



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



Idê Gomes Dantas Gurgel

**A Pesquisa Científica na Condução de
Políticas de Controle de Doenças
Transmitidas por Vetores**

RECIFE
2007

Idê Gomes Dantas Gurgel

**A Pesquisa Científica na Condução de Políticas de Controle de Doenças Transmitidas
por Vetores**

Tese apresentada ao Programa de Pós
Graduação *Stricto sensu* do Centro de
Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação
Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a
obtenção do título de Doutor em Ciências na
Área de Concentração em Saúde Pública.

Orientadora: *Dra. Lia Giraldo da Silva Augusto*

Recife
2007

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

G978p Gurgel, Idê Gomes Dantas.

A pesquisa científica na condução de políticas de controle de doenças transmitidas por vetores/ Idê Gomes Dantas Gurgel. — Recife: I. G. D. Gurgel, 2007.

310 p.: il.

Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2007.

Orientadora: Lia Giraldo da Silva Augusto.

1. Política de Saúde. 2. Pesquisa. 3. Controle de Vetores. 4. Coalizões de Defesa. 5. Controle de Doenças Transmissíveis. 6. Dengue. 7. Filariose. I. Augusto, Lia Giraldo da Silva. II. Título.

CDU 614

IDÊ GOMES DANTAS GURGEL

**A Pesquisa Científica na Condução de Políticas de Controle de Doenças Transmitidas
por Vetores**

Tese apresentada ao Programa de Pós
Graduação *Stricto sensu* do Centro de
Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação
Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a
obtenção do título de Doutor em Ciências na
Área de Concentração em Saúde Pública.

Aprovada em: 27/04/2007

BANCA EXAMINADORA

Dr. Cipriano Maia de Vasconcelos
Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN

Dr^a. Rosa Maria Carneiro
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE)

Dra. Maria de Fátima Militão de Albuquerque
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães- CPqAM/Fiocruz)

Dr. José Luiz Correia de Araújo Jr.
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães- CPqAM/Fiocruz

Dra. Lia Giraldo da Silva Augusto
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães- CPqAM/Fiocruz)

A Garibaldi, Bruno, Vitor e Luiza,

por tudo o que aprendemos e

vivemos juntos.

A Valdeci e Nevinha por sempre

me terem apoiado e

deixado voar.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente agradeço às instituições que me deram suporte para a realização desse estudo: ao CPqAM/Fiocruz por ter viabilizado a realização de estágios na Universidade de Manchester; à CAPES, por me ter concedido bolsa para a realização de estágio de doutorando na mesma universidade; à Universidade de Manchester, especialmente o Departamento de Ambiente e Desenvolvimento da Escola de Geografia, pelo acolhimento durante a minha passagem por lá.

Quanto às pessoas, são tantas a quem agradecer que corro o risco de não conseguir lembrar todas. A estas, peço que desde já me perdoem. Posso até não as ter registrado aqui, mas estão no meu coração.

Lia Giraldo, minha orientadora e, acima de tudo, grande amiga, que deu todo o suporte que estava ao seu alcance para que essa minha trajetória transcorresse da melhor forma possível.

Sarah Atkinson, que foi muito mais do que uma supervisora de estágio. Foi uma amiga que também não mediu esforços para a concretização deste trabalho.

Eduardo Freese, coordenador do curso e também um amigo querido. Não mediu esforços para o desenvolvimento pleno do Curso de Doutorado em Saúde Pública e garantiu o suporte necessário em todos os momentos.

Rômulo Maciel, diretor do CPqAM, que se mostrou sensível e apoiou em momentos que foram fundamentais para que este trabalho se concretizasse.

Todos os que concordaram em participar deste estudo como entrevistados, ou subsidiando com documentos, merecem um agradecimento muito especial pela generosidade em disponibilizar um tempo de suas agendas, às vezes bastante apertadas.

Cipriano Maia, amigo que me ajudou e inspirou a crescer na Saúde Coletiva, com seu jeito simples de ser e viver. Tê-lo como membro da Comissão Examinadora foi antes de tudo um prazer.

Rosa Carneiro, querida professora, que sempre foi tão gentil e prestativa. Avaliou o meu trabalho de mestrado e, agora, me vi na obrigação de convidá-la para avaliar este produto, pois já sabia que suas contribuições seriam fundamentais.

José Luís Araújo, por todo o apoio para essa realização, especialmente no momento do estágio em Manchester, inclusive me apresentando à Sarah e dando dicas de sobrevivência nas Terras da Rainha Elizabeth II. Mas não só por isso. Sua participação no momento de qualificação do projeto, e também como membro da Comissão Examinadora desse produto final, em muito contribuíram para o enriquecimento do estudo.

Fátima Militão, uma amiga que a vida me apresentou e que sempre prezou pelo crescimento intelectual e pessoa, sem se esquecer da alegria. Também pela sua participação como examinadora, cujas numerosas e importantes contribuições certamente enriqueceram esse trabalho.

Ronice Franco, uma amiga carinhosa que prontamente aceitou a participar como membro suplente da Comissão Examinadora desse trabalho.

Zulma Medeiros, uma querida amiga que durante a construção desse trabalho não mediu esforços para me subsidiar com material abordando o tema Filariose Bancroftiana e não hesitou em aceitar o convite para participar da Comissão Examinadora como suplente.

Todos os professores com quem tive a oportunidade de conviver e aprender. Dentre todos destaco Ricardo Tavares pelas discussões calorosas da disciplina que muito me alimentaram de conceitos novos e pelas importantes considerações feitas no momento de qualificação do projeto deste estudo. E, com um carinho muito especial, Juan Samaja (*in memorian*), pelo grande mestre que sempre foi e soube dividir com a gente o seu vasto conhecimento, com uma forma simples de se falar de coisas complexas.

Os colegas de curso com quem pude interagir e aprender muito sobre tantos interesses e temas distintos: Carlos, Celso, Clarice, Cleide, Eduarda, Fábio, Flávia, Juliana, Rosângela, Marta. Cada um está guardado na minha memória e no meu coração. Mas não posso deixar de destacar o carinho especial que tenho por Eduarda, com quem pude dividir mais de perto as angústias vivenciadas durante o processo de construção da tese, e a quem muitas vezes recorri quando, distante de casa, precisei resolver pendências de trabalho ou do curso.

Todos que fazem a Secretaria Acadêmica do CPqAM, pela disposição em sempre colaborar, dar apoio e, às vezes, apenas ouvir. Dentre todos, preciso destacar Nilda, que sempre foi muito presente, mesmo quando o Oceano Atlântico nos separava.

Todos da Secretaria e Apoio Administrativo do Nesc pela disposição constante em me apoiar e ajudar, mesmo quando não podia viver o dia-a-dia do departamento. Preciso destacar

Dayse e Paulo Lyra, pela amizade e generosidade. Foram grandes e pequenos problemas que eles ajudaram a resolver.

A equipe da Biblioteca do CPqAM, que sempre se mostrou prestativa e deu apoio. Preciso destacar Mégine pelo trabalho extra nos ajustes às normas para publicação.

Aos amigos George e Cristiane, pelo carinho e amizade expressados das mais variadas formas, inclusive me acolhendo quando de minhas estadias nas terras Brasileiras.

Rejane Ferreira, que se mostrou uma grande amiga, de sensibilidade fantástica, abrindo seu coração e seu lar.

Luís Saraiva e Gláucia, amigos de longas datas, pelo acolhimento fraterno.

Katia Rejane, uma irmã de coração, sempre disposta a ouvir e apoiar em todos os momentos, difíceis ou não.

André, Abel e Carlos, amigos que a vida me apresentou, pelas oportunidades em que compartilhamos e aprendermos juntos. Sempre estarão no meu coração.

Os amigos do Sharing English que deram o suporte necessário para que o aprendizado da língua ocorresse sem traumas. Também por apresentar o Happy Valley (Bollington).

Todos os amigos de Bollington, que não mediram esforços para que a estadia no alémmar fosse tranquila e proveitosa, em especial Theresa e Andrew, Jennepher e Fred, Pam e Antony, Mary e Luke, Laurraine e John, Paul e Sandy. Irmãos que a vida me apresentou.

Meus filhos, por saberem compreender coisas, às vezes incompreensíveis para uma criança, que é a subtração de alguns de nossos momentos prazerosos. E também por torcerem para que esse ciclo terminasse logo.

Meu companheiro de todas as horas, Garibaldi, por todas as coisas que aprendemos juntos, e também pelas tantas vezes que leu e releu o texto e apontou lacunas, mesmo também estando vivendo momento semelhante de construção de uma tese.

Todos que direta ou indiretamente contribuíram com esse trabalho, o meu muito obrigado. Sem o apoio de vocês, certamente ele não teria sido possível.

“Alertamos, no entanto, ao leitor mais ávido por um porto seguro onde ancorar suas agruras desencadeadas pela modernidade, que esta nova teorização ainda não se encontra firmemente delineada nesse oceano enevado, onde se pode contar apenas com alguns feixes de luz ao longe, tal como os faróis em alto mar que apenas indicam uma rota, mas não garantem uma chegada segura”.

(BRITO; RIBEIRO, 2003).

RESUMO

Nos dias atuais é crescente a produção de conhecimento científica disponibilizada para a sua utilização pelas políticas públicas, particularmente no que se refere ao controle de endemias transmitidas por vetores. Entretanto, a tradução desse conhecimento em ação nem sempre é possível e a interação entre esses dois campos quase sempre é conflituosa.

Esse é um problema ainda pouco estudado no Brasil e direcionou o presente trabalho para analisar a política de controle de endemias transmitidas por vetores no país, com o propósito de compreender como se estabelecem as suas relações com a produção do conhecimento científico, tomando como casos os programas de controle de dengue e filariose.

Utilizou-se uma abordagem baseada no modelo de Estrutura de Coalizões de Defesa e na análise da produção e utilização do conhecimento científico. O período de 1990 a 2005 foi referência para a coleta dos dados secundários (documentos e artigos científicos), complementados com entrevistas com gestores e pesquisadores, realizadas no último ano do estudo.

Evidenciou-se que essa política se constitui por duas coalizões, a tradicional químico-dependente e a ecossistêmica, sendo a primeira dominante, embora a segunda tenha implementado mudanças que se concretizaram apenas no âmbito municipal, onde teve maior espaço político na gestão.

O processo de aprendizado político se processou com a utilização do conhecimento científico por meio de suas funções iluminadora e instrumental, e manteve coerência com o processo de disputa das coalizões. As publicações analisadas apresentaram características compatíveis com o sistema de idéias da coalizão dominante e se traduziram nos programas de controle de dengue e filariose, concomitantemente ao seu crescimento numérico.

Gestores e pesquisadores acharam importante a utilização de conhecimento científico pela política e apontaram as características dos estudos consideradas relevantes e também os obstáculos e estratégias existentes na interação entre esses dois mundos.

Palavras Chaves: Análise de Política de Saúde; Utilização de Conhecimento Científico; Controle de Doenças Transmitidas por Vetores; Dengue; Filariose; Estrutura de Coalizões de Defesa.

ABSTRACT

Nowadays, the amount of scientific knowledge available for use by public health bodies has increased rapidly, in particular knowledge related to vector-borne endemic diseases. However, the translation of this knowledge into direct action has not always been possible, and the interactions between these two fields have been conflictive.

This problem has been poorly studied in Brazil, and has led the present analysis of the policy for controlling those diseases in that country to aim to comprehend how the relationship between it and scientific knowledge production is established, using the dengue and filariasis programmes as case studies.

The study was based on the Advocacy Coalition Framework and on the analysis of the production and use of scientific knowledge. The period from 1990 to 2005 was a reference for collecting secondary data (documents and scientific papers), supported by interviews with decision-makers and researchers during the last year.

The results show that the policy is formed by two coalitions: the traditional-chemical-dependent, and the ecosystemic. The former was previously dominant, although the latter had implemented changes that were concretized at local level, where it had major political influence in the government.

The process of policy-oriented learning developed based on the enlightenment provided by, and the instrumental use of scientific knowledge, and was also consistent with the coalitions' political debate. The papers that were analyzed have shown characteristics that are compatible with the dominant coalition belief system, and have been translated into programmes for controlling dengue and filariasis, concomitantly with the increase of publications.

The interviewees agreed with the importance of the use of scientific knowledge in the policy, and pointed to the studies' relevant characteristics and also to the obstacles and strategies present in the interactions between these two worlds.

Keywords: Health Policy Analysis; Scientific Knowledge Use; Vector-Borne Disease Controlling; Dengue Fever; Lymphatic Filariasis; Advocacy Coalition Framework-ACF.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Representação esquemática da perspectiva de processo na política	31
Figura 2: Modelo de Sistemas do Processo Político	31
Figura 3: Modelo de Sistemas do Processo Político Aperfeiçoado	33
Figura 4: Um Modelo para Análise de Política de Saúde	46
Figura 5: Diagrama Revisado da Estrutura de Coalizões de Defesa	51
Gráfico 1: Gasto com os Principais Programas de Saúde no País, de 1995 a 1998	135
Gráfico 2: Número de artigos publicados sobre dengue e filariose bancroftiana no período de 1990 a 2005.....	194
Gráfico 3: Artigos publicados sobre dengue no período de 1990 a 2005.....	195
Gráfico 4: Objetivos temáticos principais dos artigos sobre dengue no período de 1990 a 2005.....	198
Gráfico 5: Artigos publicados sobre filariose bancroftiana no período de 1990 a 2005.....	200
Gráfico 6: Objetivos principais dos artigos sobre filariose bancroftiana no período de 1990 a 2005.....	202

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Reforma do Sistema de Saúde: Níveis, Objetivos e Problemas.....	45
Quadro 2: Estrutura do Sistema de Idéias, Crenças e Valores das Elites Políticas	52
Quadro 3: Hipóteses Gerais da Estrutura de Coalizões de Defesa (ACF)	58
Quadro 4: Jornais Científicos Pesquisados e Base Bibliográfica de Acesso	88
Quadro 5: Estrutura Revisada do Sistema de Idéias das Elites Políticas	95
Quadro 6: Condensação de Significados com Unidades Naturais de Análise, seus Temas Centrais e Descrição Essencial	101
Quadro 7: Atribuições das instituições envolvidas com o Plano Nacional para Eliminação da Filariose Linfática, 1996.....	161
Quadro 8: Propostas Aprovadas na Reunião de Avaliação do PNEFL, 2000.....	168
Quadro 9: Propostas para Implementação do Programa de Eliminação da Filariose no Período 2001/2002.....	173
Quadro 10: Plano Estratégico do Programa Global de Eliminação da Filariose Linfática, 2002.....	176
Quadro 11: Objetivos Estratégicos do Programa Global de Eliminação da Filariose Linfática, por períodos.....	182
Quadro 12: Prevalência de Filariose Linfática por Distrito Sanitário a Cidade do Recife, 2003.....	182
Quadro 13: Plano Estratégico do Programa Global de Eliminação da Filariose Linfática, 2004.....	186
Quadro 14: Principais Concepções das Coalizões Tradicional Químico-Dependente e Ecológica, conforme Núcleo Profundo, Núcleo Essencial da Política e Aspectos Secundários.....	190

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Número e percentual de artigos publicado sobre Dengue e Filariose Bancroftiana, por periódico, no período 1990-2005	193
Tabela 2: Número e percentual de artigos publicado sobre Dengue no período 1990-2005	294
Tabela 3: Principais países que forneceram material para o desenvolvimento das pesquisas sobre Dengue, no período de 1990 -2005	295
Tabela 4: Principais países financiadores de pesquisa sobre Dengue, no período de 1990-2005	296
Tabela 5: Principais países de origem dos autores de artigos sobre Dengue publicados no período de 1990-2005	296
Tabela 6: Artigos publicados sobre Dengue no período de 1990-2005 conforme população estudada, tipo de abordagem, modelo de causalidade e conhecimento utilizados	297
Tabela 7: Áreas do conhecimento presentes nos artigos sobre Dengue publicados no período de 1990-2005	298
Tabela 8: Número e percentual de artigos publicado sobre Filariose Linfática, no período 1990-2005	299
Tabela 9: Principais países que forneceram material para o desenvolvimento das pesquisas sobre Filariose Linfática, no período de 1990 -2005	300
Tabela 10: Principais países financiadores de pesquisa sobre Filariose Linfática, no período de 1990-2005	301
Tabela 11: Principais países de origem dos autores de artigos sobre Filariose Linfática publicados no período de 1990-2005	301
Tabela 12: Artigos publicados sobre Filariose Linfática no período de 1990-2005 conforme população estudada, tipo de abordagem, modelo de causalidade e conhecimento utilizados	303
Tabela 13: Áreas do conhecimento presentes nos artigos sobre Filariose Linfática publicados no período de 1990-2005	306
Tabela 14: Características do trabalho científico segundo grau de utilidade, conforme opinião dos pesquisadores, 2005	216

Tabela 15: Características do trabalho científico segundo grau de utilidade, conforme opinião dos gestores, 2005	217
Tabela 16: Características do trabalho científico, quanto à qualidade da pesquisa, segundo grau de utilidade, conforme opinião dos pesquisadores e gestores, 2005	218
Tabela 17: Características do trabalho científico, quanto à conformidade com as expectativas do usuário, segundo grau de utilidade, conforme opinião dos pesquisadores e gestores, 2005	219
Tabela 18: Características do trabalho científico, quanto à orientação da ação, segundo grau de utilidade, conforme opinião dos pesquisadores e gestores, 2005	220
Tabela 19: Características do trabalho científico, quanto ao desafio ao status quo, segundo grau de utilidade, conforme opinião dos pesquisadores e gestores, 2005	221

