejamento intersectorial.

Os avanços foram evidentes para o período descrito. Mas as desigualdades ainda persistiram. Ou seja, são vários brasis dentro do Brasil. Contudo, há de se concordar que mesmo com todas as limitações existentes, o tema da desigualdade foi inserido na agenda do Estado. E isso, representou um avanço histórico para a população brasileira. A coerência entre o contexto explicitado e o saber da PS, diante do enfrentamento das iniquidades sociais, proporcionou a

construção de uma arena comum entre a PS e a agenda do Estado, caracterizada pela atuação sobre os DSS.

Entretanto, no contraponto a esses direcionamentos, houve influências de outros interesses no processo de governança, como os interesses econômicos. Sua ideologia resumida em ‘menos Estado, mais mercado’ pressionou as políticas públicas, ocasionando retrocessos e contradições na política de saúde e de desenvolvimento. Vale salientar que os avanços relatados foram possíveis pela predominância de acordos de soma positiva (do tipo “ganha-ganha”) entre a economia e a política, em detrimento do jogo de soma zero (quando um ganha e o outro perde).

Na arena política do setor saúde, os interesses do mercado são manifestados na hegemonia do modelo hospitalocêntrico sobre o processo saúde-doença e na resistência ao projeto de seguridade social. A captura do orçamento do MS por esse modelo, focado na assistência, corroborou com a insuficiência de recursos para as ações de PS.

Foi nesse *locus* que o contraditório interesse em torno da PS na agenda do Estado se evidenciou, parte devido ao desinteresse, pelos gestores, pela sua compreensão vinculada ao desenvolvimento social, em contradição à defesa pela sua transversalidade no MS e sua projeção na mudança do modelo de atenção à saúde. A contradição exposta demonstrou não ser suficiente dizer que a PS está na agenda política do Estado, mas reforçou a necessidade de se entender o que está sendo priorizado.

Apesar da proximidade da política macro à PS sob a perspectiva social, conforme defendido anteriormente, a sua leitura pelo setor saúde se caracterizou pelo enfretamento das doenças crônicas sob a ótica comportamentalista, considerando o fato dos interesses internacionais pautarem a PS no Brasil. Isso foi reforçado através da liderança da PNPS pela Secretária de Vigilância em Saúde, cujas competências sinalizaram para a extinção da PS de suas diretrizes, acompanhado do distanciamento do enfrentamento dos DSS. Com isso, o contraditório interesse acarretou consequências na confusão conceitual ao aproximar a PS da prevenção de agravos.

É interessante frisar que, ao se reconhecer a ineficiência do setor saúde no enfrentamento dos DSS como problema do setor saúde, demonstrou-se a necessidade da PS ser compreendida e direcionada sob a perspectiva do desenvolvimento social. No entanto, foi o problema do crescimento das doenças crônicas, cuja característica principal aponta para prevenção de agravos, que legitimou a PS na arena política. De fato, a sua priorização sob a perspectiva do desenvolvimento social, representa enfrentamentos aos modelos de desenvolvimento e de saúde hegemônicos, concomitantemente, aos interesses do mercado.

O contexto apresentado retratou contradições, o que reforça a complexidade da leitura da PNPS para o cenário brasileiro. Por isso, enfrentamentos tanto no campo das ideias quanto na prática caracterizaram o processo de construção de acordos e desacordos envolvendo a revisão dessa política.

Que atores e interesses estiveram envolvidos no processo de revisão da PNPS?

O processo de revisão da PNPS contou com a liderança da SVS/MS, do GT PSDS da Abrasco e da OPAS, como também da colaboração do CNS, do CONASS, do CONASEMS, do Comitê Gestor da PNPS e da sociedade civil, que ratificaram em seus interesses as complexidades e as contradições do contexto analisado. A ampliação da participação de atores sociais, nesse processo, demonstrou coerência com os princípios do SUS e da PS, ao preconizar a valorização do diálogo e de processos participativos. Como também, no ineditismo por modelos de formulação de políticas públicas que envolveram a sociedade civil.

A participação e mobilização desses atores diferenciaram-se no processo, ao passo que as lideranças apresentaram uma ampla participação, com mobilização expressiva, envolvidos pela responsabilidade que lhes foi conferida, enquanto os demais se caracterizaram em participações específicas, com significativas mobilizações. A aliança do GT de PSDS com a OPAS cujo representante na arena política também era membro do GT, caracterizou a Frente para o direcionamento dos interesses da SVS em torno da PNPS.

A OPAS teve influência na entrada da revisão na agenda, como também na realização por processos participativos, tendo em vista o seu poder na indução de demandas para o MS, como foi o caso dos acordos em torno da Saúde em Todas as Políticas; além de apoiar com recursos financeiros a realização das oficinas regionais, pois sem esses recursos não seria possível incluir a participação popular direta no processo. Ao passo que o GT de PSDS foi considerado um dos principais atores na arena política, possuindo uma influência significativa, devido ao seu papel na condução e sistematização da revisão, como também na construção de acordos junto à SVS.

À medida que a SVS direcionava sua decisão pela atualização da Política, defendendo a manutenção das ações prioritárias, no contraponto, se evidenciava o interesse em ampliá-la sob a perspectiva do desenvolvimento social. A elaboração de uma metodologia para revisão com ampliação da densidade democrática do processo intensificou a pressão nos aspectos intocáveis da política pela SVS, representando a principal estratégia do GT de PSDS na

ampliação da PNPS. Ademais, o medo de a revisão da PNPS não avançar foi evidente nesse GT.

Os interesses, por exemplo, de priorização do financiamento para ações de PS e prevenção, como também no reconhecimento do enfrentamento dos DSS pela PNPS foram pautas transversais de vários atores da arena política, como CNS, CONASS, CONASEMS, GT de PSDS, CGPNPS e da própria sociedade civil. No entanto, na arena política esses atores não representaram a força desse discurso na pressão por mudanças no direcionamento do modelo de gestão do MS/SVS, que possibilitasse a PS ser priorizada, efetivamente, na agenda política. Diante da sintonia de pautas para PS, entre os atores participantes, foi de se estranhar o porquê da não formação de uma Frente para o confronto das limitações identificadas na Política anterior.

De fato, a primeira justificativa foi a da desarticulação entre os atores, como rede coletiva de defesa dos interesses dos SUS, na intencionalidade por enfrentamento de proporções maiores, como a mudança do modelo de atenção à saúde pautada pela PS. Essa desarticulação demonstrou a força de suas limitações na repressão de seus interesses, não possibilitando aproveitar a janela de oportunidade, despertada na revisão da PNPS, para tencionar esse modelo e legitimar a leitura da PS sob a perspectiva do desenvolvimento social. Contudo, a excessiva valorização da especificidade dos conselheiros do CNS; a incapacidade do CONASS e CONASEMS de convencer o executivo a enfrentar a pressão do mercado, além de depender de demandas do executivo para colaborar; o pouco poder deliberativo do CGPNPS; o desestímulo a projetos coletivos pela sociedade civil passaram a justificar a apatia de suas representatividades na defesa dos interesses macro para o setor saúde.

A presença ‘inédita’ da sociedade civil no processo de formulação de uma política pública, como consultivo das potencialidades e as fragilidades da PNPS no seu contexto (ainda não como parceiro na construção) evidenciaram a preocupação em dar visibilidade às diferenças regionais na Política. E, mesmo desarticulados, desestimulados para projetos coletivos, foram suas demandas que pressionaram a gestão, em reconhecer o processo realizado e aceitar alguns avanços para a revisão da PNPS. Isso demonstrou que, uma vez adentrados na arena política, mesmo desarticulado, o mundo cívico pressiona na direcionalidade do interesse coletivo.

A vocalização dos interesses na representatividade de pessoas, não de instituições ou movimentos, não em propósito de luta – como a reforma sanitária brasileira, torna frágeis os discursos diante da repressão de um sistema endurecido por ideias pela seguridade social. É necessário maior unidade entre os interesses dos atores para que seus interesses tenham o poder

da legitimidade do coletivo, pois, caso contrário, as políticas públicas não passarão de orientações desconexas da realidade.

Como se estabeleceu o processo político de entrada da pauta da revisão na agenda política do Estado? E de que maneira se estabeleceu o processo de revisão da PNPS?

A entrada da revisão da PNPS, na agenda política do Estado, veio sob pressão por mudanças no direcionamento da política, contextualizada por parte das contradições em torno da PS levantadas pela análise do contexto. Além disso, a demanda global em torno da Saúde em Todas as Políticas (SeTP) pressionou exigindo avanços na condução da gestão pela intersectorialidade, expondo para a arena política a importância do enfrentamento dos DSS. Tanto o GT de PSDS como a OPAS representaram as influências descritas, demonstrando, na arena, o interesse na ampliação da PNPS, cujo discurso se norteou pela advocacy da PS sob a perspectiva do desenvolvimento social. Ao passo que na SVS, seus fatores internos construíram um espaço favorável para colocar a revisão da PNPS em discussão, principalmente, após a sua repercussão positiva na proposição do Brasil sobre o SeTP.