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ACF	Estrutura de Coalizões de Defesa
AOA	Agente Operacional de Apoio
ASA	Agente de Saúde Ambiental
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CCDTV	Coordenação de Controle de Doenças Transmitidas Por Vetores
CDC	Center for Disease Control and Prevention
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CENEPI	Centro Nacional de Epidemiologia
CENEPI	Centro Nacional de Epidemiologia
CGDEPI	Coordenação Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviço
CGVAM	Coordenação Geral de Vigilância Ambiental em Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNUMAD	Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento
COMBI	Communication-for-Behavioural-Impact (Comunicação para Impacto na Mudança de Comportamento)
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CPqAM	Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
DATAPREV	Sistema de Dados da Previdência
DATASUS	Sistema de Dados do Sistema Único de Saúde
DEC	Dietilcarbamazina
DECIT	Departamento de Ciência e Tecnologia (Secretaria de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde)
DEOPE	Departamento de Operações (Fundação Nacional de Saúde)
DIAGDENGUE	Diagnóstico da Situação da Dengue
DIEVIS	Diretora de Vigilância em Saúde (Secretaria de Saúde de Recife)
DIRCON	Diretoria de Controle Urbano (Prefeitura da Cidade do Recife)
ELISA	Ensaio Imunoenzimático Indireto

ENLURB	Empresa de Limpeza Urbana (Prefeitura da Cidade do Recife)
FAPs	Fundações Estaduais de Amparo à Pesquisa
FHD	Febre Hemorrágica do Dengue
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FNS	Fundação Nacional de Saúde
FSESP	Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GT	Grupo de Trabalho
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IVM	Integrated Vector Management (Manejo Integrado de Vetores)
KAP	Knowledge, Attitude and Practice (Conhecimento, Atitude e Prática)
LIRAA	Levantamento de Índice Rápido de <i>Aedes aegypti</i>
MEDLINE	Base de Dados da Literatura Internacional da Área Médica e Biomédica
MERCOSUL	Mercado Comum do Sul
NOB	Norma Operacional Básica
NUCEM	Núcleo de Estudos sobre Cidadania, Exclusão e Processos de Mudança (UFPE)
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCFB	Programa de Controle da Filariose Bancroftiana
PCR	Polimerase Chain Reaction
PEAe	Plano Diretor de Erradicação do <i>Aedes aegypti</i>
PIACD	Plano de Intensificação das Ações de Controle da Dengue
PNCD	Programa Nacional de Controle da Dengue
PNEFL	Programa Nacional de Eliminação da Filariose Linfática
PSA	Programa de Saúde Ambiental
PSF	Programa de Saúde da Família
SINVAS	Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde
SINVSA	Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental
SNABS	Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde

SNPES	Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde
SUCAM	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
TAG	Technical Advisory Group
TDR	Special Program for Research and Training in Tropical Diseases
TFECD	Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS	19
1.1 Pressupostos do Estudo.....	25
1.2 Pergunta Condutora do Estudo.....	26
1.3 Objetivos.....	26
1.3.1 Objetivo Geral.....	26
1.3.2 Objetivos Específicos	27
2 MARCO TEÓRICO.....	28
2.1 Entendendo o Campo da Análise de Políticas Públicas.....	29
2.2 A Análise de Políticas de Saúde.....	43
2.3 Um Mergulho na Estrutura de Coalizões de Defesa – ACF.....	48
2.4 Uso do Conhecimento Científico na Formulação da Política de Saúde.....	62
3 PERCURSO METODOLÓGICO.....	85
3.1 Desenho do Estudo.....	86
3.2 Análise dos Dados.....	93
3.2.1 Análise Documental.....	94
3.2.2 Análise de Conteúdo.....	95
3.2.3 Análise de Discurso.....	99
3.3 Considerações Éticas.....	101
4 RESULTADOS.....	102
4.1 O Subsistema de Controle de Doenças Transmissíveis por Vetores no Brasil.....	103
4.1.1 Caracterizando os Aspectos Estáveis e os Eventos Externos ao Subsistema.....	103
4.1.2 As Coalizões Presentes no Subsistema.....	107
4.1.2.1 <i>Atuação das Coalizões no Controle da Dengue no Brasil.....</i>	<i>125</i>
4.1.2.2 <i>Atuação das Coalizões do Controle da Filariose Linfática no Brasil.....</i>	<i>155</i>
4.1.2.3 <i>O Sistema de Crenças e Idéias das Coalizões.....</i>	<i>189</i>

4.2 A Produção Científica Relacionada à Dengue e Filariose.....	192
4.2.1 Características Gerais.....	192
4.2.2 Produção Científica sobre Dengue.....	194
4.2.3 Produção Científica sobre Filariose Linfática.....	199
4.3 A Utilização de Conhecimentos Científicos e as Articulações Entre a Academia e a Gestão Para o Controle de Dengue e Filariose.....	204
4.3.1 Caracterização da Inserção dos Sujeitos na Pesquisa e na Gestão.....	204
4.3.2 Estudos Utilizados no Processo Político.....	206
4.3.3 Características que o Trabalho Científico Deve Apresentar Para Ser Considerado Útil no Processo Político.....	208
4.3.3.1 A Percepção dos Pesquisadores.....	208
4.3.3.2 A Percepção dos Gestores.....	208
4.3.4 Características da Produção Científica e Sua Utilidade.....	211
4.3.5 Contribuição dos Estudos Científicos Para a Tomada de Decisão.....	215
4.3.6 Possibilidade de Uso de Conhecimento Científico no Processo Político.....	223
4.3.7 Produção e Utilização de Pesquisas nas Esferas Governo.....	225
4.3.7.1 Quanto à Utilização	225
4.3.7.2 Quanto à Produção.....	226
4.3.8 Importância da Articulação Entre Academia e Serviço.....	229
4.3.9 Interação Entre a Produção do Conhecimento e a Política.....	231
4.3.9.1 A Percepção dos Pesquisadores.....	231
4.3.9.2 A Percepção dos Gestores.....	241
5 DISCUSSÃO.....	250
6 CONCLUSÕES.....	272
REFERÊNCIAS.....	275
APÊNDICES.....	292

1 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS

O Brasil apresenta uma complexa situação no que tange ao controle de doenças transmitidas por vetores. Compreensões distintas se contrapõem e estão imbricadas por dentro do aparelho de estado na execução dessa política pública. Isto confere a necessidade do desenvolvimento de instrumental que permita enxergar as múltiplas dimensões de análise do processo e realizar uma avaliação institucional na perspectiva de possibilitar a melhor condução das ações por parte do poder público, tornando-as adequadas às necessidades sociais em saúde. A consolidação da promoção da saúde no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS) requer avaliar a política de saúde direcionada para o controle de endemias colocada em prática nesta nova conjuntura.

Decorre então a necessidade de redefinição e reorientação do papel do setor saúde frente aos problemas relacionados aos processos determinantes da causalidade das enfermidades de transmissão vetorial, o que pode ser viabilizado a partir do fortalecimento de políticas de saúde definidas como um processo que pode ser previsto cientificamente. É passível, portanto, de ser modificado em maior ou menor grau, dado o avanço alcançado pela ciência e pela tecnologia e na dependência das forças sociais e políticas atuantes na realidade.

A possibilidade de modificação torna o processo político uma arena de debates entre coalizões de atores que se organizam a partir de interesses comuns, com a finalidade de implementar a condução da política com base no conjunto de idéias, crenças e valores consensuados no interior de cada uma. A política, portanto, é delineada a partir do resultado desse debate e do processo de negociação entre essas coalizões.

Na análise da política de controle de doenças transmitidas por vetores no Brasil, duas coalizões aparecem bem distintas: a Tradicional químico-dependente, mais antiga, politicamente mais madura e dominante. Está calcada pelo modelo de corte biologicista, fragmentado, de relação monocausal entre o agente etiológico e o hospedeiro, externalizando as determinações sócio-ambientais do processo saúde-doença. A segunda, Ecológica, apesar de mais recente e mais fraca politicamente, vem alternativamente implementando mudanças no processo. Com influência do movimento da medicina social, internaliza todos os elementos que compõem o processo saúde-doença, propondo um modelo de intervenção sobre a sua globalidade, pautado pela interdisciplinaridade, a territorialização, a integralidade, a intersetorialidade e participação popular.

Na dinâmica política da implementação de ações de controle de doenças de interesse da saúde pública, evidenciam-se momentos de avanços alcançados pela coalizão ecossistêmica, como a organização da vigilância em saúde ambiental e a estruturação do Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental (SINVSA).

Ao mesmo tempo, e paradoxalmente, mantém-se as ações voltadas para a “erradicação” dos vetores de algumas endemias, excluindo o ambiente no processo de determinação, ao utilizar insumos químicos como a principal estratégia de eliminação desses agentes biológicos, deixando de avaliar os impactos ambientais e na saúde humana, decorrentes de tais substâncias. Embora já conhecidas por sua toxicidade, essas substâncias são utilizadas como “inócuas” para o ser humano. Uma implicação direta da externalidade do ambiente é que este não pode ser controlado e o processo de geração de risco permanece inalterado (LIEBER; ROMANO; AUGUSTO, 1999). Uma clara demonstração da força do paradigma e dos interesses que dão sustentação política à coalizão tradicional químico-dependente.

A intervenção do estado no processo saúde-doença, em especial nas transmissíveis, historicamente tem se pautado por interesses econômicos do mercado, com ações direcionadas para o consumo de biotecnologias, medicamentos e pesticidas, e tem obedecido a essa lógica. No caso das doenças transmitidas por vetores, essas ações concentram-se no uso de técnicas que objetivam a eliminação dos agentes patogênicos ou seus vetores, desconsiderando os aspectos sociais, políticos, econômicos, culturais e ambientais que estão envolvidos no seu desenvolvimento. Neste processo, elege-se um único fator como causa da endemia, que na verdade, também é uma consequência (AUGUSTO; FLORÊNCIO; CARNEIRO, 2005).

Para a coalizão ecossistêmica, o entendimento é outro. Para ela, faz-se necessário compreender que, pela sua complexidade, a saúde pertence a um sistema aberto, que corresponde a um conjunto de elementos que são interdependentes, isto é, dependem das relações entre as partes integrantes do sistema (LIEBER; ROMANO; AUGUSTO, 1999). O ambiente e a saúde humana estão inter-relacionados e condicionados pelas forças sociais. As ações voltadas para o controle vetorial devem integrar esses elementos, considerando os contextos que conferem particularidades na dinâmica da causalidade da endemia.

O modelo defendido pela coalizão tradicional químico-dependente, presente nos organismos nacionais e internacionais do setor saúde, é tido como viável, com “eficiência e eficácia comprovadas”, a priori. As ações decorrentes dessa dominância são, em geral, realizadas com campanhas de saúde pública (BRASIL, 1982; FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1995a) quase sempre pontuais e sem continuidade.

As pesquisas científicas voltadas para as grandes endemias têm se baseado na mesma lógica do que Samaja (2002) chama de revolução técnico-científico, com a qual no século XX o estilo científico do conhecimento passou a apresentar uma grande dependência com a sociedade capitalista.

Essa compreensão de interdependência entre a ciência e a técnica é compartilhada por Santos (1997), quando afirma que embora a ciência preceda a técnica, sua realização é cada vez mais subordinada. As tecnologias resultantes dessa subordinação ao capital são utilizadas em escala mundial, e nada mais conta a não ser uma busca desenfreada do lucro, onde quer que as condições o permitam. Mesmo quando as evidências científicas revelam, ao contrário, a sua baixa efetividade.

Para esse mesmo autor, as tecnologias não estão acessíveis a toda a humanidade e sua aplicação acarreta conseqüências diferenciadas de longo alcance, uma vez que desconsidera os contextos naturais e humanos locais. Por essa razão, é causa de graves distorções. Isso acontece porque o trabalho científico foi praticamente colocado a serviço do mercado (SANTOS, 1997).

Nesta mesma linha de pensamento, Samaja (2002) assinala que grande parte das investigações desenvolvidas atualmente está voltada para a criação de novas técnicas, de acordo com critérios de rentabilidade, e não para a solução dos problemas inerentes ao conhecimento. Os pesquisadores são avaliados com base no número de patentes e não segundo as leis ou explicações descobertas.

No que se refere à produção do conhecimento científico voltado para os problemas decorrentes das doenças transmitidas por vetores, essa mesma tendência é evidente.

Esse fato pode ser uma das explicações possíveis para compreender o paradoxo observado, no qual, embora o conhecimento científico tenha avançado no sentido do reconhecimento de que essas enfermidades são complexas, e o Brasil tenha hoje, uma massa

crítica de pesquisa científica pronunciada frente às doenças relacionadas ao saneamento ambiental inadequado, e particularmente, aquelas transmitidas por vetores, ainda persistem índices elevados de morbidade, posto que persistem os riscos sócio-ambientais, fazendo re-emergir, inclusive, aquelas doenças já consideradas controladas ou até erradicadas.

Outra explicação plausível parece estar relacionada a fatores decorrentes do distanciamento que aparentemente existe entre a produção científica e a tomada de decisão, tanto na formulação como na implementação das políticas de saúde.

A análise da relação entre a produção do conhecimento científico e a formulação da política embora seja um tema relevante, está insuficientemente tratada, e ainda apresenta carência de processos mais estruturados e sistemáticos. É em si mesma uma questão a ser pesquisada.

Nesse contexto, a análise da política de controle de endemias transmitidas por vetores no Brasil e sua relação com o saber, requer a busca das evidências científicas que dão suporte ao processo de tomada de decisão e implementação.

A maioria dos estudos existentes, relacionando produção de conhecimento e formulação de política é realizada em países considerados desenvolvidos, particularmente nos Estados Unidos e na Europa. Conhecer e analisar a relação entre produção científica e política no Brasil, além de uma necessidade é um desafio.

Apesar da existência de vasta produção acerca da política de saúde, estudos abordando a relação entre ela e a utilização de conhecimento científico ainda são pouco frequentes (COHN; WESTPHAL; ELIAS, 2005).

Embora essa realidade não seja exclusiva dos países latino-americanos, está especialmente acentuada nessa região onde a situação da pesquisa apresenta uma série de deficiências, com grande concentração de recursos e de produção científica em alguns centros ou regiões (PELLEGRINI FILHO, 2004).

Pellegrini Filho (2004) destaca que em 2000 cerca de 70% dos gastos em pesquisa e desenvolvimento foram feitos pelo Brasil e Argentina que, por sua vez, possuem dois terços dos pesquisadores da região que são responsáveis pela maioria da produção científica. A região foi responsável por apenas 2% dos artigos indexados em MEDLINE no ano de 1998.

Além disso, observa-se uma concentração interna no país; no Brasil, por exemplo, na região sudeste.

Os avanços alcançados na produção de conhecimento acerca dos determinantes das condições de saúde parece que não foram acompanhados de um correspondente avanço na utilização desse conhecimento para a definição de políticas e programas, assim como para a produção de bens e serviços, que seguem o modelo positivista, importando o desenvolvimento da biotecnologia.

Por exemplo, no âmbito da política de controle de doenças transmitidas por vetores, a busca da erradicação dessas doenças, pela extinção dos agentes patogênicos ou de seus vetores, consiste a atividade central da ação governamental, desconsiderando a complexidade existente na causalidade, onde estão presentes elementos históricos, sociais, culturais, políticos e ambientais, que são relacionados com a territorialidade da população, com o modelo de desenvolvimento e com a reprodução social.

O reconhecimento dessa complexidade exige um novo modelo para o enfrentamento dessa problemática, no qual a execução da política pública também deve ser alterada em favor de uma ação de natureza intergovernamental para além do Sistema Único de Saúde.

No âmbito do setor saúde, o Brasil apresentou grandes transformações na condução das políticas sociais, sobretudo a partir da definição constitucional ao introduzir princípios e diretrizes para o SUS. No entanto, somente com a edição da NOB-96 é que as ações de controle de endemias transmitidas por vetores tiveram algum redirecionamento em favor da descentralização. Porém, as abordagens metodológicas não avançaram suficientemente na direção da integralidade e da equidade.

Uma análise sistêmica das contradições observadas no controle de endemias transmitidas por vetores é fundamental para superar o paradoxo apontado. Embora seja enorme o potencial de incorporação do conhecimento científico na inovação, o controle vetorial está preso ao modelo tradicional, com resultados crônicos de baixa efetividade. Entender as razões pelas quais ocorre a separação desses universos é importante para construir um fluxo de comunicação entre eles, no sentido do aproveitamento em tempo real, dos resultados dos estudos em contextos locais, regionais e o nacional.

A insuficiência teórico-metodológica nos processos de análise de políticas públicas de saúde pode ser considerada outra explicação e tem reflexos no processo de formulação e implementação das ações de saúde pública. O presente estudo permitirá avaliar as questões envolvidas no conhecimento científico e sua utilização no processo político conduzido pelo governo brasileiro, na problemática do controle de doenças transmitidas por vetores. Pretende fornecer subsídios para a reorientação dessas políticas no país, assim como, aprofundar o conhecimento sobre as relações entre saúde e ambiente, academia e gestão pública que certamente será de interesse mais geral.

1.1 Pressupostos do Estudo

1. No setor saúde, há uma lacuna entre o universo da condução das políticas de governo e a produção de conhecimento científico;
2. O “diálogo” entre os dois mundos, da academia e da política, apresenta “incompreensões” que tornam pouco efetivo o fluxo de saberes necessários à implementação de intervenções voltadas para as problemáticas de saúde oriundas de processos sócio-ambientais complexos e que possibilitem a reorientação sistemática da política;
3. Historicamente as ações implementadas pelas políticas de controle das endemias vetoriais se mostram pouco congruentes com os avanços observados no “discurso” e no “imaginário/desejo” que orientam as políticas mais gerais de saúde no Brasil, que apontam para uma perspectiva de promoção e de qualidade de vida;
4. Os estudos relacionados com endemias vetoriais, em geral descrevem sua distribuição, o mecanismo de transmissão, analisam os resultados dos modelos de controle e de intervenção implementadas. Estudos que adentram nos modelos técnico-científicos que dão sustentação às práticas observadas têm presença pouco significativa;
5. Há uma dominância da chamada ‘medicina tropical’ na compreensão do arcabouço teórico-conceitual que orienta a produção de conhecimento em torno do controle de endemias transmitidas por vetores. Como uma persistência da “era pasteuriana”, o modelo de intervenção se caracteriza, por uma estrutura linear do tipo causa-efeito, mono-disciplinar, em

geral da biologia, e fragmentado. Nele mantém-se a crença de que o uso de uma determinada técnica possibilitará o controle do processo como um todo;

6. O pensamento dominante que orienta a tomada de decisão na política de saúde apresenta igualmente, uma fragmentação e uma redução da causalidade, simplificando o modelo em favor do uso de determinadas tecnologias e, conseqüentemente, formulam-se avaliações, modelos de gestão e intervenções não integradas;

7. As articulações entre o processo de formulação e implementação da política e as evidências científicas em saúde pública são estanques, acomodadas e refratárias a uma visão mais sistêmica. As distâncias entre uma inovação, no caminho da abordagem sócio ambiental e da política podem ser indicadas pelas dificuldades que os formuladores da política apresentam para utilizar esse corpo de conhecimento.