Todavia, a tomada de decisão pela revisão, restrita à gestão da SVS, se estabeleceu pelo reconhecimento da política estar desatualizada, caracterizando o problema público a ser enfrentado pela revisão da Política. No contraponto a essa agenda, tanto o GT de PSDS quanto a OPAS demonstraram ter ciência quanto ao problema público a ser enfrentado que iria para além de uma simples atualização da Política. No entanto, não protagonizaram conflitos por medo de que a pressão, naquele momento, pudesse desencadear o engavetamento da proposta de revisão, como aconteceu em 2010. Concomitantemente, evidenciou-se, nas entrelinhas do processo, a formatação de uma agenda oculta pelo GT PSDS e a OPAS, cujo propósito almejava uma reformulação da PNPS, na qual sua operacionalização se estabelecesse com base no território.

É fato que o processo de revisão da PNPS entrou na agenda política da SVS, mas condicionada à permanência das ações específicas da Política, além de cercear a liderança conferida ao GT nesse processo. Como estratégia, a SVS apresentou, a princípio, a restrição da revisão ao formSUS. A contra-argumentação do GT a essa proposta baseou-se na tentativa de se ampliar a densidade democrática da revisão, justificando a importância da ampliação do processo para compreender como a PS estava sendo implementada nas várias regiões do Brasil.

O contexto político cujo base ideológica se coadunava com a valorização da participação popular, pressionou, indiretamente, a aceitabilidade de propostas mais participativas na

construção de políticas públicas. Enfim, a SVS garantiu a participação popular no processo de revisão, delegando ao GT a responsabilidade pela elaboração metodológica, apesar de, gradativamente, ir apresentando, nas entrelinhas, condicionalidades que justificaram a entrada da revisão da agenda política. Isso demonstrou a contradição existente em torno da decisão por processos participativos, pois essas condicionalidades foram apresentadas nas entrelinhas. No processo, a mensagem era que a revisão se estabeleceria em toda política, mas depois seria avaliada pelo MS/SVS.

O processo de formulação metodológica da revisão evidenciou algo interessante ao se comparar com o ciclo de políticas públicas, pois foi sistematizada uma metodologia coerente com a agenda oculta para lidar com a ineficiência do setor saúde no enfrentamento dos DSS, justificando suas estratégias com base na agenda explícita da SVS. Isso demonstrou que, mesmo com a definição do problema a ser enfrentado, os interesses inseridos na arena política foram capazes de influenciar outras estratégias de acordo com o poder que lhes foi conferido.

Foram propostos múltiplos movimentos para o processo de revisão, como a realização de cinco oficinas regionais, questionário formSUS, delphi intersetorial, intrasetorial e universidades, além de oficinas de sistematização para organizar em política pública as ideias apresentadas. Além disso, no transcorrer do processo surgiram oficinas com os conselheiros do CNS; reuniões no Comitê Gestor da PNPS para acompanhar e debater sobre o processo de implementação da metodologia da revisão; reunião entre as secretarias do MS. Deve-se reconhecer que tanto o GT PSDS quanto a OPAS estavam cientes da possibilidade de uma improvável revolução da PNPS por estar sob a liderança da SVS. Contudo, conduziram o processo na busca da construção de uma política possível para o contexto apresentado.

Depois da sistematização das informações coletadas, esse produto passou por um processo de aprovação que correspondeu, primeiramente, à análise do produto pela SVS. Em seguida, houve a apresentação da versão elaborada no Seminário Nacional de Revisão da PNPS, quando não se podia mais alterar o produto, devido ao pouco tempo para apresentá-lo à Comissão Tripartite, ao Conselho Nacional de Saúde, e, por fim, ao departamento jurídico do MS.

Como ocorreu a construção dos acordos e desacordos em torno da revisão da PNPS que culminou no seu produto final sobre a política?

A leitura do processo de construção de acordos e desacordos pela lente da teoria da justificação possibilitou constatar que, enquanto os elementos circunscritos à formulação de

uma política pública apontaram suas decisões para o mundo cívico, ocorreu que, nas entrelinhas, foi o mundo doméstico que pactuou o núcleo duro desta Política.

De uma arena mercantil, marcada pela contratação dos especialistas sob a demanda da SVS, passando pela formatação de uma arena democrática, caracterizada pelo interesse coletivo em torno das demandas e avaliações da PNPS, foi na arena doméstica que os acordos foram sustentados. Cabe reconhecer a dificuldade existente na interpretação dos conflitos sociais sobre essa ótica teórica, tendo em vista a variabilidade dos interesses e justificações estabelecidos no transcorrer do processo da revisão da PNPS.

Todavia, a interferência dos interesses privados sobre o coletivo, colocou em discussão a dificuldade em fomentar um processo participativo, transparente e de construção coletiva em uma estrutura de gestão que ainda reforça as posições hierárquicas como poder de representatividade na decisão dos interesses da sociedade. Isso é tão forte que é possível se observar a transferência desse olhar para outros espaços discursivos de construção coletiva, conscientemente ou inconscientemente, ao defender as decisões em espaço restrito de confiança entre os atores.

Falar de intersectorialidade, nesse contexto, é defender um novo modelo de gestão, portanto, que avance para além do organograma institucional e alcance a sensibilização dos atores para além de um interesse ‘umbilical’ coletivo. Reconhecer o poder da força argumentativa de um discurso coletivo em um processo de acordo é algo ainda distante da lógica da governabilidade estabelecida no modelo de gestão. É certo que, conforme se detalhou, a construção dos acordos para a nova versão da PNPS, buscou decisões em prol de interesses coletivos, mas a sua condução demonstrou dificuldades em lidar com a densidade democrática, seja pela SVS ou pelo GT PSDS.

As ponderações descritas demonstram que, mesmo com os avanços relatados nos discursos dos entrevistados e atores participantes do processo de revisão da PNPS, ainda existe um grande abismo na construção de uma política pública em ‘berço’ coletivo. Parte dessa problemática se estabeleceu em torno de uma palavra chamada confiança. Não se trata de defender a ausência de confiança como valor em processos de construção coletiva, mas questionar o modo como ela se insere dentro da arena cívica como critério para a construção de acordos.

A valorização da confiança em uma arena doméstica, cuja característica se estabelece pela proximidade entre os pares, se distancia de uma perspectiva coletiva, na qual a relação elementar deveria se dá em torno da solidariedade. É nesse valor, estabelecido para a PS, pelos participantes do processo de revisão, que a confiança se estabelece através das competências

do ator, em detrimento das relações afetivas, mas por acreditar que, dentro de uma arena cujo interesse é o coletivo, a igualdade de oportunidades na decisão e na escuta das demandas deve ser de todos. Podem parecer utópicas as colocações estabelecidas, mas, se o desejo é tornar as entrelinhas ou bastidores do processo, num processo de fato, deve-se dar oportunidade ao compartilhamento do planejamento e decisão, cuja transparência se torne valor dentro de um trabalho coletivo.

Não é criminalizar as decisões do mundo doméstico, pois se sabe que pode ser estabelecido um pacto entre seus atores perante os interesses do mundo cívico. Ficou evidente no processo de formulação da revisão da política que seu avanço se estabeleceu pela interferência do mundo doméstico. Contudo, não há como não reconhecer a contradição existente se a rede de construção coletiva não puder ser norteadada pelos atores envolvidos no processo, tornando sua comunicação unidirecional.

Enfim, o processo de construção de acordos, apesar de não conseguir interferir no núcleo duro da política, ou seja, nos temas prioritários, foi alvo de admiração e esforço de um coletivo de atores, que colocaram para si essa responsabilidade. É perceptível os avanços na nova organização da Política em prol da PS, mas fica o desejo de se presenciar um processo no qual a transparência seja o norte e de que não haja necessidade da interferência do mundo doméstico para se respeitar as demandas de um coletivo.

Quais os alcances e limites do conteúdo da PS dentro da PNPS revisada?

A identificação das desigualdades decorrentes do DSS como problema a ser enfrentado pela política, demonstrou sintonia com os problemas apresentados para o setor saúde, como também, trouxe para a Política a sensibilização para realização da PS sob o olhar do desenvolvimento social. Seus avanços na compreensão e coerência da PS podem ser percebidos na proposta de operacionalização de suas ações sob o território, assim como na legitimação de seus princípios e valores em torno da felicidade.

Todavia, não confere factibilidade e viabilidade suficientes para que esse direcionamento se estabeleça na prática do setor saúde, justificando, mesmo com a coerência teórica, a sua compreensão como carta de intenções. A reescrita dos temas prioritários, antes denominados como ações específicas, como a dificuldade no entendimento da proposta de operacionalização para PS, reforçou a desconfiança dessa proposta de ir além da prevenção das doenças crônicas.

De forma geral, pode-se perceber que ocorreu uma reformulação da PNPS, conferindo maior coerência a bases conceituais, todavia, a manutenção do núcleo duro da Política, caracterizada na reescrita de suas prioridades, demonstra que a essência do processo foi, de fato, uma revisão.

Pensar Promoção da Saúde, na agenda do Estado brasileiro, seria uma atitude utópica?

A partir de uma leitura ampliada sobre as entrelinhas da PNPS, não se pode afirmar que a proposta levantada pela Política, quanto ao enfrentamento das desigualdades sociais, esteja coerente com as necessidades do setor saúde. Ela é a representação dos interesses do mundo cívico formatada como política pública. Entretanto, torna-se limitada diante dos enfrentamentos desconsiderados para implementação dessa política, principalmente em relação às disputas orçamentárias.

A leitura do conteúdo a partir do contexto, processo e atores demonstrou contradições entre a proposição real e a intencionalidade da prática, evidenciando a interferência do poder da gestão sobre as decisões que seriam implementadas. Em parte, isso pode ser justificado pela abertura da janela de oportunidades para a atualização da PNPS sob o olhar do enfrentamento das doenças crônicas. Contudo, as estratégias evidenciadas foram capazes de direcionar a PNPS para o enfrentamento das desigualdades sociais, mesmo que o setor saúde ainda não esteja preparado para tanto. Pensar a PS sob a perspectiva de enfrentamento das doenças crônicas, na agenda do Estado brasileiro é uma realidade. No entanto, pensar a PS, sob o enfoque do desenvolvimento social ou do enfrentamento dos DSS ainda está distante do contexto brasileiro.

As limitações dessa Política vão além do entendimento de sua operacionalização, pois falar de PS é enfrentar o modelo de saúde hegemônico. E os interesses postos na arena demonstraram que o seu discurso foi utilizado como 'jargão' para a comunicação das justificativas de políticas públicas, mas, na prática, ainda existe ruptura com o que foi projetado através desse saber. Falar de Promoção da Saúde é falar de um novo modelo de organização de Estado, cujo foco se estabeleça em torno da justiça social e da intersetorialidade. Todavia, sem a participação social, crítica e empoderada a PS continuará refém do modelo econômico, o qual distancia a população de projetos que contemplem seus direitos.

Apesar dessas ponderações, não se pode desconsiderar os avanços alcançados pelo processo de revisão da PNPS. Como por exemplo, na compreensão e coerência da PS, com a qual se espera que seja capaz de gerar um movimento epistemológico que converta em pressão as organizações das estruturas estatais. É através da resignificação conceitual que novas

práticas surgirão coerentes com as necessidades do SUS. Por isso, deve-se compreender a utopia como um propósito, não como algo impossível, conforme destacam as reflexões de Paulo Freire:

A utopia, para Freire, se caracteriza como um modo de estar sendo-no-mundo, que exige um conhecimento da realidade, pois conhecer é possibilidade de "projetar", lançar-se adiante, buscar. O homem busca porque não está completamente "acabado", por ser "inconcluso", por "esperar". A esperança é o eixo que faz o (ser humano) um ser capaz de caminhar para a frente na realização da sua história (FELIPE, p.69).

Então, continuar a pensar Promoção da Saúde, na agenda do Estado brasileiro é necessário e urgente. Nesse caminhar de dez anos de institucionalização da PNPS, a utopia vem se materializando no território, não de forma universal, mas apresentando resultados de que é possível empoderar os sujeitos e aproximá-los da construção de políticas públicas.

REFERÊNCIAS

- ABENSUR, T. C.; CRIBARI-NETO, F.; MENEZES, T. A. **Impactos do Programa Bolsa Família nos Resultados das Eleições Presidenciais no Brasil em 2006**. Disponível em: <<http://core.ac.uk/download/pdf/6357174.pdf>>. Acesso em: 4 abr. 2016.
- ACOSTA, Paulo H. O.; DUARTE, Lúcia R. Promoção da Saúde: Promoção ou Prevenção? **Revista Faculdade de Ciências Médica de Sorocaba**, Sorocaba, v.9, n.1, p.23-24, 2007.
- ALA-HARJA, M.; HELGASON, S. Em direção às melhores práticas de avaliação. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 51, n. 4, p. 5–60, 2000.
- ALBUQUERQUE, Tales Iuri Paz e. **Concepções sobre Promoção da Saúde e sua didatização nas disciplinas de Saúde Pública e/ou Saúde Coletiva**. 2011. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2011.
- ALBUQUERQUE, Tales Iuri Paz e; FRANCO DE SÁ, Ronice Maria Pereira; ARAÚJO JÚNIOR, José Luiz do Amaral Correia de. Perspectivas e desafios da “nova” Política Nacional de Promoção da Saúde: para qual arena política aponta a gestão? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.6, p.1695-1705, 2016.
- ALCÁNTARA, Cynthia Hewitt de. Uses and abuses of the concept of governance. **International Social Science Journal**, Oxford, v. 50, n. 155, p. 105–113, 1998.
- ALEIXO, J. L. M. A Atenção Primária à Saúde e o Programa de Saúde da Família: Perspectivas de Desenvolvimento no Início do Terceiro Milênio. **Revista Mineira de Saúde Pública**, Belo Horizonte, v.1, n.1, p.1-6, jan./jun. 2002.
- ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I.C.H.C. Health Promotion and the Unified National Health System in Brazil: a necessary conceptual alignment. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 530-543, 2004.
- ARAÚJO Jr., José Luiz do Amaral Corrêa de.; MACIEL FILHO, Rômulo. Developing an operational framework for health policy analysis. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 1, n. 3, p. 203–221, 2001.
- ARAÚJO Jr., José Luiz do Amaral Corrêa de. **Health Sector Reform in Brazil, 1995-1998**. An Health Policy Analysis of a Developing Health System. 2000. Tese (Doutorado) - University of Leeds, Leeds, 2000.
- ARRETCHE, M. Dossiê Agenda De Pesquisa Em Políticas Públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 18, n. 51, p.4, 2003.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA. Grupo Temático de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável. **Tentando construir uma matriz para analisar o que estamos fazendo: é isso o que queremos?** Brasília, mar. 2014. 11 slides, color.

BAPTISTA, T. W. D. F.; REZENDE, M. DE. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Rio de Janeiro, 2011. p. 138–172. Disponível: <<http://www.ims.uerj.br/ccaps/wp-content/uploads/2011/10/Caminhos-paraAn%C3%A1lises-dePol%C3%ADticasdeSa%C3%BAde.pdf>>. Acesso em: 1 jul. 2015.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BEAUD, Stéfane; WEBER, Florence. **Guia para pesquisa de Campo**: produzir e analisar dados etnográficos. Petrópolis: Vozes, 2007.

BOBBIO, N.; MATTEUCI, N.; PASQUINO, G. Política. In: _____. **Dicionário de Política**. 13. ed. Brasília: UNB, 2010. p.954.

BOLTANSKI, L. A Moral da Rede? Críticas e Justificações nas recentes evoluções do capitalismo. **Fórum Sociológico**, [S.l.], n. 5/6, p. 13–35, 2001.

BOLTANSKI, L.; THÉVENOT, L. **On Justification**: Economies of Worth. Tradução Catherine Porter. New Jersey: Princeton University Press, 2006.

_____. The sociology of critical capacity. Tradução de Marcos de Aquino Santos. **European Journal of Social Theory**, London, v. 2, n. 3, p. 1–25, 1999.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 168p. (Série Legislação Brasileira).

BRASIL. Departamento de informática do SUS. **FormSUS**. Brasília, 2016. Disponível em: <<http://formsus.datasus.gov.br/site/default.php>>. Acesso em: 15 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A à Z**: garantindo saúde nos municípios. 3. ed. Brasília, 2009a.

_____. Portaria nº 1.190, 14 de Julho de 2005. Institui Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, n.135, jul. 2005b. Seção 1, p.108.

_____. Portaria nº399, 22 de Fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, fev. 2006. Seção 1, p.43.

_____. Portaria nº 1.409, 13 de Julho de 2007. Institui Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, n.114, jul. 2007. Seção 1, p. 30.

_____. Portaria nº 3.252, de 22 de Dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, n.245, dez. 2009b. Seção 1, p. 65-69.

_____. Portaria nº 1.571, 19 de Julho de 2012. Altera a Portaria nº 1.409/GM/MS, de 13 de junho de 2007, que institui Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, n.141, jul. 2012. Seção 1. p. 23.

_____. Portaria nº1378, 9 de Julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, n.131, jul. 2013. Seção 1, p.48-50.

_____. Portaria nº 227, 19 de Fevereiro de 2016. Redefine o Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde (CGPNPS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, fev. 2016a. Seção 1, p.25.

_____. **Ministério da Saúde lança nova Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2014d. Disponível em:<<https://www.youtube.com/watch?v=UssdbjhEmNw>>. Acesso em: 19 Maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. **Pró-saúde**: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde. Brasília, 2005a. 77p.

BRASIL. Ministério da Saúde; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Promoção da Saúde**: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Documento técnico contendo a análise das respostas da consulta aos gestores do Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e representação das Comissões Intergestores Regionais – CIR utilizando questionário desenvolvido para subsidiar a revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília; 2014b. Contrato OPAS no. BR/CNT/1301737.001. Veruska Prado Alexandre.