1.2 Pergunta Condutora do Estudo

Como se articulam o conhecimento científico e o processo de formulação e implementação da política de controle de doenças transmitidas por vetores no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, no Brasil?

1.3 Objetivos do Estudo

1.3.1 Objetivo Geral

Analisar a política de controle de doenças transmitidas por vetores no Brasil, com o propósito de compreender como se estabelecem as relações entre a produção científica e o processo de formulação e implementação dessa política.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Identificar as principais características e o arcabouço teórico-conceitual instrumentalizador da política de controle de doenças transmissíveis por vetores no Brasil;
- Analisar a produção científica relacionada com a problemática das doenças de transmissão vetorial e seus paradigmas;
- Caracterizar o processo de utilização de evidências científicas para a formulação e implementação da política de controle de endemias transmitidas por vetores no Brasil;
- Descrever e analisar as articulações entre as comunidades científica e política, procurando identificar as lacunas e divergências existentes entre o conhecimento científico e a política de controle de doenças transmitidas por vetores no Brasil a partir de programas exemplares de controle.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 Entendendo o Campo da Análise de Políticas Públicas

O Estudo de política pública já tem longa tradição e apresenta cada vez mais a necessidade de procurar o desenvolvimento de análises que façam a interface entre os ambientes social, político e econômico no âmbito do estado, caracterizando assim a complexidade desse tipo de estudo.

Walt e Gilson (1994) referem que esse é um campo acadêmico e de pesquisa claramente estabelecido em países desenvolvidos, porém com pouca aplicação em países considerados em desenvolvimento, particularmente no que se refere ao setor saúde, onde parece haver certa negligência para com esse tipo de estudo.

Embora esse não seja o cenário brasileiro, onde já existe importante produção acadêmica nesse campo, ainda persiste a necessidade do desenvolvimento de análises, particularmente no que se refere à política de doenças de transmissão vetorial, que aparece fortemente vinculada ao processo histórico da saúde pública do país. Também merece considerar um aspecto da política que se refere à relação que se estabelece com a produção científica e o processo de utilização desse conhecimento no âmbito da política.

O termo 'política' é usado por agências governamentais com a finalidade de descrever um conjunto de diferentes atividades, dentre as quais: a definição de objetivos, as prioridades, a descrição de um plano e, as regras de decisão (GORDON; LEWIS; YOUNG, 1997).

Jenkins (1997) define política pública como um conjunto de decisões inter-relacionadas tomadas por um ator ou grupo político envolvido com a seleção de objetivos e os meios para alcançá-los, no âmbito de uma situação específica onde tais decisões dependem, a princípio, do poder dos atores para serem levadas a cabo.

Para esse autor esta definição aponta para a compreensão da política enquanto um conjunto de ações e os meios para a sua implementação. Mas também incorpora a possibilidade de 'inação', que ocorre quando as decisões não são implementadas, mas que integra determinada opção política. Desse modo, a formulação de política refere-se a um conjunto complexo de decisões que poderão ser implementadas ao longo de determinado tempo.

Na compreensão de Souza (2006) o conceito de política pública pode ser traduzido enquanto “campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, ‘colocar o governo em ação’ e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente)”. (SOUZA, 2006, p. 26).

Pela sua complexidade, o estudo acerca das políticas públicas pode ser conduzido sob diferentes caminhos. Barker (2000) assinala que esses caminhos podem ser arrançados em três dimensões: os estágios do processo político, os objetivos do estudo e a condução do estudo. Quanto aos objetivos, o estudo pode ter a finalidade de *descrever*; *avaliar*, quando procura verificar o processo político com base em critérios estabelecidos, com foco nos resultados, como os estudos de impacto; *analisar*, com base em modelos e conceitos com a finalidade de explicar o processo; e, *consultar* a opinião pública em relação à determinada política. No tocante à condução do estudo, este pode se dedicar ao processo político ou ao seu conteúdo; ser do tipo prescritivo ou explicativo; ser um estudo de caso ou estudo comparativo, ser desenvolvido por um ator envolvido na formulação da política e atuando como analista, ou por alguém exteriorizado/de fora do processo político.

Conforme Jenkins (1997), na análise de política é necessário fazer a distinção entre o ‘conteúdo da política’, que corresponde à essência da política, e o ‘processo político’, que envolve o conjunto de métodos, estratégias e técnicas que definem a política.

Dentre esses dois elementos da política, a compreensão do processo político tem assumido importante papel na análise de política pública e inspirado a construção de diferentes abordagens. Nessa perspectiva, o Jenkins (1997) apresenta três modelos de compreensão do processo político, com base na teoria de sistemas, sendo que os dois primeiros se constituem a base para o modelo por ele proposto.

No modelo proposto por Harold Lasswell (JENKINS, 1997), e desenvolvido por outros autores, como Charles Jones e James Anderson (SABATIER, 1999), o processo inicia-se num ponto de entrada e segue num percurso lógico para a decisão e implementação até um ponto no qual as decisões finais são tomadas e termina o curso da ação (Figura 1). Propõe que para a sua compreensão, o processo político seja dividido em uma série de estágios onde os fatores que afetam o processo atuem em cada estágio.

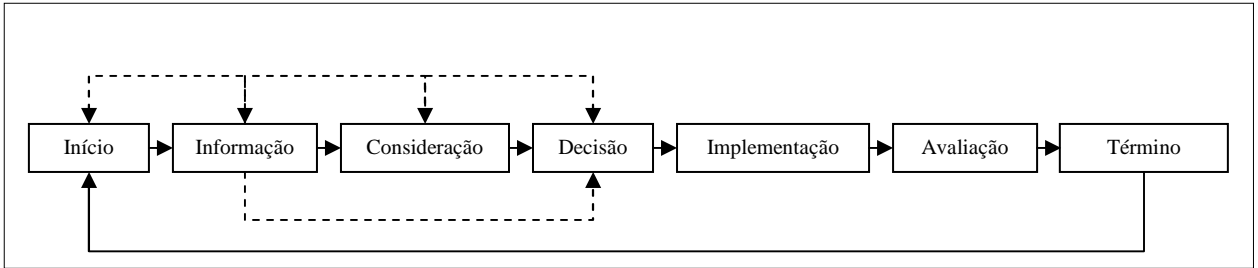


Figura 1: Representação esquemática da perspectiva de processo na política.

Fonte: Adaptado de Jenkins (1997, p. 32).

No segundo modelo, o processo político é considerado em termos de *input – output* (insumo – produto), com base nas idéias de David Easton. Propõe que a dinâmica e o processo do sistema político operem dentro de um ambiente, no qual interagem as demandas (demandas por ações que surgem dentro e fora do sistema), as decisões (tomadas pelas autoridades políticas), os produtos do sistema (principalmente quanto aos bens e serviços) e os impactos, em termos de resultados (são as conseqüências, desejadas ou não, decorrentes da execução das ações ou falta de execução – ‘inação’) (Figura 2). Esse modelo é utilizado principalmente no desenvolvimento de estudos científicos nos quais as variáveis podem ser testadas de maneira sistemática e rigorosa.

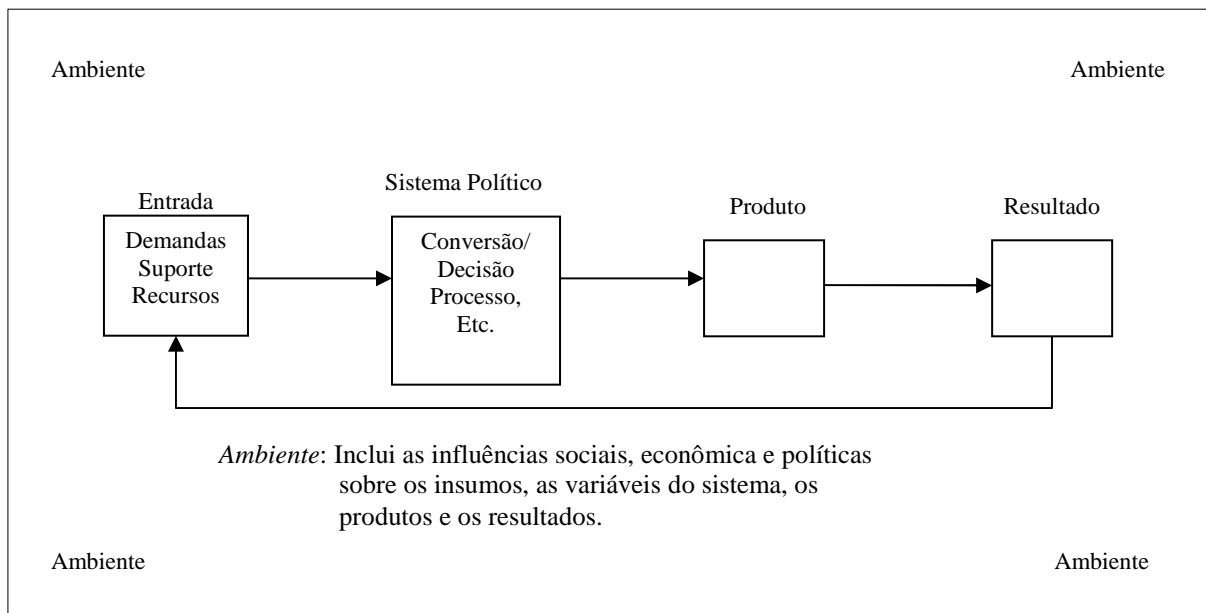


Figura 2: Modelo de Sistemas do Processo Político

Fonte: Adaptado de Jenkins, 1997: 33.

Jenkins usa como referência esses dois modelos anteriores baseados na teoria de sistemas para propor outro modelo que ele considera aperfeiçoado e ampliado. Para ele a melhor compreensão da política pública requer considerar a operação do sistema político em

seu ambiente e compreender que esse sistema se mantém e muda ao longo do tempo. Desse modo, o modelo pode ser representado esquematicamente com (a) o ambiente da política e (b) o sistema político em si (Figura 3).

Nesse modelo o processo não está desestruturado e se encontra envolto pelo ambiente, que tem influência sobre todos os componentes. Ele está composto por indivíduos, grupos ou organizações com valores e interesses distintos, atuando individualmente ou juntos ao longo do tempo. Seu poder de influência varia de acordo com a proximidade com o sistema político, porém não se estabelece uma relação linear entre esta e a pressão da demanda. Por sua vez, a demanda estabelece relações com as variáveis independentes. Desse modo, é necessário investigar também a existência de relações entre a ação política e a presença ou ausência de tais variáveis. O modelo também apresenta uma distinção entre a rede organizacional e o sistema de decisão, assim como a capacidade do sistema político também ter influência sobre o ambiente (indicado pela letra 'a' na figura 3) e a relação direta entre a decisão e os resultados (JENKINS, 1997).

Com esse modelo Jenkins argumenta que o processo político é algo complexo e que sua análise exige que o sistema seja completamente explorado a fim de permitir a sua melhor compreensão. Para isso, o autor acredita que não existe um único caminho capaz de dar conta de toda a potencialidade da análise. A natureza do problema é de uma complexidade tal que a sua análise requer a utilização de diferentes abordagens complementares.

Luhmann (1995) acrescenta ainda que esse tipo de sistema não se constitui meramente pelas relações entre os seus elementos. Diferentemente dos sistemas fechados, nos quais o ambiente não tem grande significado, agora ele apresenta diferenças importantes que permitem reconstruir todo o sistema, pois se estabelece um grande número de operações entre esse e os demais elementos. Essa capacidade de interconectividade dos componentes do sistema caracteriza a sua complexidade.

Como assinala Barker (2000), os componentes do sistema interagem num contexto definido pelo ambiente, portanto onde o sistema opera. No âmbito da saúde, esse sistema opera num ambiente influenciado pelas questões sociais, políticas, econômicas, históricas e biológicas. Dessa maneira, a natureza do governo determina as relações no interior do sistema de atenção à saúde; a dinâmica social determina a extensão do apoio da população; as condições globais do ambiente afetam as necessidades de ação do sistema. A autora destaca a necessária clareza de que uma vez que se vive e opera num ambiente aberto, qualquer

alteração ou evento que ocorra terá influência sobre as condições de interação dos componentes do sistema. O sistema reage de acordo com as influências do ambiente que podem relacionar-se à mudança do comportamento, à transformação da sua estrutura interna, ou se remodelando completamente.

Com base nessa compreensão, a autora argumenta que uma política deve ser concebida enquanto processo e é constituída pela tomada de decisão, pela confecção de plano de ação e pela sua implementação.

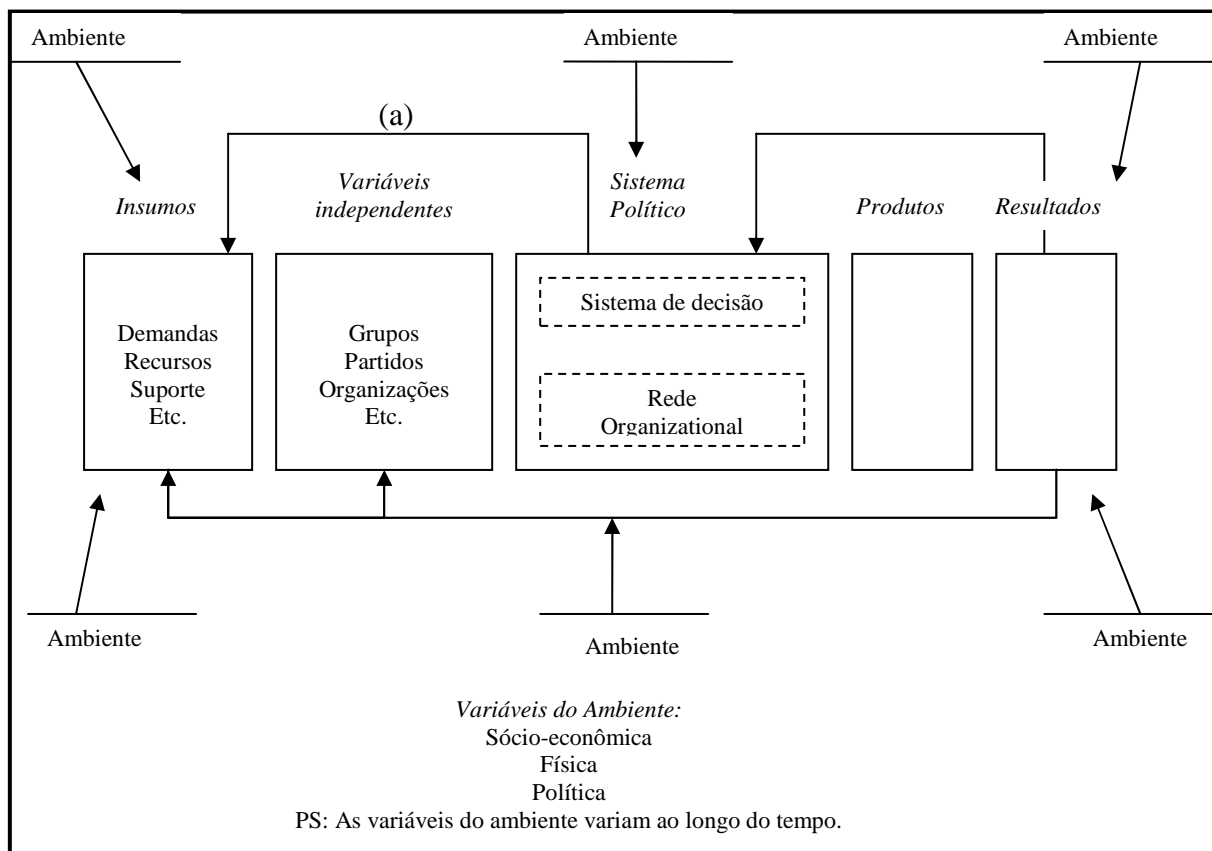


Figura 3: Modelo de Sistemas do Processo Político Aperfeiçoado

Fonte: Adaptado de Jenkins, 1997: 35.

Nessa mesma linha, Sabatier (1999) destaca que o processo político inclui desde a maneira como os problemas são definidos e trazidos para o governo para uma solução; como as instituições governamentais formulam as alternativas e selecionam as soluções políticas; e como estas são implementadas, avaliadas e reformuladas, no curso do processo político. E argumenta ainda que, para a sua compreensão, requer o conhecimento acerca dos objetivos e percepções dos atores envolvidos (SABATIER, 1999).

Smith (1997) aponta que nas diferentes arenas políticas existe uma rede política, através da qual se estabelece uma articulação entre o governo e os grupos políticos, mediada pela troca de informações. Para o autor, a formulação das políticas específicas é um processo fechado realizado pelos níveis subgovernamentais de modo que a maioria das decisões sobre questões sem controvérsias são tomadas por pequenos grupos, constituídos por subcomitês do congresso, agências governamentais e grupos de interesse.

Esse autor argumenta que essa é uma relação de dependência mútua, pois se por um lado os grupos desejam ter influência sobre a decisão, por outro lado para atingir os objetivos com um mínimo de conflito, o governo precisa da assistência dos grupos para o desenvolvimento e implementação da política, sob forma de cooperação, se estabelecendo assim uma rede política onde se operam as relações entre os grupos e o governo. Essa comunidade política formada pelas relações entre grupos e governo tende a ter um núcleo e a periferia, ou uma comunidade primária e outra secundária. O núcleo é constituído por atores-chaves que definem as regras, os membros e a direção política. Da comunidade secundária participam grupos que não têm recursos suficientes para exercer uma influência constante sobre a política.