_____. **Documento técnico contendo a análise das respostas da consulta às mesas diretoras dos Conselhos Estaduais de Saúde das capitais obtidas com a aplicação do questionário desenvolvido para subsidiar a revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília; 2014c. Contrato OPAS no. BR/CNT/1301737.001. Veruska Prado Alexandre.

_____. **Documento técnico contendo sistematização das mesas, debates e trabalhos em grupo realizados durante o Seminário Nacional de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2015c. Contrato OPAS no. BR/CNT/1400448.001. Kenia Lara da Silva.

BRASIL. Ministério da Saúde; COMITÊ GESTOR DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE (Brasil); ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA, Grupo Temático de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (Brasil). **Revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde – 1º Encontro de Sistematização**. Brasília, mar. 2014a. 14 slides, color.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 12.462, de 4 de agosto de 2011. Institui o Regime Diferenciado de Contratações Públicas - RDC; altera a Lei nº 10.683, de 28 de maio de 2003, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, a legislação da Agência Nacional de Aviação Civil (Anac) e a legislação da Empresa Brasileira de Infraestrutura Aeroportuária (Infraero); cria a Secretaria de Aviação Civil, cargos de Ministro de Estado, cargos em comissão e cargos de Controlador de Tráfego Aéreo; autoriza a contratação de controladores de tráfego aéreo temporários; altera as Leis nºs 11.182, de 27 de setembro de 2005, 5.862, de 12 de dezembro de 1972, 8.399, de 7 de janeiro de 1992, 11.526, de 4 de outubro de 2007, 11.458, de 19 de março de 2007, e 12.350, de 20 de dezembro de 2010, e a Medida Provisória nº 2.185-35, de 24 de agosto de 2001; e revoga dispositivos da Lei nº 9.649, de 27 de maio de 1998. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 5 ago. 2011. Seção 1, p. 1. Edição extra.

_____. Lei nº 8080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, dez. 1990. Seção 1, p.18555.

BRASIL. Secretaria de Políticas Públicas. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília, 2002. 56p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2009.

BRASIL. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2006.

_____. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3.ed. Brasília, 2010.

_____. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2015a.

BRASIL. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. **Social e Renda: A Classe média brasileira**. Brasília: Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, nov. 2014a. Disponível em: <http://www.sae.gov.br/wpcontent/uploads/ebook_ClasseMedia1.pdf>. Acesso em: 25 jan.2016.

BRASIL. Tribunal Superior Eleitoral. **Resultados das eleições presidenciais 2010**. Brasília, 2015a. Disponível em: <<http://www.tse.jus.br/eleicoes/eleicoesanteriores/eleicoes-2010/estatisticas>>. Acesso em: 11 jul. 2015b.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.163-177, 2000.

BUSS, Paulo Marchiori; CARVALHO, Antônio Ivo de. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.6, p.2305-2316, 2009.

BUTLER, M. J. R.; ALLEN, P. M. Understanding policy implementation processes as self-organizing systems. **Public Management Review**, Berna, v. 10, n. 3, p. 421–440, 2008.

BYDLOWSKI, Cynthia Rachid, WESTPHAL, Márcia Faria e PEREIRA, Isabel M. T. B. Promoção da Saúde. Porque sim e porque ainda não! **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.13, n.1, p.14-24, jan./abr. 2004.

CAGNIN, R. F. et al. A gestão macroeconômica do governo Dilma (2011-2012). **Revista Novos Estudos**, São Paulo, n. 97, p. 169-185, nov. 2013.

CARNEIRO, F. Avaliação de políticas públicas: por um procedimento integrado ao ciclo da gestão. **Perspectivas em Políticas Públicas**, Belo horizonte, v. 6, n. 11, p. 93-129, 2013.

CARVALHO, Antônio Ivo de. Da Saúde Pública às Políticas Saudáveis - Saúde e Cidadania na Pós-modernidade. **Ciência & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.104-121, 1996.

CARVALHO, Antônio Ivo de. Princípios e prática da promoção da saúde no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.4-5, jan. 2008.

CASTIEL, L.D. Promoção da saúde e sensibilidade epistemológica da categoria “comunidade”. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.38, n.5, p.615-622, 2004.

CASTRO, A. L. B. de; MACHADO, C. V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 693-705, abr. 2010.

CASTRO, D. S.; CORRÊA, R. DE. A “virada pragmática” na sociologia francesa pós-bourdieusiana. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS, 38, 2014, Caxambu. **Anais**. São Paulo: Anpocs, 2014. Disponível em: <http://www.anpocs.org/portal/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=9212&Itemid=456>. Acesso em: 12 fev. 2015.

CHIESA, Ana Maria. **Autonomia e Resiliência**: categorias para o fortalecimento da intervenção na atenção básica na perspectiva da Promoção da Saúde. 2005. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

CHIORO, A. **Discurso de posse do Arthur Chioro no cargo de Ministro da Saúde**. Brasília, 3 fev. 2014. Disponível: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/fevereiro/03/DISCURSO-DE-POSSE-CHIORO.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2015.

COHN, A. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2008. p. 219-246.

COMERLATTO, D. et al. Gestão de políticas públicas e intersetorialidade: diálogo e construções essenciais para os conselhos municipais. **Revista Katál**, Florianópolis, v.10, n.2, p.265-71, 2007.

COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE (Brasil). **Ata 6º reunião ordinária do Comissão Intergestores Tripartite - CIT**. Brasília, 30 out. 2014a.

_____. **Resumo da reunião do GT gestão**: Ajustes na nova versão da Política Nacional de Promoção da Saúde - PNPS. Brasília, 1 out. 2014b.

_____. **Principais discussões e consensos da 6ª reunião ordinária da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) de 2014.** Brasília, out. 2014c.

COMITÊ GESTOR DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE (Brasil). **Memória da reunião do CGPNPS.** Brasília, out. 2010.

_____. **Memória da reunião do CGPNPS.** Brasília, 21 ago. 2013a.

_____. **Memória da reunião do CGPNPS.** Brasília, 2 out. 2013b.

_____. **Memória da reunião do CGPNPS.** Brasília, 19 nov. 2013c.

_____. **Memória da oficina de revisão da PNPS no CGPNPS.** Brasília, 24 jul 2014.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Ata 162º reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde – CNS.** Brasília, 2006a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_inicial.htm>. Acesso em: 19 ago. 2015.

_____. **Ata 168º reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde – CNS.** Brasília, 2006b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_inicial.htm>. Acesso em: 19 ago. 2015.

_____. **Ata 170º reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde – CNS.** Brasília, 2007a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_inicial.htm>. Acesso em: 19 ago. 2015.

_____. **Ata 173º reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde – CNS.** Brasília, 2007b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_inicial.htm>. Acesso em: 19 ago. 2015.

_____. **Ata 178º reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde – CNS.** Brasília, 2007c. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_inicial.htm>. Acesso em: 19 ago. 2015.

_____. **Ata 191º reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde – CNS.** Brasília, 2008a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_inicial.htm>. Acesso em: 19 ago. 2015.

_____. **Ata 192º reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde – CNS.** Brasília, 2008b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_inicial.htm>. Acesso em: 19 ago. 2015.

_____. **Ata 200º reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde – CNS.** Brasília, 2009. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_inicial.htm>. Acesso em: 19 ago. 2015.

_____. **Ata 213º reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde – CNS.** Brasília, 2010. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_inicial.htm>. Acesso em: 19 ago. 2015.

_____. **Ata 217º reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde – CNS.** Brasília, 2011a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_inicial.htm>. Acesso em: 19 ago. 2015.

_____. **Ata 220º reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde – CNS.** Brasília, 2011b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_inicial.htm>. Acesso em: 19 ago. 2015.

_____. **Ata 221º reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde – CNS.** Brasília, 2011c. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_inicial.htm>. Acesso em: 19 ago. 2015.

_____. **Ata 225º reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde – CNS.** Brasília, 2011d. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_inicial.htm>. Acesso em: 19 ago. 2015.

_____. **Ata 227º reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde – CNS.** Brasília, 2011e. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_inicial.htm>. Acesso em: 19 ago. 2015.

_____. **Ata 229º reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde – CNS.** Brasília, 2012a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_inicial.htm>. Acesso em: 19 ago. 2015.

_____. **Ata 231º reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde – CNS.** Brasília, 2012b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_inicial.htm>. Acesso em: 19 ago. 2015.

_____. **Ata 235º reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde – CNS.** Brasília, 2012c. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_inicial.htm>. Acesso em: 19 ago. 2015.

_____. **Ata 245º reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde – CNS.** Brasília, 2013a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_inicial.htm>. Acesso em: 19 ago. 2015.

_____. **Ata 248º reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde – CNS.** Brasília, 2013b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_inicial.htm>. Acesso em: 19 ago. 2015.

_____. **Ata 252º reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde – CNS.** Brasília, 2013c. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_inicial.htm>. Acesso em: 19 ago. 2015.