Gordon, Lewis e Young (1997) referem que a formulação de uma política diz respeito a um processo racional que toma como base os passos desde a formulação do problema e avaliação de alternativas até a implementação. Nessa concepção pressupõe-se que os conflitos quanto aos objetivos da política ou as diferentes percepções quanto às situações possíveis, podem ser admitidas, porém, pressupõe-se que os resultados não interferem com a consistência operacional do sistema. Nessa perspectiva, os problemas são considerados técnicos, o ambiente consensual e o processo controlado.

Entretanto, a formulação de política é em si uma atividade política. Os autores apontam que dentro desta concepção, admite-se que as percepções e interesses individuais dos diferentes atores envolvidos estão presentes em todos os momentos. Assim, a implementação torna-se uma atividade problemática, ao invés de ser tida como algo já determinado. A política é vista como o resultado de acordos (contratos), o ambiente de conflito e o processo em si caracterizado pela diversidade e restrição.

Ou ainda, como assinala Porter (1995), a formulação da política não apresenta uma forte coerência, nem se caracteriza como um processo racional com um começo, um meio e

um fim, de maneira sucessiva e claramente definida. A política não tem linearidade. Pela sua complexidade, pode ser mais bem compreendida quando vista em momentos que se interconectam e envolvem distintos participantes e diferentes processos.

Conforme Minogue (1997), a perspectiva política torna mais plausível a compreensão do sistema governamental em todas as etapas de sua atividade (tomada de decisão, implementação e avaliação), e assim as análises e estudos políticos contribuem para a gestão. Para esse autor, o processo de tomada de decisão apresenta três estágios: a formulação, na qual se definem claramente os objetivos; a implementação, na qual os objetivos são traduzidos em ações; e a avaliação, que consiste no monitoramento da prática e se produzem informações que darão o *feedback* para a reformulação dos objetivos.

Conforme assinala o autor, a definição dos objetivos é em si uma etapa difícil. Nessa etapa podem ocorrer três alternativas:

1. Os objetivos já serem dados, necessitando apenas definir bem os meios;
2. Se não estão bem estabelecidos, podem ser definidos de acordo com os meios específicos;
3. Existir uma relação racional entre os meios e os fins.

Entretanto, as organizações governamentais raramente têm os seus objetivos claros e previamente definidos; além do mais, uma definição acabada tende a ser recusada.

Para este autor, isso ocorre porque, caracteristicamente, qualquer política específica está marcada por conflito acerca dos objetivos. O conflito pode ser de cunho partidário, em que envolve diferentes ideologias políticas, ou entre grupos que competem para assumir determinado setor. O conflito também pode assumir uma forma organizacional, quando envolve organizações públicas, como, por exemplo, entre ministérios e gestores do alto escalão do governo, ou interministerial, ou ainda interdepartamental, e assim por diante. Ambas as formas de conflito, seja a partidária ou a organizacional, frequentemente estão inter-relacionadas através da interação entre o executivo e o legislativo, ou entre o executivo e os grupos de interesse.

Nesse cenário de conflito a tomada de decisão emerge a partir de um complexo processo de negociação entre os atores interessados, o que demandará que concessões sejam feitas e assim objetivos alternativos podem surgir.

Mesmo quando os objetivos são definidos, os conflitos existirão porque, como lembra o autor, as organizações são constituídas por diferentes interesses que levam a uma competição pelos recursos e pelo poder. Assim, essa competição pode se tornar mais importante do que a própria política. Além do mais, os meios para a construção de uma organização poderosa tendem a se tornar o principal fim daqueles que a compõem. Desse modo, a definição dos objetivos resulta principalmente da interação e pactuação entre os atores.

Assim como a definição dos objetivos, outro elemento importante a ser considerado no processo de tomada de decisão diz respeito à informação necessária e disponível ao formulador da política. Nesse aspecto, esse mesmo autor pondera que, primeiramente, em formulação de política a informação freqüentemente é inadequada ou não está acessível, assim como, podem existir restrições ao seu uso relacionadas ao tempo para sua produção e os eventos que requerem uma intervenção e não podem aguardar que toda a informação esteja disponível. Além do mais, excesso de informação pode dificultar o processo de tomada de decisão.

Outro aspecto relevante destacado pelo autor é o fato de que a informação é um recurso que, na prática, é passível de ser manipulada pelos competidores dentro da organização. E isso é uma estratégia utilizada largamente pelo estado para manter o domínio sobre as políticas; para negar aos competidores externos a influência sobre as políticas; e para reduzir a recalcitrância no ambiente externo da política.

Assim, se por um lado a decisão política pode tomar como base o conhecimento produzido; por outro lado, pela sua natureza política, a tomada de decisão na prática resulta de negociação entre os atores participantes.

A implementação das decisões tomadas está diretamente relacionada aos objetivos especificamente definidos pelos formuladores da política e traduzidos em ações. O resultado desse processo, ou o que exatamente aconteceu, pode apresentar variações conforme o contexto político. Portanto, a implementação de uma política não são os seus resultados em si.

Avaliar os resultados de uma política assume grande importância dentro do processo de formulação de políticas. Entretanto, essa é uma tarefa difícil e geralmente problemática devido às características das lideranças políticas e do comportamento organizacional. As falhas evidenciadas no processo expõem a gestão e as informações produzidas poderão

subsidiar os demais atores que podem, tanto estar competindo pelos mesmos recursos e poder dentro da organização, quanto serem contrários a essa política ou inimigos políticos.

Para se analisar uma política pública, como a política de saúde, por exemplo, também é importante observar a distinção entre o desenvolvimento de análise *de* política e análise *para* a política. Ham e Hill (1993) argumentam que a análise *de* política relaciona-se a uma atividade de cunho acadêmico cuja finalidade é a compreensão de uma política. A análise *para* a política refere-se ao desenvolvimento de estudos com a finalidade de solucionar um problema social. Em outras palavras, conforme Barker (2000), reconhece-se que alguns estudos são conduzidos academicamente e estão fora do processo de tomada de decisão política, e outros estudos são conduzidos com a intenção direta de produzir resultados úteis, recomendações a serem feitas, ações a serem executadas, para que seja implementada alguma mudança.

Conforme assinalam Gordon, Lewis e Young (1997), dentro dessa dicotomia conceitual, evidencia-se um conjunto de atividades continuadas que se apresentam desde ‘policy advocacy’ de um lado até a análise do conteúdo da política, de outro. Esses autores apontam que a Análise para Política (Analysis for Policy) pode se apresentar sob a forma de *policy advocacy* e informação para a política; a análise de política pode ater-se à determinação ou ao conteúdo da política; e entre as análises *para* e *de* política destaca-se outra modalidade que é o monitoramento e avaliação da política.

O termo *policy advocacy* aplica-se a análises voltadas para a defesa de uma política específica, ou um grupo de políticas que se relacionam. Para a definição por determinada política, considera-se a sua possível finalidade que é previamente definida pelo pesquisador.

Na informação para política, procura-se suprir o formulador de política (policy-maker) com informações e às vezes recomendações. Essa modalidade pode ser conduzida como uma atividade de um departamento de governo, como pesquisa financiada por esse departamento, uma pesquisa com financiamento independente, ou ainda como pesquisas desenvolvidas por indivíduos ou grupos que direcionam suas atividades acadêmicas para as questões políticas.

Monitoramento e avaliação da política relacionam-se ao desenvolvimento de análises de política ou programas *pos hoc*. Por um lado, objetiva-se disponibilizar aos formuladores os resultados de análises de impacto e efetividade de uma política específica. Por outro lado, uma revisão do impacto da política contribui para a análise de viabilidade de políticas futuras,

a partir da especificação dos possíveis cenários. Essa modalidade de análise procura informar quanto aos limites de possibilidades da política.

Na análise de determinação da política, enfatizam-se as entradas (*inputs*) e os processos de transformação que operam na construção da política pública. Está baseada em modelos implícitos ou explícitos de análise sistêmica de política. Desse modo, o modelo de análise pode se direcionar para as forças do ambiente político, para seus objetivos internos ou ainda para as percepções internas quanto ao ambiente externo.

A análise de conteúdo da política relaciona-se a estudos de políticas específicas, desenvolvidos no campo da administração e da política social. Por serem conduzidos no âmbito da academia, os resultados alcançados podem contribuir com informações para os formuladores de políticas, porém não é esse o objetivo principal dessa modalidade de análise.

Para Dunn (1981), a análise de políticas constitui uma disciplina das ciências sociais aplicadas que utiliza múltiplos métodos de investigação e argumentação para produzir e transformar informações relevantes da política que podem ser utilizadas num quadro político, para resolver problemas de política.

Já Ukeles (1977) define a análise de política como uma investigação sistemática acerca das diferentes opções políticas, assim como as evidências favoráveis e contrárias a cada opção. Ela envolve a solução de problemas, a coleta e a interpretação de informações, bem como a tentativa de prever as conseqüências das ações implementadas.

E ainda, de acordo com Wildavski (1980), a análise de política é sinônimo de criatividade e se relaciona mais com a definição dos problemas do que com a apresentação de soluções. A análise de política se aplica a problemas de caráter público que, se não puderem ser resolvidos, pelo menos se deve tentar compreendê-los. Nessa perspectiva, é considerada como sinônimo de arte, uma vez que se traduz numa atividade capaz de formular os problemas que podem ser resolvidos apesar das tensões existentes.

Wildavski (1980) considera que a análise de política deve ser *descritiva, prescritiva, seletiva, objetiva, argumentativa, retrospectiva, inventiva, prospectiva e subjetiva*. Ela é descritiva na medida em que se propõe a explicar como determinado problema acontece. Ao apresentar propostas acerca do que deve ser feito, ela é prescritiva. Quando direcionada para um grupo ou organização específicos, ela é seletiva. Ao levar as pessoas a concordarem

acerca das conseqüências das várias alternativas apresentadas, ela é objetiva. A habilidade de convencimento, essencial às questões sociais, na medida em que apreende e reflete diferentes aspectos do problema, torna-a argumentativa. Analisar é uma atividade retrospectiva porque apresenta elementos do passado que dão suporte para o futuro desejado. Como representa uma criativa justaposição de idéias que devem considerar os recursos disponíveis e os objetivos, é então inventiva. Ela também é prospectiva ao procurar recompensas no futuro, que sempre é incerto. Por último, ela é subjetiva na medida em que deve considerar os diferentes interesses envolvidos no momento da escolha dos problemas a serem resolvidos e das alternativas a serem consideradas.

A análise de políticas públicas tem a finalidade de desenvolver explicações para as diferentes fases ou etapas da política, como assinala Viana (1996). Para essa autora, conhecer como se desenvolve a ação estatal que se traduz nas políticas públicas. Dessa maneira, a análise de políticas públicas consiste principalmente em analisar o modo de funcionamento do estado a partir da identificação das características das organizações públicas que executam as políticas; dos atores envolvidos no processo político; dos mecanismos, critérios e estilos relacionados à tomada de decisão pelas instituições responsáveis; de inter-relações entre essas variáveis (organizações e atores); e de variáveis externas que influenciam esse processo.

As diferentes concepções acerca do processo político dão suporte para a construção de grande leque de modelos de análise, que têm sido desenvolvidos e aplicados nas últimas décadas. Dentre estes, alguns assumem papel de destaque pela repercussão e impacto nesse campo de produção do conhecimento, como: o da Escolha Institucional Racional, o da Lata de Lixo, de Múltiplas Correntes, o do Equilíbrio Interrompido, o de Difusão Política, o de Arenas de Poder, o da Teoria Cultural, o Construtivista, o de Domínio Político, o das Comunidades Epistêmicas e o de Estrutura de Coalizões de Defesa,¹.

O Modelo baseado na Escolha Institucional Racional é um dos modelos mais bem desenvolvido e comporta um conjunto de abordagens que procuram compreender como as regras institucionais alteram o comportamento dos indivíduos motivados por seus interesses materiais (SABATIER, 1999). Assume que os formuladores de política ao identificar os problemas, procuram reunir os dados e informações acerca das alternativas possíveis e suas

¹ Tradução livre para Institutional Rational Choice, Garbage Can, Multiple Streams Framework, Punctuated Equilibrium Framework, Policy Diffusion Framework, Arenas of Power, Cultural Theory, Constructivist Framework, Policy Domain Framework, Epistemic Communities e Advocacy Coalitions Framework, respectivamente.

consequências, e a partir de então define as soluções que melhor se adequam (HANNEY et al., 2003).m

Já os Modelos Incrementalistas reconhecem a complexidade do processo político e procuram introduzir em suas análises diversos fatores que compõem o contexto em seu entorno. Dessa maneira, assume papel importante o conhecimento científico produzido, mas também os valores sócio-culturais dos atores envolvidos, seus interesses e relações institucionais. Conforme assinala Lindblom (1959, 1979), o modelo se propõe a analisar problemas políticos compreendendo a sua complexidade e que exigem que a atenção esteja direcionada para os valores marginais ou incrementais. Assim, as mudanças também se dão principalmente a este nível, e não nos valores essenciais. Assim, a formulação da política não está direcionada para os seus objetivos finais, mas se constrói passo a passo num processo de *muddling through*, ou seja, incremental.

No Modelo de Lata de Lixo argumenta-se que existem muitos problemas e poucas soluções para estes e que ambos são dispostos como se estivessem numa lata de lixo pelos atores, na medida em que estes aparecem, de modo que não sendo possível analisar os problemas, resolvê-los dependeria das soluções disponíveis no momento em que aparecem (SOUZA, 2006). Para esse modelo os eventos estão dispostos e acontecem de maneira anárquica e baseadas no acaso (JOHN, 2003).

Esse modelo serviu de base para a construção do Modelo de Múltiplas Correntes, que segundo Faria (2003) tem o objetivo de analisar o processo de formulação de política em “*condições de ambigüidade*”, uma vez que as soluções que serão adotadas dependem da ocorrência simultânea de determinados eventos e da atuação dos atores.

Nesse modelo, o processo político está constituído por três correntes que envolvem atores e processos: a corrente do problema, que corresponde aos dados acerca dos problemas e seus proponentes; a corrente política, composta pelos proponentes das soluções para os problemas; e a corrente de políticos, constituída pelo processo eleitoral e pelos eleitos. Cada corrente opera de modo independente até que surja uma oportunidade que as coloque juntas e isso leva a uma mudança da política (SABATIER, 1999). Ao juntar as correntes se põem em contato os problemas, os formuladores e os que têm poder para decidir. Embora as idéias do modelo anterior sejam bastante influentes, John (2003) destaca que as instituições, os partidos

e a opinião pública também influenciam na definição do modo como e quando as mudanças serão introduzidas.

O Modelo do Equilíbrio Interrompido argumenta que o processo político tende a se desenvolver com períodos estáveis em que ocorrem apenas mudanças incrementais, em que se mantém o *status quo* da política, interrompidos e permeados por breves períodos de crise que geram mudanças radicais da política, que ocorrem quando os atores oponentes definem uma nova imagem política e passam a atuar nos diversos níveis de organização política (SOUZA, 2006; TRUE; JONES; BAUMGARTNER, 1999). John (2003) refere que os autores desse modelo baseiam-se em elementos da teoria da evolução natural das espécies para explicar como a interrupção do equilíbrio, o sistema pula rapidamente de um ponto estável para outro.

No Modelo de Difusão Política, procura-se explicar as variações que ocorrem na adoção de inovações políticas nos diferentes níveis de governo. Argumenta-se que a adoção é uma função tanto de uma política específica quanto do modo como ela é difundida (SABATIER, 1999).

O Modelo da Teoria Cultural defende que a política é essencialmente dominada por quatro diferentes ideologias gerais: individualismo, hierarquismo, igualitarismo e fatalismo. Sabatier (1999) argumenta que esse modelo está pouco desenvolvido e mantém ambigüidades que precisam ser mais bem investigadas, como a relação com os arranjos institucionais e as condições sócio-econômicas.

O Modelo Construtivista compreende que os problemas políticos surgem enquanto uma construção social, e na opinião de alguns autores como Sabatier (1999) o modelo geralmente também não consegue estabelecer conexões com as condições sócio-econômicas e institucionais.

Segundo este mesmo autor o Modelo de Domínio Político apresenta um conjunto de conceitos que servem de guia para desenvolver a análise. Argumenta-se que dentro de um determinado domínio político, as organizações com interesse numa determinada área desenvolvem padrões de mudanças e tentam influenciar a política.

Um elemento que tem sido considerado importante de ser introduzido na análise de política diz respeito à relação entre o conhecimento produzido e o processo político, e de como se dá o processo de aprendizado político. Nessa linha de pensamento, destacam-se os

trabalhos de Haas (1992), com a proposta de Comunidades Epistêmicas e de Sabatier e Jenkins-Smith (1988, 1993, 1999) com a Estrutura de Coalizões de Defesa.

O modelo das Comunidades Epistêmicas, conforme Haas (1992), compreende um conjunto de profissionais, pesquisadores e especialistas, com expertise e competência reconhecida em determinado campo do conhecimento e com capacidade de contribuir com produção de conhecimento para o aprimoramento de determinada política pública. Para o autor, as comunidades epistêmicas mesmo comportando atores oriundos de diferentes disciplinas, elas tendem a se organizar porque compartilham de:

1. Um conjunto de crenças normativas e princípios baseados em valores que dão suporte à ação dos seus membros;
2. Crenças e idéias causais, decorrentes de suas análises de práticas que geram ou contribuem para a solução do problema, no seu campo de conhecimento e que depois servem como base para elucidar as múltiplas relações entre a ação política e os resultados desejados;
3. De noções de validade, ou seja, intersubjetividade na definição interna dos critérios para avaliação e validação do conhecimento no domínio de sua especialidade;
4. De um desafio político comum, em que compartilham de práticas e problemas para os quais dirigem sua competência profissional, convencidos de que o bem-estar humano será alcançado.