_____. **Ata 253º reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde - CNS.** Brasília, 2014a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_inicial.htm>. Acesso em: 19 ago. 2015.

_____. **Ata 258º reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde – CNS.** Brasília, 2014b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_inicial.htm>. Acesso em: 19 ago. 2015.

_____. **Ata 260º reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde – CNS.** Brasília, 2014c. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_inicial.htm>. Acesso em: 19 ago. 2015.

_____. **Ata 261º reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde – CNS.** Brasília, 2014d. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_inicial.htm>. Acesso em: 19 ago. 2015.

_____. **Ata 262º reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde – CNS.** Brasília, 2014e. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_inicial.htm>. Acesso em: 19 ago. 2015.

_____. **Representante dos usuários é a nova presidenta do CNS.** Brasília, 2012d. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2012/13_dez_representante.html>. Acesso em: 5 jun. 2016.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde.** Nota técnica 18. Brasília, out. 2014. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2014/11/NT-18-2014-Politica-dePromoc%CC%A7a%CC%83o-da-Sau%CC%81de.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2015.

_____. **Divergências e convergências marcam as discussões da Promoção da Saúde no Abrasco.** Brasília, 14 ago. 2015. Disponível em: <<https://www.ABRASCO.org.br/site/2015/08/divergencias-e-convergencias-marcam-as-discussoes-da-promocao-da-saudenoabrasco/>>. Acesso em: 18 ago. 2015.

_____. **O Conass: quem somos.** Brasília, 2016. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/quem-somos/>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (Brasil). **O CONASEMS.** Brasília, 2016. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/o-conasems>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 7, 2003, Brasília. **Relatório final:** promoção da saúde e o desafio da intersetorialidade. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/grupos/arquivos/200607191_73717.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2009.

CORCUFF, P. **As novas sociologias:** construções da realidade social. Bauru: EdUSC, 2001.

CRUZ, D. K. A. **Da Promoção a Prevenção:** O processo de formulação da Política Nacional de Promoção da Saúde no período de 2003 a 2006. 2010. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

CURADO, M. Uma avaliação da economia brasileira no Governo Lula. **Economia & Tecnologia**, Curitiba, ano 7, p. 91–104, 2011. Volume especial.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

_____. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

DANIEL, Juliana Maia. Discricionariade administrativa em matéria de políticas públicas. Disponível: <http://www.veirano.com.br/upload/content_attachments/16/Discricionariade_Administrativa_em_Materia_de_Políticas_Publicas_2011_original.pdf>. Acesso em: 5 Jun. 2016.

DAGNINO, E. ¿Sociedade civil, participação e cidadania: de que estamos falando? In: DAGNINO, E. (Org.). **Políticas de ciudadanía y sociedad civil en tiempos de globalización**. Caracas: Faces, 2004. p. 95–110. Disponível em: <<http://168.96.200.17/ar/libros/venezuela/faces/mato/Dagnino.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2013.

DAGNINO, R.; DIAS, R. A Política de C & T Brasileira: três alternativas de explicação e orientação. **Revista Brasileira de Inovação**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 373–403, 2007.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **O que é a Filosofia?**. São Paulo: Ed. 34, 1992.

DEQUECH, D. Logics of Justification and Logics of Action. **Journal of Economic Issues**, Salisbury, v. 42, n. 2, p. 547–535, 2008. Disponível em: <<http://connection.Ebscohost.com/c/articles/32534706/logics-justification-logics-action>>. Acesso em: 29 jan. 2015.

DESLAURIERS, J.P. E KÉRISIT, M. O Delineamento de Pesquisa Qualitativa. In: POUPART, J. *et al.* **A Pesquisa Qualitativa: Enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2008.

DEUBEL, A. N. R. **Políticas Publicas, Formulación Implementación y Evaluación**. Bogotá: Aurora, 2006.

EVANS, P. O Estado como problema e solução. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, São Paulo, n. 28-29, p. 1–17, 2011.

FAGNANI, E. A política Social do Governo Lula (2003-2010): perspectiva histórica. **Ser Social**, Brasília, v. 13, n. 28, p. 41–80, 2011.

FARIA, C. A. P. de. A Multidisciplinaridade no Estudo das Políticas Públicas. In: MARQUES, E.; FARIA, C. A. P.de (Org.). **A Política Pública como campo multidisciplinar**. São Paulo: Unesp; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

_____. Ideias, 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.

FELIPE, Sônia Teresinha. O Conceito de Utopia na proposta Paulo freireana. In: _____. **O elemento utópico na pedagogia do oprimido**. 1979. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1979. p. 69-79.

FERNANDES, Ana Tereza; CASTRO, Camila; MARON, Juliana. Desafios para implementação de políticas públicas: Intersetorialidade e regionalização. In: CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA, 6, 2013, Brasília. [**Anais**]. Brasília: Consad, 2013. Disponível em: <http://repositorio.fjp.mg.gov.br/consad/bitstream/123456789/919/1/C6_TP_DESAFIOS%20PARA%20IMPLEMENTA%C3%87%C3%83O.pdf>. Acesso em: 20 maio. 2016.

FERREIRA NETO, João Leite *et al.*. Processos da construção da Política Nacional de Promoção da Saúde. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1997–2007, 2013.

FIORI, J. L. Estado do Bem-Estar Social: Padrões e Crises. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p.129-147, 1997.

FLEURY-TEIXEIRA, Paulo *et al.*. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, supl.2, p.2115-2122, 2008.

FLICK, U. **Uma introdução à Pesquisa Qualitativa**. Tradução de Sandra Netz. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2004

FRANCO DE SÁ, Ronice Maria Pereira. Um sobrevôo Histórico, Conceitual e Axiológico no campo da Promoção da Saúde. In: FRANCO DE SÁ *et al.* (Org.). **Caderno de Formação de Promotores de Municípios Saudáveis e Promoção da Saúde**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2008. p.24-36.

FRANCO DE SÁ, Ronice Maria Pereira; MOYSÉS, Simone Tetu. O processo avaliativo em promoção de saúde como estratégia de empoderamento e de desenvolvimento de capacidades. **Boletim técnico do Senac**: a Revista da educação profissional, Rio de Janeiro, v.35, n.2, p.28-35, maio/ago. 2009.

FRANCO DE SÁ, Ronice Maria Pereira *et al.* Autores-atores e processos organizacionais e relacionais na revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.6, p.1707-1716, 2016.

FRANCO, Marcos. **A Promoção da Saúde e os determinantes sociais**. Brasília: Conasems, 2011. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/servicos/todasnoticias/45ultimas/1696apromocaodasaudeeosdeterminantessociaisporcarcosfranco>>. Acesso em: 25 nov. 2015.

FREY, K. Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, v. 21, p. 211 – 259, 2000.

FUNDACIÓN ALTADIR. **Triângulo de Governo**: Carlos Matus Romo. [Caracas], 2006. Disponível em:<https://edsonpistori.files.wordpress.com/2012/05/triangulo_de_governo_carlos_matus.pdf>. Acesso em: 8 set. 2015.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Constituição 20 anos - Direito de todos e dever do estado. **Revista Radis: Comunicação em Saúde**, Rio de Janeiro, n. 72, p.1-36, 2008.

_____. **A Saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**. Rio de Janeiro: Fiocruz: Ipea, 2012. Disponível em: <http://www.obsnetims.org.br/uploaded/11_11_2015__0_miolo_saude_brasil_2030.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2016.

GALVÃO, A. O neoliberalismo na perspectiva marxista. **Crítica Marxista (São Carlos)**, São Carlos, n. 27, p. 149-156, 2008.

GRUPO DE ANÁLISE DE POLÍTICAS DE INOVAÇÃO (São Paulo, SP). **Metodologia de Análise de Políticas Públicas**. Campinas: Unicamp, 2002. Disponível: <<http://www.oei.es/historico/salactsi/rdagnino1.htm>>. Acesso em: 25 nov. 2014.

GATTI, Marcos. **Sobre o conceito de Políticas Públicas e suas consequências para a orientação profissional**, 2011. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade de São Paulo/ Instituto de Psicologia, São Paulo, 2011.

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.

GODECHOT, O. Reviewed - On Justification : Economies of Worth. **Cultural Sociology**, [S.l.], v. 3, n. 1, p. 193–195, 2009.

GOMES, R.; DESLANDES, S.F. Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção. **Revista Latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v.2, n.2, p.103-114, jul. 1994.

GURGEL JUNIOR, G. D. Health sector reform and social determinants of health: building up theoretical and methodological interconnections to approach complex global challenges. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 17, p. 53–67, 2014.

GURGEL JR., Garibaldi Dantas. **Reforma Sanitária no Brasil: Uma Abordagem Teórica para Mudanças Estruturais**. Recife, nov. 2015. 56 slides, color.

GURGEL, M. B. S.; BITTENCOURT, S. A. **Financiamento da Saúde: Brasil e outros países com cobertura universal**. Brasília: Câmara dos Deputados, maio 2013. Nota Técnica do Núcleo de Saúde da Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira da Câmara dos Deputados. n. 12. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/atividadelegislativa/orcamento/brasil/estudos/2013/NTn12de2013FinanciamentodaSadeBrasilOutrosPasesV.Prel..pdf>>. Acesso em: 25 maio 2016.

HEIDMANN, I.T.S.B. *et al.*. Promoção à Saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n.2, p.352-358, 2006.

HÖFLING, E. D. M. Estado e políticas (públicas) sociais. **Cadernos do centro de estudos educação e sociedade**, Campinas, v. 21, n. 55, p. 30–41, 2001.

HOWLETT, M.; RAMESH, M.; PERL, A. **Políticas públicas: Seus ciclos e subsistemas**. Tradução técnica Francisco G. Heidemann. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

INSTITUTO MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA (Curitiba). **Planejamento Estratégico Situacional**: Introdução ao Pensamento de Carlos Matus. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba, 2011. Disponível: <http://indicadores.fecam.org.br/uploads/28/arquivos/4096_IMAP_Planejamento_Situacional_Introducao_ao_Pensamento_de_Carlos_Matus_Livro.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2013.

INOJOSA, R. M. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersectorialidade. **Cadernos Fundap**, São Paulo, n. 22, p. 102-110, 2001.

IBGE. **Contas Regionais do Brasil 2005-2009**. Rio de Janeiro, 2011.

_____. **Síntese de Indicadores Sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro, 2014.

IPEA. **A Década Inclusiva (2001-2011)**: Desigualdade, Pobreza e Políticas de Renda. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/comunicado/120925_comunicadodoipea155_v5.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2014.

_____. **Dois décadas de desigualdade e pobreza no Brasil medidas pela Pnad/IBGE**. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/comunicado/131001_comunicado159.pdf> Acesso em: 15 fev. 2014.

_____. **Objetivos de desenvolvimento do milênio**: Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília: IPEA, 2014. 208p.

JESSOP, B. **The Rise of Governance and the Risks of Failure**: the case of economic development, 1998. Disponível em: <http://eprints.lancs.ac.uk/239/1/E-1998a_lausanne.doc>. Acesso em: 25 fev. 2015.

JUNQUEIRA, Luciano Alves Prates. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersectorialidade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 31-46, 1997.

_____. Articulações entre o serviço público e o cidadão. In: CONGRESO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, 10, Santiago, 2005. **Anais...** Caracas: CLAD, 2005. Disponível em: <<http://www.otics.org/estacoes-de-observacao/rio-saude-presente/subpav/promocao-da-saude/cpai/CPAI%20%20Leituras%20interessantes/articulacoes-entre-o-servico-publico-e-o-cidadao/view>>. Acesso em: 28 jul. 2013.

KINGDON, J. W. The Policy Window and Joining the Streams. In: _____. **Agendas, alternatives and public policies**. 2. ed. New York: Longman, 1995.

KUSMA, S. Z. *et al.*. Promoção da saúde: perspectivas avaliativas para a saúde bucal na atenção primária em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, p. 9-19, 2012. Suplemento.

- KVALE, S. **Interviews: an introduction to qualitative research interviewing**. Thousand Oaks: Sage, 1996.
- LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2001.
- LEAVELL, H.; CLARK, E. G. **Medicina preventiva**. São Paulo: Mc Graw-Hill, 1977.
- LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **Promoção de Saúde: a negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004. 166 p.
- LIMA, M. C. **Monografia: a engenharia da produção acadêmica**. São Paulo: Saraiva, 2004.
- LINDBLOM, C. E. The Science of “Muddling Through”. **Public administration review**, Spring, v. 19, n. 2, p. 79–88, 1959.
- LOURENÇO, Gilmar Mendes. Política econômica e estagflação. **Análise conjuntural**, Curitiba, v. 35, n. 3-4, p. 3–6, mar./abr. 2013.
- 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) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.
- MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; NOGUEIRA, C. O. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 521-532, mar. 2011.
- MAGALHÃES, Rosana. Avaliação da Política Nacional de Promoção da Saúde: Perspectivas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1767-1775, 2016.
- MAJONE, G. Do Estado Positivo ao Estado Regulador: causas e consequências da mudança no modo de governança. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v.50, n.1, p. 5-36, 1999.
- MALTA, D. C. **Proposta de portaria do Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde (CGPNPS)**. Brasília, Jul. 2014. 8 slides, color.
- MALTA, Deborah Carvalho *et al.*. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.6, p.1683-1694, 2016.
- MARQUES, E. As Políticas Públicas na Ciência Política. In: MARQUES, E.; FARIA, C. A. P.de (Org.). **A Política Pública como Campo Multidisciplinar**. São Paulo: Unesp; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.
- MARTINS, G. P. de C.; AMARAL, M. C. M. O habitus em Bourdieu e a teoria da justificação de Boltanski e Thévenot. **Latitude**, Maceio, v.3, n.2, p.96-108, 2009. Disponível em: <<http://www.seer.ufal.br/index.php/latitude/article/view/535>>. Acesso em: 29 jan. 2014.
- MEAD, L. M. Public Policy: Vision, Potential, Limits. **Policy Currents: newsletter of public policy section**, [S.l.], p. 1–4, 1995.

MELO, D. A. Reflexões sobre promoção à saúde no contexto do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p.1149, 2000.

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.

MINAYO, M. C. de S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de Programas Sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

MINAYO, M. C. S. Construção da Identidade da Antropologia na área da Saúde: o caso brasileiro. In: ALVES, P. C.; RABELO, M. C. (Org.). **Antropologia da Saúde: traçando identidade e explorando fronteiras**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 29-46.

MITRE, S. M. *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2133-2144, 2008.

NAÇÕES UNIDAS. **Relatório do Desenvolvimento Humano 2014**. New York: PBM Graphics, 2014.

NAÇÕES UNIDAS; IPEA; FUNDAÇÃO JOSÉ PINHEIRO. **Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro**. Brasília, 2013.

NASCIMENTO, Sueli do. Reflexões sobre a intersetorialidade entre as políticas públicas. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n.101, p.95-120, 2010.

OFICINA DE REVISÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: TESTE DA METODOLOGIA, 2013, Recife. **Relatório**. Rio de Janeiro: Abrasco, GT de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável, set. 2013.10 p.

OFICINA REGIONAL NORTE DE REVISÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2014, Belém. **Relatório**. Rio de Janeiro: Abrasco, Gt de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável, 2014.

OFICINA DA REGIÃO SUL DE REVISÃO DA POLITICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2014, Brasília. **Relatório**. Rio de Janeiro: Abrasco, Gt de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável, 2014. 15p.

OFICINA DA REGIÃO NORDESTE DE REVISÃO DA POLITICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2014, Fortaleza. **Relatório**. Rio de Janeiro: Abrasco, Gt de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável, 2014. 21p.

OFICINA DE REVISÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE REALIZADA COM CONSELHEIROS DE SAÚDE, 2014, Brasília. **Relatório preliminar**. Rio de Janeiro: Abrasco, Gt de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável, 2014.

OFICINA REGIONAL DE REVISÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE (NORDESTE), 2014, Fortaleza. **Programação**. Rio de Janeiro: Abrasco, Gt de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável; Brasília: Opas: Ministério da Saúde, Secretária de Vigilância em Saúde, Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde, 2014.

OFICINA DA REGIÃO SUDESTE DA REVISÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1., 2013, Rio de Janeiro. **Relatório**. Rio de Janeiro: Abrasco, Gt de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável, nov. 2013. 16p.

OFICINA DA REGIÃO SUDESTE DA REVISÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2., 2014, Brasília. **Relatório**. Rio de Janeiro: Abrasco, Gt de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável, 2014. 22p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Carta de Ottawa**. Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde. Ottawa, 1986. 4p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2014.

_____. **Declaração do México**. Promoção da Saúde: rumo a maior equidade. México, 2000. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_mexico_2000.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2014.

_____. **A Carta de Bangkok para a Promoção da Saúde em um mundo globalizado**. Bangkok, ago. 2005. Disponível em: <<http://www.bvsde.paho.org/bvsdeps/fulltext/cartabangkokpor.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Guia de Avaliação Participativa de Municípios e Comunidades Saudáveis**: recursos práticos para a ação. São Paulo: OPAS, 2005.

OSZLAK, O. Estado y sociedad: Las nuevas reglas del juego. **Revista del Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo**. Caracas, v. 9, n. 9, p. 1–34, 1997.

OSZLAK, O.; O'DONNELL, G. Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación. **REDES - Revista de Estudios Sociales de la Ciencia y la tecnología**, Buenos Aires, n. 4, p.99-128, 1981.

PAILLÉ, Pierre; MUCCHIELLI, Alex. **L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales**. Paris: Armand Collin, 2003.

PARSONS, W. **Políticas públicas**: una introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas. México: FLACSO, 2007.

PELLEGRINI FILHO, A. Pesquisa em saúde, política de saúde e equidade na América Latina. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 339–350, 2004.

PÉREZ, N. O.; SEISDEDOS, S. R. Definición de problemas y diseño de la agenda. In: SÁNCHEZ, M. P. Z (Org.). **Análisis de Políticas Públicas**. Granada: Universida, 2006.