A Estrutura de Coalizões de Defesa² (ACF) compreende o processo político a partir da interação entre coalizões de defesa que se formam em torno da defesa de interesses específicos, compostas por atores oriundos de várias instituições e que compartilham um conjunto de idéias, crenças e valores e que compõem o subsistema político na perspectiva de influenciar ou até mesmo determinar o processo de formulação e implementação da política.

Por fim cabe destacar que, como assinala Faria (2003), a maioria das abordagens aqui brevemente tratadas parece privilegiar um processo de cooperação entre os atores e as organizações envolvidas no processo político. A exceção fica por conta do modelo ACF que

² Tradução livre para Advocacy Coalitions Framework (ACF).

deixa claro o aspecto da disputa política entre as coalizões, ou nas palavras do autor, *uma concepção implícita de democracia concorrencial*. (FARIA, 2003, p. 27).

No Brasil o ACF tem sido pouco difundido e aplicado, embora, conforme assinala Faria (2003, p. 27), no “universo político brasileiro o conflito é normalmente camuflado pela barganha e mitigado pela prevalência das relações de tipo clientelista, sendo reduzido o papel do argumento e do convencimento”; um cenário no qual a cooperação entre coalizões se torna difícil, este modelo parece estar mais adequado para desenvolver análises de política. Pois define o subsistema político enquanto palco de disputa entre coalizões que agregam os atores oriundos de diferentes setores (público, privado, academia, imprensa) para impor mudanças na política em conformidade com seu sistema de idéias, crenças e valores.

2.2 A Análise de Políticas de Saúde

As compreensões acerca da saúde evoluíram ao longo da história da saúde pública e nem sempre estiveram vinculadas às preocupações com as determinações sociais, econômicas, políticas, ambientais. Em meados do século XX houve o triunfalismo da medicina com os avanços da biologia, particularmente da microbiologia, e a descoberta dos antibióticos. Predominava um modelo de interpretação da causalidade no processo saúde-doença do tipo causa-efeito, a partir do qual as intervenções se davam sobre os elementos mais frágeis, os agentes biológicos.

Entretanto, o fim do século revelou os limites da ordem médica e sua grande incapacidade para lidar com a complexidade das questões relacionadas ao processo saúde-doença da população. Os tratamentos destinados à saúde se tornaram ineficazes diante dos impactos decorrentes das intervenções sobre o ambiente e da profunda desigualdade social que afetam os países globalmente.

Barker (2000) assinala que no âmbito da sociedade atual, a saúde não pode ser entendida de maneira simplista. A sua compreensão se baseia em diversas concepções, desde ser entendida enquanto direito social; como um assunto de batalhas políticas; como forma de obter votos; como um caminho de usar recursos improdutivamente; como um caminho para reduzir a insatisfação da população; como um investimento numa sociedade mais produtiva; como uma indústria. Portanto, para a autora analisar como uma determinada política de saúde

tem sido desenvolvida é necessário identificar as diferentes concepções de saúde envolvidas nessa política.

Essas questões evidenciam a necessidade de se aprofundar a discussão em torno da política de saúde, com a finalidade de se buscar caminhos que viabilizem a aproximação entre o conhecimento e a gestão, para o aprimoramento do sistema com vistas à promoção da saúde. Analisar essa política é uma alternativa a ser perseguida, pois possibilita conhecê-la melhor para a construção de ferramentas mais adequadas ao seu desenvolvimento em plenitude.

Do ponto de vista teórico-conceitual, a análise das políticas públicas é uma atividade complexa e incorpora conhecimentos oriundos de várias áreas com as quais também interage, como a economia, a ciência política, a sociologia, a antropologia, a geografia, as ciências sociais, a saúde pública, que têm contribuído para avanços teóricos e empíricos nesse campo.

No que se refere à política de saúde, ela tem se constituído num importante campo de debate nas últimas décadas, envolvendo acadêmicos, formuladores, gestores e a população em geral, e tem tido o reconhecimento do seu papel para o desenvolvimento da sociedade.

Por ser um setor que tem passado por inúmeros processos de reforma, Frenk (1994) sugere que, para a sua análise, é importante compreender que esse sistema opera em quatro níveis, conforme: Sistêmico, Programático, Organizacional e Instrumental (Quadro 1), sendo que o contexto do nível sistêmico influencia na definição dos tipos de políticas que serão implementadas nos demais níveis.

Para o autor, o nível sistêmico trata da organização institucional para as ações de regulação, financiamento e distribuição de serviços. Ocupa-se dos principais aspectos do sistema de saúde, como a natureza das instituições públicas envolvidas na atenção à saúde, a relação público/privado e a relação da saúde com os demais setores. O programático especifica as prioridades do sistema, a partir da definição de um pacote universal para a atenção. Esse nível decide a natureza efetiva dos programas de atenção à saúde e onde os recursos serão alocados. O organizacional preocupa-se com a produção efetiva de serviços, com foco na qualidade da atenção e na eficiência técnica. O nível instrumental gerencia a inteligência institucional para aprimorar a performance do sistema quanto à produção de informações, pesquisa, inovação tecnológica e desenvolvimento de recursos humanos.

Nível Político	Principais Objetivos	Problemas
Sistêmico	Equidade	<ul style="list-style-type: none"> • Elegibilidade da base populacional • Organização Institucional: • Agências públicas envolvidas na assistência à saúde • Níveis de governo • Relação Público/privado • Envolvimento da População • Produção de recursos • Outros setores com impacto na saúde
Programático	Eficiência Alocativa	<ul style="list-style-type: none"> • Definição de prioridade • Custo-efetividade das intervenções
Organizacional	Eficiência Técnica	<ul style="list-style-type: none"> • Produtividade • Qualidade da assistência
Instrumental	Inteligência Institucional para a otimização da performance	<ul style="list-style-type: none"> • Sistemas de informação • Pesquisa científica • Desenvolvimento tecnológico • Desenvolvimento de recursos humanos

Quadro 1: Reforma do Sistema de Saúde: Níveis, Objetivos e Problemas

Fonte: Adaptado de Frenk (1994).

Esse mesmo autor ainda destaca que qualquer reforma que venha a ocorrer deverá passar por esses quatro níveis para poder alcançar o seu melhor desenvolvimento, pois eles estão inter-relacionados. Entretanto, diante de resistência à mudança dentro de um nível, é possível que haja progressão para o nível seguinte, com mudanças parciais em cada nível. Assim, para o autor, mudanças no nível sistêmico correspondem à reestruturação ou redesenho. Da mesma maneira, alterações de prioridades do sistema de saúde constituem uma reorientação ou reprogramação. E, quando o nível instrumental é o foco da reforma, trata-se de um reforço.

Araújo e Maciel Filho (2001) identificam dois tipos de análise de política de saúde principais: a análise parcial e a análise compreensiva. O primeiro concentra-se em questões específicas, num determinado estágio ou numa questão particular da política em estudo. O segundo objetiva analisar todo o processo da política, com um foco mais ampliado.

Para esses autores, embora diversos modelos tenham sido propostos, o modelo de análise de Walt e Gilson parece ser o mais adequado, pois, além de incorporar elementos dos

demais, possibilita a sua aplicação em diferentes casos de análise de política de saúde, especialmente para países em desenvolvimento, onde esta prática tem sido sistematicamente negligenciada.

Walt e Gilson (1994) argumentam que, de um modo geral, os estudos tendem a focalizar a atenção no conteúdo da política e não valorizam tanto os atores envolvidos, o processo e o contexto no qual se desenvolve. Dessa maneira, o modelo recomenda que o processo de análise seja orientado por quatro aspectos que são inter-relacionados e compreendem toda a política: o contexto, o conteúdo, os atores e o processo.

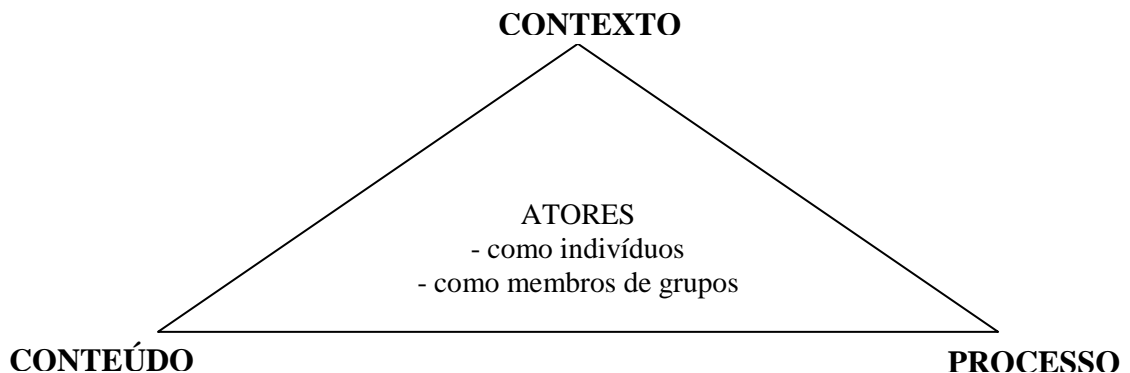


Figura 4: Um Modelo para Análise de Política de Saúde
 Fonte: Adaptado de Walt e Gilson (1994).

Araújo Jr. e Maciel Filho (2001) tomando como base a proposta de Walt e Gilson (1994) delimitam a compreensão desses elementos. Para os autores, o contexto é explorado no que diz respeito a sua importância e relação com a política. Permite avaliar a política em termos de sua coerência, sua possibilidade de impactar positivamente no contexto e se realmente são necessárias e suficientes para produzir os efeitos desejados. A sua abordagem deve ser focalizada nas mudanças demográficas, educacionais, culturais, epidemiológicas, tecnológicas, políticas e econômicas, e dá-se pela criação de subcategorias de análise: o Macro-contexto, através das esferas política, econômica e social; e o Micro-contexto, com as políticas setoriais, a estrutura de financiamento do setor e as consequências.

O conteúdo da política é delimitado quanto aos problemas que são objetivos de mudança, os programas, projetos, ações, objetivos, recursos requeridos. A relevância dessa

análise se expressa pela identificação das perspectivas da política, as possibilidades de impacto e acesso, de acordo com os recursos disponíveis.

Para a análise dos atores é necessário caracterizar: os principais atores, sua posição em relação à política, como são mobilizados, sua correlação de poder e as possibilidades de alianças e coalizões.

A análise do processo político leva em consideração a tomada de decisão e a implementação da política. Nesse sentido, é importante analisar as relações de poder existentes entre os diferentes níveis de governo entre si e a sociedade civil, as estratégias políticas para a sua implementação e os recursos envolvidos.

Embora apresentados separadamente, para Walt e Gilson (1994) este modelo traz em si a idéia de inter-relações que existem entre os quatro elementos: os atores são influenciados pelo contexto onde eles vivem e trabalham, tanto no nível macro do governo quanto no nível micro das instituições; o contexto recebe influência de diversos fatores, como instabilidade e incerteza, criados pelas mudanças no regime político ou por guerra, pela ideologia (neoliberal ou socialista), pela história e a cultura; o processo por sua vez é afetado pelos atores, suas posições na estrutura de poder, seus valores e expectativas; e o conteúdo da política reflete algumas ou todas as demais dimensões.

A partir desse modelo simples, as autoras argumentam que tanto formuladores, quanto analistas de política podem compreender melhor o processo de reforma do setor saúde e planejar uma implementação mais efetiva.

Elas argumentam que a tomada de decisão acerca do conteúdo da política não é uma questão técnica simples, mas ao contrário, reflete o que é politicamente viável naquele momento de se optar. Ao ver a política como um processo dinâmico é chave para a análise, pois o ambiente da política está continuamente mudando, transformando as relações entre os grupos e as instituições.

A análise de política, portanto, requer compreendê-la enquanto um processo dinâmico no qual as decisões refletem a viabilidade política do momento em que foram tomadas e as mudanças que ocorrem nas relações entre os grupos e as instituições.

Essa breve revisão conceitual acerca da análise de política, e da política de saúde em particular, deixa claro que esse é um processo que apresenta diferentes matizes e resulta na

produção de um conhecimento extremamente útil para a formulação ou para a proposição de novas políticas. Destaca-se também a importância da relação entre a produção acadêmica e a prática político-gerencial, componente chave para alguns modelos de análise de política, como por exemplo, a Estrutura de Coalizões de Defesa (ACF), que será tratado a seguir.

2.3 Um Mergulho na Estrutura de Coalizões de Defesa – ACF

A Estrutura de Coalizões de Defesa-ACF (*Advocacy Coalition Framework*) foi proposta por Paul A.Sabatier e Hank c. Jenkins-Smith (1988; 1993; 1999). Esses autores também focalizam a atenção da análise nos atores sociais envolvidos. Porém, não de modo individual, mas através das coalizões que se formam em torno da defesa de interesses específicos, na perspectiva de influenciar ou até mesmo determinar o processo de formulação e implementação da política.

O processo político é compreendido então de maneira parcialmente segmentada enquanto subsistemas políticos constituídos pelas instituições e atores que estão diretamente envolvidos com a formulação da política de uma área especializada (JENKINS-SMITH; ST.CLAIR; WOODS, 1991; SABATIER; JENKINS-SMITH, 1988, 1993, 1999).

A definição operacional para os subsistemas exige que:

1. Os participantes reconheçam que apresentam as mesmas habilidades enquanto uma comunidade autônoma;
2. Os participantes, regularmente ou periodicamente, procurem influenciar a política pública dentro do subsistema, durante longo período de tempo;
3. Existam subunidades especializadas no âmbito das agências governamentais que negociam aspectos da política dentro do subsistema;
4. Haja grupos de interesse ou unidades especializadas dentro desses grupos, que consideram a área política na qual estão inseridos, como problema de maior interesse.

Os subsistemas podem se organizar de maneira que existam outros subsistemas em seu interior ou dois subsistemas possam atuar conjuntamente, de maneira que um subconjunto de

atores possa fazer parte de ambos (SABATIER; JENKINS-SMITH, 1999). Sabatier (1998) argumenta que essas características devem estar presentes em subsistemas maduros, ou seja, aqueles que existem por uma década ou mais; diferentemente do que acontece em subsistemas nascentes, que estão em processo de formação.

A emergência dos subsistemas deve-se basicamente a duas razões: primeiramente, um novo subsistema surge a partir de um grupo de atores que se apresentam insatisfeitos com algumas negligências relacionadas a problemas pertinentes ao subsistema de origem; ou, em outros casos, um novo subsistema pode ser o produto de um conjunto de subsistemas que se forma dentro de um maior que os mantém, como resultado de um processo de especialização deste (SABATIER, 1987).

Os autores argumentam que as melhores tentativas de análise de uma política são aquelas que procuram integrar o conhecimento teórico, como uma função iluminadora (WEISS, 1977; 1979; 1998). Entretanto, como a política muda ao longo do tempo, é importante trabalhar com base em três processos: o primeiro refere-se aos parâmetros estáveis do sistema; o segundo às mudanças externas ao subsistema estudado; e o terceiro às coalizões de defesa. Na figura 5 é possível visualizar uma representação esquemática do modelo.

Do lado esquerdo da figura encontram-se dois conjuntos de variáveis que são exógenas ao subsistema, mas que têm impacto sobre as barreiras e oportunidades dos atores envolvidos na política: os eventos externos ao subsistema e os parâmetros relativamente estáveis. Estes, por sua vez têm repercussão direta sobre os obstáculos e oportunidades que se apresentam para os atores do subsistema.

Os Parâmetros Relativamente Estáveis correspondem àqueles que têm efeito sobre os recursos ou impulsionam outros subsistemas, como a estrutura constitucional, os valores socioculturais e os recursos naturais do sistema político. São extremamente difíceis de mudar e por isso, raramente são alvos da ação estratégica das coalizões. Eles têm repercussão direta sobre o grau de consenso político necessário para se imprimir as grandes mudanças.

O grau de consenso necessário para que ocorram grandes mudanças varia conforme a estrutura política e os valores culturais dos diferentes países, podendo ser atingido: com menos que a maioria, em estados fortes como a França ou países não democráticos; através de maioria simples, como no parlamento inglês; com uma super maioria, como ocorre em países com separação de poder, a exemplo dos Estados Unidos; e o consenso, como na Suíça.

Claramente também têm impacto sobre as oportunidades e obstáculos dos atores (SABATIER, 1999).

Os Eventos Externos ao Subsistema são variáveis consideradas mais dinâmicas do que os parâmetros estáveis, pois podem apresentar mudanças no decorrer de uma década ou mais. O ACF argumenta que elas são um pré-requisito essencial para as grandes mudanças no subsistema. Elas relacionam-se às mudanças nas condições sócio-econômicas, nas alianças governamentais, inclusive de realinhamento eleitoral, e os resultados e impactos de outros subsistemas.

Os agentes políticos intermediários (*policy brokers*) atuam como mediadores do conflito entre as coalizões, numa tentativa de reduzir situações extremas. Não existe uma clara distinção entre esses atores e os membros das coalizões, uma vez que, primeiramente eles não são neutros, portanto, além de atuarem como mediadores, também podem ter e expressar suas posições mais próximas de determinada coalizão (SABATIER, 1987). Geralmente são constituídos por técnicos governamentais de carreira, entretanto, no caso brasileiro, podem ser claramente visualizados como um papel assumido pelo Ministério Público.

As Coalizões de Defesa, conforme Sabatier e Jenkins-Smith (1988; 1993; 1999) e Sabatier (1998), referem-se ao conjunto de atores oriundos de instituições públicas ou privadas e de todos os níveis de governo, que compartilham um conjunto básico de idéias (um sistema de idéias constituído pelos valores básicos, pressupostos causais, percepções sobre o problema), que procuram manipular as regras, o orçamento e as instituições governamentais com a finalidade de fazer implementar os seus objetivos e apresentam certo grau de atividade coordenada ao longo do tempo. Dessa maneira, as coalizões se formam em torno das idéias, particularmente do núcleo da política (*policy core*). Um dos instrumentos utilizados para ter influência no processo político se dá através da produção de conhecimento e de informação que possam provocar alteração nas percepções dos principais atores envolvidos.

No subsistema, as coalizões criam estratégias que influenciam na decisão dos superiores, através dos seus sistemas de idéias e de seus recursos. Essas decisões, por sua vez, determinam os resultados e impactos, que também retroalimentam as coalizões internamente, através de mudanças que imprimam o sistema de idéias, crenças e valores. Externamente, as mudanças podem repercutir nos eventos externos. Não esquecendo, obviamente, que os eventos externos também repercutem sobre os parâmetros estáveis e vice-versa.

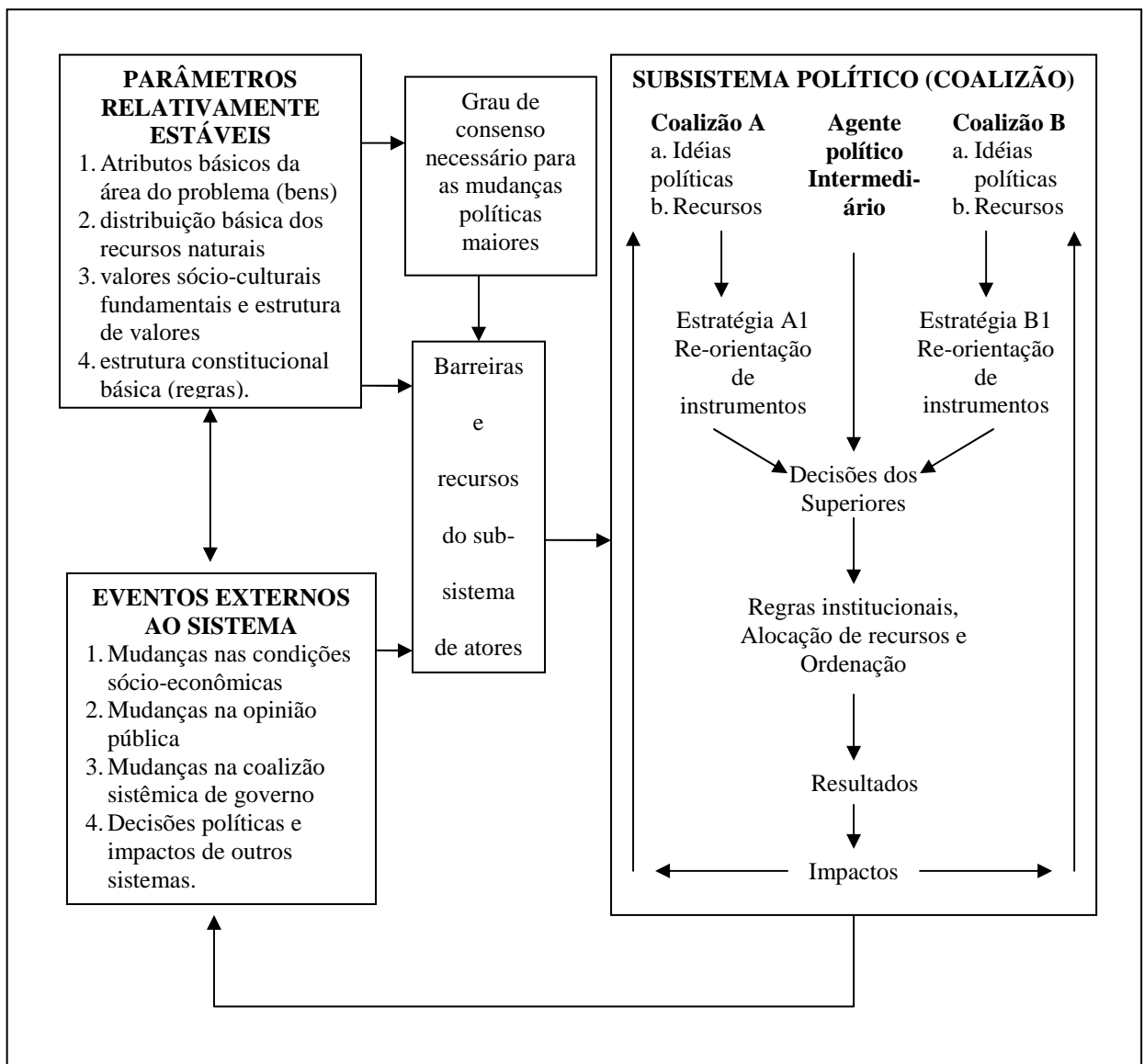


Figura 5: Diagrama Revisado da Estrutura de Coalizões de Defesa.

Fonte: Adaptado de Sabatier e Jenkins-Smith, 1999.

Este modelo apresenta internamente o sistema de idéias, crenças e valores³ que diz respeito ao modo como um dado problema público é estruturado e como ocorre o processo de negociação. No interior deste sistema, a ACF identifica três categorias estruturais do modelo:

1. O núcleo profundo⁴ através das normas fundamentais e os axiomas ontológicos que definem os aspectos filosóficos essenciais relacionados aos indivíduos, à sociedade, ao mundo;

³ Tradução livre para 'belief system', a partir das concepções dos autores.

⁴ Tradução livre para 'deep core'.

2. O núcleo político⁵, através das relações causais, estratégias básicas e as posições políticas que possibilitam atingir as idéias do núcleo profundo; e
3. Os aspectos secundários⁶, constituídos pelas decisões instrumentais e as informações necessárias para implementar o núcleo político (Quadro 2).

	Núcleo Profundo	Núcleo Político	Aspectos Secundários
Características	Normas fundamentais e axiomas ontológicos.	Posições políticas fundamentais relacionadas às estratégias básicas para alcançar o núcleo de valores dentro do subsistema.	Decisões instrumentais e pesquisa de informações necessárias à implementação do núcleo político.
Alcance	Transversalmente todos os subsistemas políticos	Específico ao subsistema.	Geralmente apenas parte do subsistema.
Susceptibilidade à Mudança	Muito difícil; semelhante a uma convenção religiosa	Difícil, mas pode ocorrer se a experiência revelar sérias anomalias.	Moderadamente fácil; este é o tópico mais administrativo e de formulação política.
Componentes Ilustrativos	<p>1. A natureza humana:</p> <p>i. Maldade inerente X resgate social</p> <p>ii. Parte da natureza X domínio sobre a natureza</p> <p>iii. Egoístas contratantes X</p> <p>1. Relativa prioridade dos vários valores básicos: liberdade, segurança, poder, conhecimento, saúde, amor, beleza, etc.</p> <p>2. Critério básico de distribuição de justiça: O bem-estar de quem conta? Peso relativo do eu, grupos primários, todas as pessoas, futuras gerações, seres não humanos, etc</p>	<p>Preceito Normativo Fundamental:</p> <p>1. Orientação sobre o valor básico das prioridades</p> <p>2. Identificação de grupos ou outras entidades cujo bem-estar é uma grande preocupação.</p> <p>Preceito com o Componente Substancial Empírico</p> <p>3. Especialmente a seriedade do problema;</p> <p>4. Causas básicas do problema;</p> <p>5. Adequada distribuição da autoridade entre governo e mercado;</p> <p>6. Adequada distribuição da autoridade entre os níveis de governo;</p> <p>7. Instrumentos políticos prioritariamente acordados (ex. Regulação, seguridade, educação, pagamentos diretos, taxa de créditos);</p> <p>8. Método de financiamento;</p> <p>9. Habilidade da sociedade para solucionar o problema (ex. Resultado nulo de uma competição X potencial para acomodação mútua; otimismo tecnológico X pessimismo);</p> <p>10. Participação popular X especialistas X técnicos (servidores)</p>	<p>1. Seriedade com aspectos do problema em locais específicos;</p> <p>2. Importância das várias articulações em diferentes lugares e ao longo do tempo;</p> <p>3. Decisões são mais relacionadas às normas administrativas; alocação orçamentária, disposição de casos, interpretação legal, e revisão da lei.</p> <p>4. Informação acerca da performance de programas específicos ou instituições.</p>

Quadro 2: Estrutura do Sistema de Idéias, Crenças e Valores das Elites Políticas.

Fonte: Adaptado de Sabatier e Jenkins-Smith (1993; 1999) e Sabatier (1998).

⁵ Tradução livre para 'policy core'

⁶ Tradução livre para 'secondary aspects'.

Segundo Jenkins-Smith (1988), a estrutura de idéias pode ser compreendida enquanto um conjunto de dimensões de valores, que estão relacionadas nos diferentes momentos do percurso da política; e, o conjunto de relações causais que se estabelecem subjacentes aos problemas. O sistema de idéias se conecta com a política através de ligações entre as variáveis políticas que podem ser manipuladas e os resultados obtidos com a implementação. Para Sabatier (1998), o sistema de idéias envolve além dos valores, as percepções quanto às relações causais, as percepções de mundo (inclusive a magnitude do problema) e as percepções ou pressupostos quanto à eficácia dos vários instrumentos políticos.

Assume-se que essas categorias estruturais apresentam resistências a mudanças, sendo que de maneira decrescente. Assim, o núcleo profundo tem maior resistência e os aspectos secundários mudam mais facilmente.

Dentro dos subsistemas políticos ocorre um processo de aprendizado – o *'policy-oriented learning'*, através do qual as coalizões competem entre si e utilizam diversas estratégias com vistas a traduzir o seu sistema de idéias, crenças e valores nas políticas públicas. Nessa arena, a existência de fóruns de profissionais que debatam as idéias facilitaria o processo de mudança.

O *'policy-oriented learning'* refere-se às mudanças de pensamento ou de comportamento que resultam da experiência e/ou de novas informações, que por sua vez, determinam a manutenção ou revisão dos objetivos políticos. Envolve a ampliação do conhecimento acerca dos parâmetros do problema e os fatores que os afetam, a efetividade decorrente dos impactos da política, a percepção acerca da dinâmica externa e as mudanças na percepção dos impactos de políticas alternativas (SABATIER, 1998; 1999).

Os autores assumem que a forma de utilização do conhecimento técnico-científico, no decorrer de um período de dez ou mais anos, assume o papel iluminador, conforme definido por Weiss (1998), mas que no âmbito da dinâmica interna do subsistema político, a sua incorporação baseia-se na forma instrumental (WEISS, 1977; NUTLEY; WALTER; DAVIES, 2003). Ou seja, os atores se apropriam do conhecimento com a finalidade de encontrar subsídios para a solução do problema em questão.

Apesar desse processo de formulação de política orientado pelo aprendizado contribuir para a mudança da política, principalmente devido às alterações que levam aos aspectos

secundários do sistema de idéias, as alterações nos aspectos centrais desta geralmente resultam das perturbações externas ao subsistema.

Assim, as mudanças que acontecem no âmbito da política, ou do subsistema político, decorrem da habilidade do sistema de idéias de se adaptar, especificamente, aos seus aspectos secundários, variando desde as questões operacionais, até o que fazer, em que lugar e quando. Em parte como resposta às grandes mudanças econômicas ou sociais, aos eventos políticos e como um processo de aprendizado político, o equilíbrio do poder nessas redes muda e a estrutura e os membros das coalizões se alteram (JOHN, 2003).

O modelo foi concebido com base em cinco premissas básicas que têm sido desenvolvidas na literatura acerca da implementação política e do uso de conhecimento técnico-científico no processo político (SABATIER, 1999).

A primeira premissa refere-se à necessidade de reconhecer a importância do papel desempenhado pela produção técnico-científica na magnitude do problema e os impactos nas soluções apresentadas.

A segunda é de que análises de política devem considerar um tempo superior a dez anos para que seja suficiente observar pelo menos um ciclo completo desde a formulação, implementação, reformulação e para melhor visualizar os sucessos e as falhas. Este também seria o tempo necessário para que os conhecimentos técnico-científicos atuem, numa função iluminadora, como assinala Weiss (1977; 1979), consigam sensibilizar os atores (gestores, formuladores, que tomam a decisão) e sejam incorporados à política.

A terceira premissa é de que a unidade de análise é o subsistema político que está constituído por atores voltados para um determinado problema ou questão política, sobre os quais procuram intervir e se organizam conformando coalizões políticas de defesa.

A quarta premissa refere-se à necessidade de envolver os atores que atuam no subsistema, desde os vinculados às agências governamentais, ao legislativo e aos grupos de interesse, em todos os níveis de governos, mas também incorporar às coalizões, pesquisadores, jornalistas e analistas de política, que assumem importante papel na geração e disseminação da ideologia presente no subsistema.

A quinta premissa é de que as políticas e programas públicos incorporem um conjunto de teorias que conformam o sistema de idéias, crenças e valores do subsistema. Este sistema

corresponde ao conjunto de prioridades e a percepção quanto às relações causais, ao estado, à eficácia dos instrumentos, e à implementação. Portanto, a caracterização desse sistema permite perceber a influência dos atores e dos conhecimentos técnico-científicos no processo de mudança da política.

A partir dessas premissas básicas, os autores inicialmente formularam e apresentaram 12 hipóteses críticas gerais (SABATIER; JENKINS-SMITH, 1993, 1999) e mais 5 hipóteses especificamente relacionadas ao desenvolvimento de atividades organizadas e articuladas no âmbito do subsistema político que deverão ser consideradas quando de sua utilização em análises de política (Quadro 3).

Sabatier (1998; 1999) explica que as primeiras três hipóteses relacionam-se às coalizões de defesa e são baseadas na premissa de que o principal elemento de ligação que mantém as coalizões unidas é a concordância quanto às idéias do núcleo político. Como há resistência à mudança, o conjunto de aliados e oponentes dentro do subsistema permanece estável por um período de uma década ou mais (Hipótese 1^a). As hipóteses 2^a. e 3^a. são essencialmente a reafirmação dessa premissa.

A hipótese 10^a. se refere ao papel das agências governamentais dentro do subsistema. Para o ACF, estas agências têm missões que as impelem a fazer parte de uma das coalizões, entretanto as suas coordenações mudam conforme o jogo de interesses políticos envolvidos. Assim, estas agências tendem a pender para uma ou outra coalizão.

A hipótese 11^a. se reporta ao grau de coesão da coalizão que varia conforme as características do grupo que a compõe. Se o grupo for mais idealista, luta por um ideal a ser alcançado e é propositivo ele tende a expor mais as suas idéias e a liderança da coalizão é definida com base na maior afiliação ao sistema de crenças. Se for um grupo material, ou seja, aquele que mesmo tendo crenças está muito mais ligado em questões concretas e materiais, como a própria sobrevivência do grupo ou da organização, e o líder escolhido é aquele que apresenta as melhores condições para alcançar este objetivo.

As hipóteses 4^a. e 5^a. são baseadas nas relações entre os principais agentes. Os atributos do núcleo político se mantêm pelo mesmo período em que a coalizão dominante mantém seu poder. Assim, as mudanças nesse âmbito se originam fora do subsistema e alteram a distribuição dos recursos políticos ou os pontos de vista das coalizões (Hipótese 5^a.); ou uma imposição decorrente de uma mudança numa jurisdição hierarquicamente superior,

pois uma coalizão requer poder para transformar suas idéias centrais em política (Hipótese 4^a).

As três próximas hipóteses reportam-se à condução do processo de aprendizado através do sistema de idéias, crenças e valores, ou seja, dentro das coalizões. Elas baseiam-se na premissa de que as coalizões resistem às mudanças no núcleo político ou nos aspectos secundários e assim, apenas as evidências empíricas são possíveis de conduzir a mudança. Essas evidências são mais bem visualizadas a partir do desenvolvimento de dados quantitativos e em teorias consensuadas (Hipótese 7^a), nas ciências naturais mais do que nas sociais (Hipótese 8^a), quando um fórum de profissionais que envolve a participação de especialistas das várias coalizões existentes (Hipótese 9^a) e em situações envolvendo níveis intermediários de conflito, que sejam suficientes para testar recursos de análise, mas que não envolvam um conflito normativo (Hipótese 6^a).

A Hipótese 12^a., introduzida em 1998 pelo autor, defende que mesmo quando novas informações não conseguem interferir numa coalizão oponente, ela pode provocar mudanças nas visões dos agentes políticos intermediários e assim intervir na política, pelo menos em curto prazo (SABATIER, 1998).

Zafonte e Sabatier (1998) ao abordarem a questão da capacidade de organização dentro do subsistema político afirmam que as idéias dos atores políticos são a força que está por trás do conflito político e da coesão entre eles (Hipótese 13^a). Nesse aspecto, partindo do pressuposto de que dependendo de como os atores selecionam as informações a serem aplicadas no processo de tomada de decisão e da estabilidade das coalizões, acredita-se que a congruência no núcleo político é fundamental para manter a organização dentro do subsistema (Hipóteses 14^a. e 15^a). Por fim, o grau de conflito de idéias determina a natureza das interações entre as organizações/atores dentro do subsistema, gerando uma relação conflituosa ou a organização estável (Hipótese 16^a).

Algumas críticas ao modelo ACF são apresentadas principalmente por Schlager (1995) que embora considere que esse é um dos principais modelos de análise de políticas⁷, aponta algumas fragilidades.

⁷ Schlager (1995) aponta que os modelos que estudam as comunidades políticas (policy communities), redes políticas (policy networks) e coalizões de interesse (advocacy coalition) são os que melhor descrevem e explicam o complexo e dinâmico processo político na sociedade moderna, e por sua vez são os mais utilizados nos Estados Unidos e países Europeus.

Para a autora, o modelo é pobre em explicar como as idéias e o aprendizado se traduzem na política. Ela argumenta que o que geralmente é ignorado nas análises que se baseiam nesse modelo é como os atores se voltam para problemas de ação coletiva, estabelecem e mantêm relações estáveis e concordam nas estratégias comuns para alcançar os objetivos.

Ela argumenta que o modelo não explica também, porque os atores que compartilham idéias similares formam as coalizões para coletivamente pressionar a favor dos seus objetivos políticos, como as coalizões se mantêm ao longo do tempo ou quais as estratégias utilizadas para atingir os seus objetivos. Acrescenta ainda que os membros de cada coalizão trazem diferentes recursos para discussão, criando uma heterogeneidade institucional, que geram competições internas nas coalizões. Tais competições podem gerar problemas na coordenação da coalizão e comprometer a sua organização.