PINTO, I. C. de M. Mudanças nas políticas públicas: a perspectiva do ciclo de política. **Revista de Políticas Públicas**, São Luiz, v. 12, p. 27–36, 2008.

PIRES, Álvaro Pires. Amostragem e Pesquisa Qualitativa: ensaio teórico e metodológico. In: POUPART, Jean; DESLAURIERS, Jean-Pierre; GROULX, Lionel-H; LAPERRIÈRE, Anne; MAYER, Robert; PIRES, Álvaro P. **A Pesquisa Qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2008.

QUEIROZ, Danielle Teixeira; VALL, Janaina; SOUZA, Ângela Maria Alves e; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha. Observação participante na Pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.15, n.6, p.276-283 2007.

RESTREPO, Helena E. Conceptos y definiciones. In: RESTREPO, Helena E.; MALÁGA, Hernán (Org.). **Promoción de la Salud: como construir vida saludable**, Bogotá: Editorial médica Paramericana, 2001. 297p.

REUNIÃO DE SISTEMATIZAÇÃO DA REVISÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2., 2014, Fortaleza. **Relatório**. Rio de Janeiro: Abrasco, Gt de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável, 2014.

RICHARDSON, R.J *et al.*. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 2011.
ROCHA, Dais Gonçalves Rocha *et al.*. **Metodologia das oficinas regionais de revisão da política nacional de promoção da saúde**. Brasília, Out. 2013.

RODRIGUES, J. M. S. A Intersetorialidade entre as políticas públicas de saúde e de assistência Social pós-constituição brasileira de 1988. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 5., 2011, São Luiz. **[Trabalhos apresentados]**. São Luiz: UFMA, 2011.

ROSATTI, C. G.; BONALDI, E. V.; FERREIRA, M. T. Uma Crítica para o Presente: entrevista com Luc Boltanski. *Plural*, **Revista do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da USP**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 217–230, 2014.

RUA, M. das G. **Políticas Públicas**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2009.

SAETREN, H. Facts and Myths about Research on Public Policy Implementation : Out-of-Fashion, Allegedy Dead, But Still Very Much Alive and Relevant. **The Policy Studies Journal**, [S. l.] v. 33, n. 4, p.559-582, 2005.

SAMPAIO, J.; ARAÚJO Jr., J. L. A. C. 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.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Estado, sociedade, políticas sociais: o caso da política de saúde. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Lisboa, n. 23, p. 13–74, 1987.

SANTOS, Boaventura de Sousa. A Reinvenção Solidária e Participativa do Estado. **Centro de Estudos Sociais**, Lisboa, p. 1–17, jan. 1999.

- SANTOS, Jair Lício Ferreira; WESTPHAL, Márcia Faria. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Revista Estudos Avançados**, São Paulo, v.13, n.35, p. 71-88, 1999.
- SANTOS, N. R. dos. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 273–280, 2013.
- SARAVIA, E. Introdução à Teoria da Política Pública. In: SARAVIA, E.; FERRAREZI, E. (Org.). **Políticas Públicas**. Brasília: Enap, 2006. v. 1, p. 21–42.
- SAUERBORN, R.; NITAYARUMPHONG, S.; GERHARDUS, A. Strategies to enhance the use of health systems research for health sector reform. **Tropical medicine & international health**, Oxford, v. 4, n. 12, p. 827–835, 1999.
- SCHLITHLER, Célia R. B. **Redes Intersetoriais de Desenvolvimento Comunitário**. [S.l.]: Instituto para o Desenvolvimento do Investimento Social, 2013. Disponível em: <<http://www.linagalvani.org.br/pdfs/Redesintersetoriaisdesenvolvimentocomunitarioceliaschlithler.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2013.
- SECCHI, L. **Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. 2. ed. São Paulo: CENGAGE Learning, 2014.
- SERAFIM, M. P.; DIAS, R. D. B. Análise de política: uma revisão da literatura. **Cadernos de Gestão Social**, Salvador, v. 3, n. 1, p. 121–134, 2012.
- SILVA, Gustavo Tavares da. Políticas públicas e intersetorialidade: uma discussão sobre a democratização do Estado. **Cadernos Metrôpoles**, São Paulo, v.19, n.1, p.81-97, 2008.
- SILVA, P. L. B.; MELO, M. A. B. DE. **O processo de implementação de políticas públicas no Brasil: características e determinantes da avaliação de programas e projetos.** São Paulo: Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), 2000. (Caderno, n. 48). 16p.
- SOARES, A.; SANTOS, N. R. dos. Funding of the Unified Health System in FHC, Lula and Dilma government. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n.100, p. 18–25, 2014.
- SOBOTTKA, E.; SAAVEDRA, G. Justificação, reconhecimento e justiça. **Civitas**, Porto Alegre, v. 12, n. 1, p. 126–144, 2012.
- 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: Fiocruz, p. 65–86, 2007.
- SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Revista Sociologias**, Porto Alegre, v.8, n. 16, p.20-45, 2006.
- SOUZA, Elza Maria de; GRUNDY, Emily. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1354-1360, 2004.

SOUZA, Jacqueline; KANTORSKI, Luciane Prado; LUIS, Margarita Antonia Villar. Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 25, n. 2, p. 221-228, maio/ago. 2011.

SPERÂNDIO, Ana Maria *et al.*. 10 anos da Política Nacional de Promoção da Saúde: trajetórias e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.6, p.1680-1681, 2016.

TARRIDE, Mario Iván. **Saúde Pública**: uma complexidade anunciada. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

TEIXEIRA, Mirna Barros. **Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde**, 2002. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

TEIXEIRA, Rodrigo Alves; PINTO, Eduardo Costa. A economia política dos governos FHC, Lula e Dilma: dominância financeira, bloco no poder e desenvolvimento econômico. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 21, p. 909-941, dez. 2012. Número especial.

TEMPORÃO, José Gomes. **Discurso de posse do Dr. José Gomes no cargo de Ministro da Saúde**. Brasília, 19 de Mar. 2007. Disponível: <<http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/arq5068.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2015.

TREVISAN, A. P.; BELLEN, H. M. VAN. Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, p. 529–550, 2008.

TREVISAN, R. Avaliar. In: _____. **Michaelis Dicionário brasileiro da Língua Portuguesa**. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php>>. Acesso em: 24 dez. 2015a.

TREVISAN, R. Princípio. In: _____. **Michaelis Dicionário brasileiro da Língua Portuguesa**. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php>>. Acesso em: 24 dez. 2015b.

TREVISAN, R. Revisão. In: _____. **Michaelis Dicionário brasileiro da Língua Portuguesa**. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php>>. Acesso em: 24 dez. 2015c.

TREVISAN, R. Reformulação. In: _____. **Michaelis Dicionário brasileiro da Língua Portuguesa**. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php>>. Acesso em: 24 dez. 2015d.

UNIÃO INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE. Sub-região Brasil. **XIV Boletim da Sub-Região Brasil**. Ano XI, dez, 2009. Disponível em: <http://www.iuhpe.org/uploaded/Regions/Orla/Portuguese%20docs/BR_Boletim_14_Dec2009.pdf>. Acesso em: 12 set. 2010.

VANDENBERGUE, F. Construção e crítica na nova sociologia francesa. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 21, n. 2, p. 315–366, 2006.

VARVASOVSKY, 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. 30, n. 2, p. 5-43, 1996.

VIANA, A. L.; BAPTISTA, T. W. F. Análise de Políticas de Saúde. In: GIOVANELLA *et al.* (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 65-105.

VICENTE, V. M. B.; CALMON, P. C. D. P. A Análise de Políticas Públicas na Perspectiva do Modelo de Coalizões de Defesa. In: ENCONTRO DA ANPAD - ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 35, 2011, Rio de Janeiro. **Anais**. Rio de Janeiro: Anpad, 2011. Disponível em: <<http://www.anpad.org.br/admin/pdf/APB2163.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2015.

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. 353-70, 1994.

WESTPHAL, Márcia Faria. **A pesquisa DELPHI: universidades e intrasetorial**. São Paulo, 2014. 19 slides, color.

WESTPHAL, Marcia Faria; MENDES, Rosilda. Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.34, n.6, p.47-61, 2000.

YAMAGUCHI, Mirian Ueda; BERNUCI, Marcelo Picinin; PAVANELLI, Gilberto Cezar. Produção científica sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.6, p.1727-1736, 2016.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: Planejamento e Métodos**. 3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
PROGRAMA DE DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA**

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa “Nas Entrelinhas de uma Política: Uma análise da Política Nacional de Promoção da Saúde”, sob a responsabilidade do pesquisador Tales Iuri Paz e Albuquerque, a qual pretende analisar a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), contextualizando os ímpetus e os porquês da sua revisão em 2013. Sua participação é voluntária e se dará por meio de participação em entrevista semiestruturada na condição de entrevistado. Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa dizem respeito a possíveis interferências partidárias presentes direta ou indiretamente em seus relatos bem como tentativas de tendenciar resultados que possam trazer benefícios pessoais. Para minimizar tais riscos, o período do estudo será dos oito anos da política e os nomes dos atores envolvidos bem como o período em que exerceram seus cargos públicos não serão mencionados no estudo, ficando sob sigilo do pesquisador. Do mesmo modo, os entrevistados não tomarão conhecimento dos nomes dos pares que também contribuirão com o estudo. Se você aceitar participar, estará contribuindo para construir uma análise robusta da Política Nacional de Promoção da Saúde diante do contexto favorável de sua revisão; compreender as entrelinhas representadas pelo contexto, processo, atores sociais e interesses presentes, geralmente não biografados, mas que representa os porquês das facilidades e dificuldades da implementação da PNPS; refletir sobre os novos desafios da Promoção da Saúde para os próximos anos e o direcionamento estabelecido pelo Estado à prática profissional e acadêmica na área da saúde.

TÍTULO: “Nas Entrelinhas de uma Política: Uma Análise da Política Nacional de Promoção da Saúde” – Instituição: CPqAM/FIOCRUZ.

Pesquisador Responsável: *Tales Iuri Paz e Albuquerque* [Doutorando em Saúde Pública];
Orientador: Prof. Dr. José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Júnior (CPqAM/FIOCRUZ); Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Ronice Maria Pereira Franco de Sá (UFPE)

Eu _____, declaro que aceito o convite para participar do estudo científico intitulado “**Nas Entrelinhas de uma Política: Uma Análise da Política Nacional de Promoção da Saúde**”

As razões que justificam a minha escolha para participação neste estudo se dão pela minha participação no processo de formulação, implantação, implementação e/ou revisão da Política Nacional Promoção da Saúde e minha participação é voluntária. Consistirá em responder a uma entrevista sobre questões relacionadas à temática central do estudo, que tem como objetivo analisar a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), contextualizando os ímpetus e os porquês da sua revisão em 2013.

Entendi que, a qualquer momento, poderei desistir de participar e retirar meu consentimento, sendo que minha recusa não trará nenhum prejuízo em minha relação com o pesquisador ou com a Instituição que ele representa e que esta pesquisa poderá contribuir com a melhor compreensão sobre o processo de formulação de políticas públicas, beneficiando a sociedade no enfrentamento de novos problemas e questões.

Estou ciente de que as informações que eu vier a prestar serão publicizadas através dos meios de divulgação dos resultados desse estudo, e que está garantida a confidencialidade. Estou ciente de que há riscos não previsíveis, para além do risco de constrangimento ou desconforto pessoal diante das perguntas formuladas durante a entrevista. Sei ainda que os benefícios desta pesquisa residem na divulgação do produto final do estudo por meio de publicações científicas que tratam do tema para a comunidade acadêmica.

Estou ciente de que a entrevista será gravada e que o material obtido será arquivado por cinco anos. Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento. Desta forma, declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios deste trabalho e assino este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, uma das quais ficará sob minha posse, e outra com o pesquisador.

Cidade: _____, Data: ____/____/____

Assinaturas:

Sujeito da pesquisa

Pesquisador

Contatos do Pesquisador: e-mail: **tales.fisio@gmail.com** (79) 96320805

Contatos CEP CPqAM/FIOCRUZ: Av. Professor Moraes Rego, s/n - Campus da UFPE -
Cidade Universitária | Recife/PE - Brasil | CEP: 50.670-420 - Telefone/fax: 55 81 2101-2639
- E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br

APÊNDICE B – ROTEIRO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

Informações pré-observação:

1. Descrever informações sobre o evento desde o como o identificou e as razões para observá-lo;
2. Detalhar em que condições o pesquisador está presente no grupo de observação;

Observação

1. Apontar quem são os participantes do evento a ser observado;
2. Registrar o número de pessoas presentes;
3. Apresentar o desenrolar temporal do evento.
4. Descrever a disposição espacial dos lugares e das pessoas, caso chame atenção na observação; Como também, distinguir as pessoas moveis das imóveis; E a formação de prováveis grupos;
5. Registrar os pontos de vista de uns e de outros sobre a discussão encaminhado durante o evento, se norteando pelo que ouviu, agradou e chocou;

APÊNDICE C – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Cordialidades iniciais, apresentação do pesquisador e da pesquisa, assinatura do TCLE.

Bloco 1 – A Revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)

Pontos Chaves para a Entrevista:

- Contexto político e econômico da PNPS do Brasil, incluindo questões internacionais;
- Contexto em torno das condições sociais e do modelo de atenção a saúde;
- Priorização da PS na agenda política do Estado;
- Justificativas e interesses pelo início da revisão no ano de 2013;
- As metodologias utilizadas para a sistematização do processo da revisão;
- Aspectos positivos e negativos relacionados ao produto final da revisão;
- Os Atores sociais participantes do processo da revisão da PNPS;

Questões Modelo:

1. Como descreverias o contexto político e econômico do nosso país nos oito anos da PNPS? Existiu alguma influência internacional nesse processo?
2. Hoje, que prioridade é concedida a PNPS na agenda política do Estado?
3. Por quais motivos o processo da revisão da PNPS ocorreu no ano de 2013-2014? Existe algum interesse por trás dessa revisão?
4. Como foi sistematizado o processo de revisão dessa política?
5. Houve algum conflito de interesse no processo de revisão que reflete nas questões hierárquicas?
6. Qual sua opinião sobre o produto final da revisão da PNPS? Destaque aspectos positivos e negativos.
7. Nesse processo de revisão, em algum momento, existiu alguma preocupação perante o direcionamento estabelecido a Promoção da Saúde dentro da política?
8. Que instituição ou ator social identificaria como fundamental nesse processo de revisão da PNPS?
9. A participação popular foi estimulada ou às decisões estavam centralizadas na gestão do Ministério da Saúde?

APÊNDICE D – LISTA DE ATORES PARTICIPANTES DAS OFICINAS DE SISTEMATIZAÇÃO⁹³

Atores participantes	Instituição
Ana Cláudia Camargo Gonçalves Germani	FM-USP
Ana Maria Girotti Sperandio	UNICAMP
Carlos Silva	ABRASCO
Déborah Malta	DANTPS/SVS/MS
Fábio Carvalho	DAB/SAS/MS
Fábio Gomes	INCA
Flaviano Silva Quaresma	ABRASCO
Geórgia Albuquerque	DANTPS/SVS/MS
Giselle Balbino Araújo Rodrigues	DANTPS/SVS/MS
Jaqueline R. Lima	UFG
Kênia Lara	UFMG
Kleber Rangel Silva	SES/MG
Marco Akerman	FSP/USP – GT de PS
Maria do Socorro Machado Freire	NUSP/UFPE
Maria Faria Wesphal	USP/CEPEDOC
Mônica de Andrade	UNIFRAN
Paula Alexandra Reis Bueno	PUC - PR
Patrícia Constante Jaime	CGAN/DAB/SAS
Regiane Rezende	OPAS/OMS Brasil
Roberta Corrêa de A. de Amorim	DANTPS/SVS/MS
Roberto Eduardo Bueno	PUC - PR
Ronice Maria Pereira Franco de Sá	UFPE/ABRASCO
Simone Tetu Moysés	PUC - PR
Solena Ziemer Kusma	PUC - PR
Tales Iuri Paz e Albuquerque	UFS (Campus Lagarto)
Vanessa Almeida	UFMG
Vânia C. Marcelo	UFG
Veruska Prado Alexandre	UFG

⁹³ Essa lista foi construída a partir de atas de presença do primeiro e segundo encontro das oficinas de sistematização, bem como foi acrescida a partir da observação participante. Por isso, pode-se não representar a totalidade de atores envolvidos nesses encontros.

ANEXO A – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



Título do Projeto: “Nas Entrelinhas de uma Política: Uma Análise da Política Nacional de Promoção da Saúde”.

Pesquisador responsável: Tales Iuri Paz e Albuquerque.

Instituição onde será realizado o projeto: CPqAM/Fiocruz

Data de apresentação ao CEP: 15/09/2014

Registro no CAAE: 36193714.3.0000.5190

Número do Parecer PlatBr: 822.162

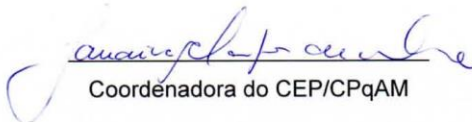
PARECER

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 466/12, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 01 de outubro de 2017.

Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 20 de outubro de 2014.


Coordenadora do CEP/CPqAM

Janaina Campos de Menezes
Pesquisadora em Saúde Pública
Coordenadora
Mat. SIAPE 154777
CEP/CPqAM/Fiocruz

Campus da UFPE - Av. Moraes Rego, s/n
CEP 50.670-420 Fone: (81) 2101.2639
Fax: (81) 3453.1911 | 2101.2639
Recife - PE - Brasil
comitedeetica@cpqam.fiocruz.br


Centro de Pesquisas
AGGEU
MAGALHÃES


FIOCRUZ
Ministério da Saúde