A partir das considerações apontadas por essa autora, Sabatier (1998) argumenta que diante de controvérsias específicas, a organização exige que haja concordância quanto a qual política atuar; a estratégia básica a ser utilizada para influenciar; e, algumas habilidades para monitoramento sobre as estratégias pactuadas.

Com base nessas premissas, incorporou duas outras hipóteses ao modelo, que se referem à organização. A Hipótese 17^a. diz que os atores que compartilham o núcleo político são mais propensos a se envolver com a organização em curto prazo se eles interagem repetidamente; experimentam relativamente pouca informação; e acreditam que existem políticas que, embora não atinjam todos os atores de maneira similar, pelo menos os tratam uniformemente.

E a Hipótese 18^a. defende que os atores que compartilham dos atributos do núcleo político mais provavelmente se engajarão em coordenações de curto prazo se eles virem os seus oponentes como (a) muito poderosos e (b) muito capazes de impor custos substanciais sobre eles, caso vençam o debate.

Hipóteses Relacionadas às Coalizões de Defesa
1ª. Diante de grandes controvérsias no âmbito de um subsistema político <i>maduro</i> , quando as idéias centrais estão em disputa, o agrupamento dos aliados e oponentes tende a ser mais estável no período de uma década ou mais.
2ª. Os atores dentro de uma coalizão de defesa apresentam consenso sobre questões pertinentes ao núcleo político, porém em menor grau nos aspectos secundários.
3ª. Um ator (ou coalizão) desistirá dos aspectos secundários do sistema de idéias antes de admitir as fraquezas no núcleo político.
10ª. Dentro de uma coalizão, agências administrativas geralmente vão defender posições mais moderadas do que a dos grupos de interesse a que estão aliados.
11ª. Elites de grupos propositivos ⁸ são mais compelidos a expressar suas idéias e posições políticas do que as elites dos grupos materiais. ⁹
Hipóteses Relacionadas às Mudanças da Política
4ª. Os atributos básicos do núcleo político de um programa governamental em determinada jurisdição não será revisada significativamente na medida em que o subsistema da coalizão de defesa que iniciou o programa permanece com o poder naquela jurisdição – exceto quando a mudança é imposta por uma jurisdição hierarquicamente superior.
5ª. Os atributos do núcleo político de um programa governamental provavelmente não sofrem mudanças a não ser que ocorram significativas perturbações externas ao subsistema, como mudanças nas condições sócio-econômicas, na opinião pública, no sistema de aliança política do governo, ou como consequência dos resultados de outros subsistemas.
Hipóteses Relacionadas ao Aprendizado Político que Atravessa as Coalizões
6ª. O aprendizado político que atravessa o sistema de idéias, crenças e valores é mais plausível quando existe um nível intermediário de conflito informado entre ambos. Esta situação requer que: (1) Cada coalizão tenha os recursos técnicos para se engajar no debate; e (2) O conflito seja entre os aspectos secundários de um sistema de idéias e os elementos centrais do outro, ou alternativamente, entre importantes aspectos secundários de ambos os sistemas.
7ª. Problemas baseados em dados quantitativos e teoria existente são mais bem conduzidos com o aprendizado político do que os de teoria e dados qualitativos, muito subjetivos.
8ª. Problemas envolvendo sistemas naturais são mais bem conduzidos pelo aprendizado político através do sistema de idéias, crenças e valores, do que aqueles que envolvem apenas os sistemas sociais ou políticos, porque no primeiro, muitas das variáveis críticas não são elas mesmas as estratégias ativas, bem como, o experimento controlado é mais executável.
9ª. O Aprendizado Político que atravessa o sistema de idéias, crenças e valores, é mais provável de acontecer quando nele existe um fórum que: (1) Tem prestígio suficiente para forçar os profissionais de diferentes coalizões para participarem; e (2) É dominado pelas normas profissionais.
12ª. Sempre que a acumulação de informações técnicas não muda as visões da coalizão oponente, pode haver importantes impactos sobre a política – pelos menos em curto prazo – ao alterar as visões dos agentes políticos.
Hipóteses relacionadas à Organização e Articulação no Subsistema Político
13ª. A organização aumenta de acordo com a congruência das idéias. O conflito aumenta conforme há divergência de idéias.
14ª. A congruência no núcleo político é mais importante do que nos outros tipos, para explicar a capacidade de organização.
15ª. A importância da congruência numa proposta política para prognosticar a capacidade de organização aumenta na medida em que aumenta: (1) a extensão em que a proposta tem importante e duradouro impacto nos valores do núcleo político; (2) o tempo em que a questão política se mantém enquanto recurso de destaque do conflito político; e (3) a percentagem de atores do subsistema afetados pela proposta.
16ª. Na medida em que se amplia a sobreposição funcional entre as organizações, o grau de congruência de idéias se torna mais importante como determinante da capacidade de organização versus conflito.
17ª. Os atores que compartilham o núcleo político são mais propensos a se envolver com a organização em curto prazo se eles: (1) interagem repetidamente; (2) experimentam relativamente pouca informação; e (3) acreditam que existem políticas que, embora não atinja todos os atores de maneira similar, pelo menos os tratam uniformemente ¹⁰ .
18ª. Os atores que compartilhar dos atributos do núcleo político mais provavelmente se engajarão em coordenações de curto prazo se eles virem os seus oponentes como (a) muito poderosos e (b) muito capazes de impor custos substanciais sobre eles, caso vençam o debate.

Quadro 3: Hipóteses Gerais da Estrutura de Coalizões de Defesa (ACF).

Fonte: Adaptado de Sabatier e Jenkins-Smith (1993; 1999); Zafonte e Sabatier (1998) e Sabatier (1998).

⁸ Tradução livre para ‘purposive groups’.

⁹ Tradução livre para ‘material groups’.

¹⁰ Hipótese relacionada à Coordenação, incorporadas por Sabatier a partir das críticas feitas por Shlager (1995).

Fenger e Klok (2001) ao discutir e aplicar o ACF introduzem a questão da interdependência entre os atores e, conseqüentemente entre as coalizões do subsistema. Eles apontam que as ações de determinado ator interferem nos objetivos dos demais e, assim, a natureza dessa interdependência tem implicações diretas sobre a formação e a coordenação das coalizões.

Nesse aspecto, os autores classificam como “Interdependência Competitiva” aquela em que as ações de um ator interferem na capacidade do outro ator para implementar suas ações ou definir seus objetivos. Concorre para a geração de conflito. Por outro lado, a “Interdependência Simbiótica” corresponde à situação em que as ações de um ator contribuem para a consecução das ações do outro ou para a definição de seus objetivos. Dessa maneira contribuem para que haja cooperação.

Mesmo que no âmbito das idéias haja diferenças entre os membros de uma coalizão, diante do conflito que se estabelece com outra coalizão, há uma tendência para o desenvolvimento progressivo da interdependência simbiótica, com a finalidade de obter o sucesso de sua coalizão na suas ações e objetivos.

Ainda seguindo a discussão acerca do conflito presente nas coalizões, Jenkins-Smith, Clair e Woods (1991) no artigo *‘Explaining Change in Policy Subsystems: Analysis of coalition stability and defection over time’* apresentam um conjunto de hipóteses, dentre as quais duas se destacam pela maior aproximação com o tema. Numa delas os autores colocam que se o subsistema está caracterizado por intenso conflito político, a coalizão estável persistirá ao longo do tempo. Na outra, apontam que as mudanças eleitorais e os eventos exógenos ao processo político podem explicar as mudanças na composição da coalizão dentro do subsistema.

Com a intenção de também contribuir para o aperfeiçoamento do modelo ACF, Kübler (2001) toma como base a Teoria dos Movimentos Sociais, particularmente no que concerne aos fatores de análise da emergência e desenvolvimento desses movimentos – a estrutura de mobilização e a estrutura de oportunidade política – a partir dos quais sugere a adição de duas outras hipóteses:

1. Hipótese da Emergência e Persistência das Coalizões: As coalizões surgem ao longo das linhas e estruturas de organizações sociais já existentes. Como contexto e micro-mobilizações, essas redes facilitam o desenvolvimento de ações coletivas. A persistência

das coalizões é alta quando elas conseguem providenciar recursos diretos para os seus membros com a finalidade de mantê-los comprometidos com a mobilização das coalizões;

2. Hipótese da Estratégia de Coalizão: As coalizões adotam suas estratégias de acordo com as características presentes numa determinada estrutura política, medida pelo grau de descentralização territorial, da separação funcional do poder, do sistema de fragmentação partidária e do nível de democracia direta.

O autor coloca que ao sugerir essas hipóteses não significa que elas devam substituir aquelas presentes no modelo ACF. Sua intenção é prioritariamente de acrescentar ferramentas que permitam a melhor compreensão acerca da emergência e persistência das coalizões, assim como suas estratégias e sucessos alcançados.

As idéias propostas por Sabatier e Jenkins-Smith, publicadas principalmente nos livros '*Policy Change and Learning*', marcam o pensamento sobre política pública. De fato o modelo ACF proposto por eles já foi aplicado a diversos campos políticos, através de estudos qualitativos como os desenvolvidos por Barker (1993); Brown e Stewart Jr. (1993); Elliot e Schlaepfer (2001); Heintz (1988); Kübler (2001); Mawhinney, 1993; Munro (1993); dentre outros; e também em estudos quantitativos como os de Jenkins-Smith e St. Clair (1993); Sabatier e Brasher (1993), que deram subsídios para os autores reformularem-no enquanto estrutura e hipóteses.

John (2003) considera que o modelo de ACF apresenta alta capacidade de convencimento porque: discordando do pensamento de que os setores políticos compõem uma rede integrada, propõe que estes setores são em si, um terreno no qual as diferentes coalizões atuam; a aproximação com o processo de formulação da política é completamente integrado ao modo de operação das coalizões, o que permite compreender a importância do discurso no processo político; e, os defensores da política desenvolvem um efetivo programa de pesquisa para mapear o desenvolvimento das coalizões e para a identificação de representantes nos comitês legislativos.

Para Sabatier (1999.), um dos principais elementos de força do modelo ACF está no fato dele permitir uma visualização relativamente clara quanto ao tipo de mudança que ocorre, se uma mudança política *maior* ou *menor*, ou seja, se houve mudança nos aspectos do núcleo político do programa governamental (maior) ou nos aspectos secundários (menor).

Entretanto, é um modelo que está aberto a novas críticas decorrentes de suas aplicações. E isso é o que o torna mais fascinante e interessante de ser aplicado em novas e diferentes abordagens. Particularmente porque ainda não há relatos de sua utilização em análises acerca de políticas conduzidas em países de economia considerada ‘em desenvolvimento’ e com processo de democratização recente. Todos os relatos de estudos com a utilização desse modelo foram desenvolvidos em países com uma democracia estável e duradoura, como os Estados Unidos e a Europa.

No que concerne à aplicabilidade do modelo para países que historicamente não apresentam sistema democrático, o autor aponta que a mínima condição necessária é que exista algum grau de atividade organizada no âmbito da política pertinente a coalizão dominante.

Finalmente, o modelo parece ser bastante útil e interessante para análise de política particularmente porque introduz a concepção de unidade de análise situada no subsistema político que, entretanto, mantém inter-relação entre os elementos internos e também com os aspectos externos a ele.

Outra característica importante do modelo refere-se ao sistema de idéias dos atores políticos, numa tentativa de captar as mudanças a partir do conjunto de concepções pré-existentes e daquelas que são introduzidas no âmbito das coalizões através do processo de aprendizagem. Sendo esse, por sua vez, o terceiro elemento de destaque do modelo, pela sua capacidade de provocar mudanças a partir do uso do conhecimento como iluminador de idéias (WEISS, 1977; 1979; 1998).

O modelo ACF tem despertado o interesse de pesquisadores e tem sido aplicado com significativo êxito há quase vinte anos em diferentes áreas como educação, política ambiental, gênero, defesa, energia, regulação das telecomunicações, infra-estrutura e saúde cujas críticas serviram de subsídios para reformulações por um lado, mas também para o fortalecimento das concepções propostas. Entretanto, a exemplo de outros modelos de análise das políticas, ele tem sido mais desenvolvido em países considerados desenvolvidos, particularmente da Europa e América do Norte, com registro de apenas um estudo envolvendo um país não

desenvolvido. No setor saúde foi aplicado apenas em um estudo relacionado à política de controle de uso de drogas na Suíça.¹¹

2.4 Usos do Conhecimento Científico na Formulação da Política de Saúde

Definir o que é conhecimento não é algo fácil e nem existe um consenso. Em sua origem os conhecimentos filosóficos e científicos não se separavam, porém, o século XX trouxe profundas mudanças na forma de pensar o mundo. A ciência moderna e o seu “*corpo doutrinário operacional e explicativo*” (MOLES, 1971, p.4) afirmavam a existência de uma só verdade, a científica, e que as reflexões do ser humano sobre o seu lugar no mundo eram inúteis, rompendo assim, com a filosofia.

A história da filosofia está permeada por questionamentos acerca da validade do conhecimento. Um marco importante, e o mais antigo a que se tem referência, reporta-se ao Século XVII com as construções conceituais principalmente com Galileu, Newton e Bacon, dos quais advém a compreensão de que a ciência parte da observação empírica, que são a base para a construção das teorias, ou seja, parte-se do particular para o universal, caracterizando o indutivismo. Já o racionalismo o refere enquanto um processo dedutivo a partir de uma construção mental racional. Esta concepção dedutiva defende que, dispondo de teorias e leis universais, é possível derivar previsões e explicações.

Essas duas abordagens, de forte influência positivista, compreendem a ciência pelo seu aspecto objetivo, que não permite nenhum tipo de subjetividade, pregando a neutralidade do cientista, que por sua vez, deve basear-se nos órgãos dos sentidos para a realização de seus experimentos.

Com Popper a validade do conhecimento é trazida à tona na medida em que a ciência passa a operar sob a égide do falsificacionismo no qual a observação é orientada pelas teorias que são:

Conjecturas especulativas ou suposições criadas livremente pelo intelecto humano no sentido de superar problemas encontrados por teorias anteriores e

¹¹ Sabatier registra em seu último livro (1999) um total de 34 pesquisas aplicando o modelo ACF, dos quais, seis foram desenvolvidas por ele em parceria com Jenkins-Smith, autores do modelo; oito foram aplicações solicitadas por eles; e 20 por iniciativa própria de outros pesquisadores, dos quais, um analisa a Política de Controle Florestal na Indonésia, Canadá e Suécia, e é o único a envolver um país não desenvolvido.

dar uma explicação adequada ao comportamento de alguns aspectos do mundo ou universo. (CHALMERS, 1993, p. 64).

Sob essa compreensão, as teorias devem ser postas à prova, ou seja, devem passar por tentativas de serem falseadas, refutadas:

O empreendimento da ciência consiste na proposição de hipóteses altamente falsificáveis, seguida de tentativas deliberadas e tenazes de falsificá-las. (CHALMERS, 1993, p.64).

Kuhn (1989) por sua vez, argumentou que os progressos científicos são explicados pela história das idéias e que são desenvolvidos, questionados e validados pela comunidade de pesquisadores que são quem de fato validam o conhecimento científico. Contrapondo-se ao indutivismo e ao falsificacionismo, coloca que as teorias devem ser consideradas como estruturas organizadas e desenvolve a sua teoria a partir de uma idéia revolucionária da ciência, em que uma estrutura científica passa por uma transformação e é substituída por outra nova, que foi denominada de paradigma. O paradigma dominante corresponde à ciência normal até que ocorra um ponto revolucionário e novo paradigma surja.

Conforme destaca Chauí (2000), a ciência positiva prega a verdade absoluta, obtida através de procedimentos rigorosos de pensamento, com a finalidade de agir sobre a realidade com o uso de técnicas e instrumentos para garantir o progresso do conhecimento.

Porém nas últimas décadas tem surgido a necessidade de repensar essa concepção da ciência, acirrada no século XX com o positivismo e sua objetividade e a idéia de verdade absoluta.

Supõe-se clara a meta de compreender a ciência, entender sua evolução, sondar suas origens, abordar suas crises, denunciar seu caráter de violência e de dominação da natureza e dos homens. Seu maior desafio agora não é dominar, mas salvaguardar o mundo. (PORTOCARRERO, 1998, p.17).

Surge então a necessidade de reaproximação entre a ciência e a filosofia, particularmente com o “desenvolvimento da teoria da Relatividade e da Microfísica, o enunciado do princípio a incerteza de Heisenberg e do princípio de complementaridade de Bohr que encetaram de maneira nítida essa reunião da ciência e da metafísica”. (MOLES, 1971, p. 5).

A ciência passa a ser compreendida enquanto uma construção estabelecida através da comunicação e do controle por um sujeito social. Nessa perspectiva construtivista, a

linguagem, o método e o objeto são construídos a partir do contexto histórico e social (PORTOCARRERO, 1998).

Para Piaget (2000) o conhecimento está relacionado ao desenvolvimento das estruturas cognitivas no ser humano que acontece a partir de sua interação com a realidade, com o ambiente em que está inserido, portanto através da experiência. Porém essa experiência “consiste na elaboração reflexiva do modo pelo qual coordenamos as nossas ações bem como as nossas percepções entre si”.(KESSELRING, 1997, p. 41). Dessa forma a aprendizagem decorre de um processo de desequilíbrio e re-equilíbrio dessas estruturas cognitivas. Assim, ao se deparar com um conhecimento novo, há uma reestruturação interna que leva a sua assimilação pela construção de novas estruturas.

Maturana e Varela (1992) destacam que o surgimento da linguagem na relação humana, e conseqüentemente no contexto social, gera um processo de comunicação que, por sua vez, é um fenômeno social que ocorre entre membros de uma unidade social e depende não apenas de quem transmite, mas também do que acontece com a pessoa que a recebe. Além do mais, como a existência humana se faz também pela linguagem, os idiomas do discurso gerado se tornam parte do ambiente no qual se conserva a identidade e se dá o processo de adaptação. E com os cientistas acontece o mesmo, uma vez que eles geram um domínio lingüístico pelo qual se expressam e atuam, e que também definem a sua identidade enquanto cientista, que se não conservada, tende a desaparecer.

Os autores levantam a necessidade de que, enquanto cientistas, devem procurar adotar uma atitude de permanente vigilância contra as tentações da certeza científica; reconhecer que a certeza não é uma prova da verdade; perceber que o mundo que se vê não é exatamente ‘o’ mundo, mas apenas um mundo que se traz à tona dentre outros; que o mundo só será diferente se nós vivermos de uma maneira diferente; e especialmente porque quando se tem consciência do saber, não é possível negá-lo, para os outros ou para si.

Como diz Habermas (1972), a comunicação entre os pesquisadores requer o uso da linguagem que surge a partir da interação simbólica entre os sujeitos sociais, enquanto uma ação comunicativa, que também é uma condição para a produção do conhecimento e este necessariamente está conectado com a ação. Porém para este autor o único conhecimento que pode verdadeiramente orientar a ação é aquele que está baseado em idéias, ou seja, que tem uma atitude teórica.

No mundo atual cada vez mais o conhecimento técnico-científico tem sido considerado um recurso importante para toda a atividade humana, e em se tratando da política, ela assume papel fundamental para a o melhor funcionamento do Estado de modo racional, condição essencial para uma ordem democrática.

Irwin e Michael (2003) ressaltam que a relação entre ciência e política pode ser visualizada através de duas perspectivas: uma tecnocrática e outra democrática. Para a visão tecnocrática do conhecimento, as decisões devem ser tomadas com base exclusivamente na ciência que, por sua vez, precisa estar disponível para que se possa decidir racionalmente. Na outra via, por outro lado, uma vez que argumenta que os conhecimentos científicos determinam as técnicas e ambos têm ação direta sobre a vida das pessoas. Dessa maneira, a população tem o direito de opinar e procurar influenciar nesse processo de decisão política. Para os autores, o conhecimento se desenvolve enquanto um processo dinâmico que envolve tanto cientistas como não cientistas (a população, os gestores).

Eles argumentam que em termos de cidadania é fundamental que se aceite a importância da participação cidadã no processo de tomada de decisão e que sem o seu suporte as inovações não são implementadas. Assim, a melhor opção é aquela que prevê o diálogo ao invés da comunicação de uma única via, o que é fundamental para alcançar a governança científica.

A produção científica é um dos ingredientes que podem gerar grande diferenciação no processo político. Particularmente nos dias atuais, em que se observa uma crescente participação da sociedade e os gestores parecem estar mais abertos à oportunidade de traduzir o arcabouço científico no modo de fazer as políticas.

Devido à diversidade de maneiras de produzir conhecimento e de tomar decisões políticas, a interação entre ambos requer considerar o contexto no qual as diferenças se apresentam na medida em que um se baseia nos valores filosóficos do conhecimento e o outro nos aspectos práticos (HANNEY et al., 2003).

Embora não exista um consenso epistemológico para o conhecimento, pelo menos existe um consenso: ele é uma manifestação do desejo humano de buscar por soluções para os problemas e dominar o ambiente em seu entorno. Neste sentido, a utilização do conhecimento assume diferentes matizes.

Para Backer (1991) a utilização do conhecimento inclui desde a realização de estudos e pesquisas acadêmicas, como a realização de intervenções com vistas a sua aplicação para a solução de problemas. Neste sentido, o autor identifica um vasto leque de possibilidades dentre as quais se destacam:

- Transferência de Tecnologia, seja equipamentos tecnológicos (*hard*) ou programas de treinamento, práticas de gerenciamento (*soft*);
- Disseminação da Informação e Utilização, como estratégia de disponibilizar a informação para o público;
- Uso de Pesquisa, como base para inovações científicas;
- Difusão de Inovação, enquanto mecanismo de disseminar as informações acerca das inovações, como estratégia de atingir a mudança de comportamento individual;
- Sociologia do Conhecimento, referindo-se ao estudo acerca das trocas de conhecimento entre diferentes grupos sociais, e também corresponde ao desenvolvimento de teorias que buscam explicar esse processo;
- Mudança Organizacional, decorrente de um processo de aprendizado e da aplicação do conhecimento e das inovações;
- Pesquisa Política, enquanto uma estratégia de análise do processo de utilização do conhecimento no processo de formulação e implementação da política;
- Comunicação de Massa e Interpessoal, que corresponde ao processo de comunicação com a finalidade de tornar as inovações conhecidas para que possam ser adotadas pelos indivíduos e as organizações.

A utilização de pesquisas científicas no interior do processo político é um tema ainda pouco estudado, com literatura científica ainda bastante limitada. Isso ocorre principalmente porque as pesquisas abordando esse campo temático são, em sua maioria, desenvolvidos em países economicamente mais avançados e, nos países em desenvolvimento, estudos sistemáticos relacionando o uso do conhecimento e pesquisas científicas no processo de tomada de decisão política não têm tido grande ênfase e ainda precisam ser mais bem explorados (CREWE; YOUNG, 2002; PORTER, 1995; TRUE; JONES; BAUMGARTNER,

1999; YOUNG, 2005). Crewe e Young (2002) ainda acrescentam que os estudos desenvolvidos em outros países sob diferentes contextos, certamente não conseguirão ter grande influência na política de lugares diferentes daqueles onde foram conduzidos.

Backer (1991) registra três períodos na história da utilização de conhecimento na política. A primeira onda, entre 1920 e 1960, que corresponde ao período em que aconteceram as primeiras aproximações entre a academia e a política, principalmente no que se refere à utilização de conhecimento na agricultura. A segunda onda corresponde ao período entre as décadas de 1960 e 1980, quando houve grande estímulo a produção científica com vistas a dar suporte para o crescimento econômico e para aplicar os conhecimentos advindos com as pesquisas espaciais. Na década de 1980 houve uma redução nesse processo de utilização do conhecimento, que foi retomado a partir da década de 1990, principalmente nos setores da educação e saúde e caracteriza a terceira onda.

No que diz respeito à política de saúde, exige-se a compreensão de que a atenção à saúde apresenta uma complexidade tal que, para a sua gestão, faz-se necessário a utilização de ferramentas e conhecimentos oriundos de diferentes disciplinas. Segundo Hanney et al. (2003), no âmbito das políticas públicas, o setor saúde é o que mais tem avançado na utilização de pesquisas, particularmente no nível da assistência. Entretanto, verifica-se grande resistência ao uso de pesquisas oriundas das ciências sociais, dando-se maior prioridade para a produção das ciências naturais. Para o autor, a utilização de pesquisa em saúde na condução da política para o setor pode ser verificada nas três principais fases do processo: na definição da agenda, na formulação da política e durante a sua implementação.

No entanto, como os gestores não dominam todo o universo do conhecimento exigido para a tomada de decisão, procuram se apropriar do conjunto de conhecimentos circulante entre os diversos atores sociais envolvidos no processo (SOUZA; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

A definição pela utilização ou não de determinada pesquisa não é algo claramente definido e parece envolver determinadas características como: a pesquisa que está diretamente relacionada a uma questão relevante a ser decidida e disponível antes desta decisão; que apresenta características relacionadas diretamente à ação necessária; que apresenta resultados claros e sem ambigüidade; que é conhecida pelos formuladores que, por sua vez, entendem os conceitos e resultados apresentados; que não cruza com os interesses e os blocos de poder; e

que seja implementável dentro dos limites de recursos disponíveis. Também pode ser 'utilizável' aquela que, reforça as idéias dos formuladores, reduz as incertezas, convence ou neutraliza críticas, que dá suporte, transfere as responsabilidades para a 'pesquisa científica' dar legitimidade para as decisões já tomadas. As pesquisas também podem ser usadas para trazer os pesquisadores para dentro da arena de tomada de decisões. (WEISS; BUCUVALAS, 1980).

Weiss e Bucuvalas (1980) argumentam que o termo 'uso de pesquisa' apresenta diferentes interpretações. Pode ser entendido enquanto a aplicação direta dos resultados de determinado estudo na solução de um problema considerado prioritário para os formuladores. Entretanto essa modalidade é considerada rara, principalmente quando a pesquisa é desenvolvida em instituições diferentes daquela responsável pela tomada de decisão. O modo mais freqüente de aplicação do termo corresponde mais claramente à difusão e infiltração indireta de idéias científicas dentro do arcabouço conceitual do formulador, de sua compreensão do mundo.

Em sua pesquisa os autores observaram que o conhecimento científico é incorporado ao longo de toda a trajetória política do formulador, de maneira gradual, juntamente com outras informações e são aplicadas na interpretação de diferentes eventos. Não é uma atitude planejada e consciente e nem está diretamente relacionada ao uso de um estudo específico para uma determinada questão. Constrói-se um capital intelectual no âmbito de suas atividades de trabalho, como um processo de educação continuada, que também pode vir a ser útil na redução das incertezas, no aumento de sua capacidade de julgamento e na sua legitimação.

Os estudos podem produzir efeito nas premissas do argumento político, na medida em que disponibilizam conceitos sensíveis, modelos, paradigmas e teorias. Os conceitos apresentados podem influenciar a definição por determinada questão a ser posta em discussão e quais opções políticas são plausíveis de serem aplicadas. Elas podem orientar os formuladores de política na definição dos problemas, das possíveis soluções, nos critérios de escolha das opções a serem implementadas. Entretanto, como a absorção de conhecimento se dá de maneira indireta, os formuladores podem não identificar precisamente que estudo exerceu influência sobre o processo político (WEISS; BUCUVALAS, 1980).

Existem diversas classificações para o modo como são utilizados os conhecimentos científicos no processo político. Weiss (1977) agrupou as diferentes compreensões para o termo “uso de pesquisa” em seis modalidades: uso instrumental, modelo conduzido pelo conhecimento, modelo interativo, como munição política, uma miscelânea de usos e, uso conceitual¹².

No ‘uso instrumental’, a pesquisa fornece subsídios para a solução de um problema específico através dos resultados empíricos ou de suas conclusões. O ‘modelo conduzido pelo conhecimento’ aplica-se na medida em que a pesquisa procura dar respostas para a carência de conhecimento necessário à tomada de decisão. O ‘modelo interativo’ prevê que há grande articulação entre os entes envolvidos na solução do problema e que a pesquisa é apenas parte do processo que também envolve a utilização da experiência, pressões, tecnologias, julgamentos, *insights políticos*. Como ‘munição política’ a pesquisa é utilizada para dar suporte às idéias e posições políticas do formulador. A ‘miscelânea de usos’ refere-se à utilização para: atrasar uma ação; retirar a responsabilidade pela decisão; para obter reconhecimento ou suporte para determinado programa; para desacreditar o opositor ou uma política indesejável; para manter o prestígio da agência governamental com base no prestígio do pesquisador; para estabelecer articulação com universidades; para servir como campo de treinamento de pesquisadores; e para gerar outras pesquisas de importância social. A pesquisa ‘enquanto conceitualização’ diz respeito à possibilidade de redefinição de questões políticas, apresentação de novos conceitos, novas idéias, novos caminhos para a solução dos problemas existentes.

Em artigo publicado em 1979 (WEISS, 1979) a autora redefine a classificação para os diversos significados associados ao conceito de utilização de conhecimento em: Modelo Conduzido pelo Conhecimento, Modelo de Solução de Problema, Modelo Interativo, Modelo Político, Modelo Tático, Modelo Iluminador e Pesquisa como parte do Desafio Intelectual da Sociedade¹³.

Em seu estudo True, Jones e Baumgartner (1999) tomam como base essa classificação e propõem um novo rearranjo, reagrupando-os em: Racional, que agrupa os modelos *knowledge-driven* e *problem-solving*; o Estratégico, que corresponde à junção entre os

¹² Tradução livre para: *Instrumental Uses, Knowledge-Driven Model, Interactive Model, Research as Political Ammunition, Miscellaneous Uses, Research as Conceptualization* (WEISS, 1977; 1979).

¹³ Tradução livre para: *Knowledge-Driven Model, Problem-Solving Model, Interactive Model, Political Model, Tactical Model, Enlightenment Model, Research as Part of the Intellectual Enterprise of the Society* (WEISS, 1979).

modelos político e tático; e o Iluminador ou de Difusão, que corresponde aos outros três modelos apresentados por Weiss¹⁴.

As principais diferenciações observadas entre essa classificação e a precedente são: Weiss caracteriza o modelo em que o conhecimento é aplicado na solução de problemas, antes denominado de instrumental, como *Problem-Solving Model*; o modelo de utilização como munição política, agora foi desmembrado nos modelos político e tático, cuja diferença relaciona-se ao fato de que no tático, a pesquisa é usada não quanto ao seu conteúdo, resultados ou qualquer de seus componentes, mas apenas o fato dela está sendo realizada; como se fosse uma prova de que se tem responsabilidade com o problema em questão. O modelo iluminador (*Enlightenment Model*) é considerado o modo mais freqüente de uso do conhecimento e corresponde ao modelo de uso de pesquisa enquanto conceitualização na classificação anterior. A utilização de pesquisas funciona como sensibilizadora dos formuladores da política para novas questões e contribui para transformar temas, antes desconsiderados, em problemas políticos. O sétimo modelo, Pesquisa como parte do Desafio Intelectual da Sociedade, afirma que há uma interação entre as ciências sociais e a política, em que uma influencia o modo de pensar da outra.

Embora tenha apresentado essa classificação mais ampliada, em artigo mais recente Weiss (1998) reorienta suas considerações para quatro tipos principais: o uso instrumental, o uso conceitual, o uso para mobilização de suporte e o uso de influência sobre outras instituições e eventos¹⁵, o que Nutley et al. (2003) também chama de uso ampliador de influência (*wider influence use*).

No ‘uso instrumental’ a pesquisa interfere diretamente na decisão e na ação política e ocorre sob as seguintes condições:

1. Se as implicações de seus achados não são controversas, não provocam fissuras na organização nem conflito de interesses;
2. Se as alterações propostas fazem parte do programa em curso e são em pequena escala;
3. Se o ambiente em torno do programa é relativamente estável, sem grandes mudanças de lideranças, orçamento, tipos de clientes ou suporte público; e,

¹⁴ Tradução livre para: *Rational approach, Strategic Approach e Enlightenment ou Diffusion Approach* (TRUE; JONES; BAUMGARTNER, 1999).

¹⁵ Tradução livre para: *instrumental use, conceptual use, use to mobilize support e use as influence on other institutions and events* (WEISS, 1998).

4. Quando o programa se encontra em crise ou paralisado e os gestores não sabem que caminho seguir.

O ‘uso conceitual’ ocorre mesmo quando as pessoas estão bloqueadas para o uso dos achados. Neste caso, a pesquisa pode levar a mudança na compreensão acerca da situação, mostrar novos caminhos de pensamento, suas forças e fraquezas, e oferecer alternativas de direcionamento das ações. Quando as condições estiverem novamente favoráveis, essa nova concepção poderá ter um uso instrumental.

No uso enquanto ‘mobilização de suporte’ procura-se obter apoio para as mudanças necessárias particularmente através da persuasão. O achado, ou simplesmente o ato de pesquisar, pode ser utilizado como instrumento político para dar legitimidade à ação em curso, ou até a ausência de ação.

‘Ampliador de influência’ é aquele uso em que a pesquisa desempenha papel importante sobre as instituições ou os eventos que estão sendo estudados. Suas evidências são internalizadas pelos profissionais e pesquisadores, assim como podem alterar os paradigmas da política em curso. Esse tipo de influência dificilmente acontece, mas certamente que o acúmulo de conhecimento adquirido a partir das pesquisas, contribui para a maior ampliação do pensamento e, algumas vezes, da ação.

Em estudo desenvolvido por Dunn (1983) as concepções acerca do uso de conhecimento científico no processo político foram classificadas com base em três dimensões básicas: a composição, os efeitos esperados e o escopo.

Quanto à Composição, as dimensões do uso foram divididas em individuais e coletivas. Assim, o modelo dirigido pelo conhecimento (WEISS, 1977; 1979) implica que o conhecimento é utilizado num processo de decisão individual. Por outro lado, o modelo iluminador, desta mesma autora, sugere um processo coletivo.

No que tange aos Efeitos Esperados, esta dimensão incorpora os efeitos conceituais e comportamentais do uso, a partir da concepção de uso conceitual, em que ocorre mudança na maneira de pensar; e uso instrumental, que denota as mudanças no comportamento. Por sua vez, podem ocorrer de forma individual ou coletiva, como acontece com o modelo iluminador.

A dimensão relacionada ao Escopo inclui processos de utilização com base na sua generabilidade ou especificidade. Eles podem ser individuais ou coletivos, conceituais ou comportamentais. O modelo dirigido pelo conhecimento, por exemplo, é específico, individual e comportamental.

Mesmo com a vasta possibilidade de utilização, que pode ser visualizada a partir das diferentes formas de classificação apresentadas anteriormente, evidencia-se que inúmeras barreiras e obstáculos se colocam na relação entre produção de conhecimento científico e aplicação na formulação de política.

Nutley, Walter e Davies (2003) apontam que o principal paradigma que reconhece a existência de tais barreiras é aquele que apresenta essa discussão vinculada à existência de duas comunidades - pesquisadores e técnicos – que ocupam dois mundos diferentes: eles atuam em diferentes escalas temporais, usam linguagens distintas, apresentam interesses igualmente diferentes e respondem de maneira adversa ao sistema. Essas distinções culturais levam ao desenvolvimento de reações às formas de compreensão e comunicação entre ambos.

Soma-se ainda o fato de que a tomada de decisão não é algo de responsabilidade exclusiva de um indivíduo. Está dispersa e é compartilhada por diversos técnicos, em diferentes níveis hierárquicos, seção, divisões, departamentos (TROSTLE; BRONFMAN; LANGER, 1999; WEISS; BUCUVALAS, 1980).

Mesmo que um indivíduo possa atuar na política e na academia em diferentes contextos e momentos, é possível se estabelecer uma distinção entre ambos conceitualmente com base nos seus objetivos e métodos. Nesse sentido, Crewe e Young (2002) consideram que a pesquisa tem o objetivo de desenvolver investigações, aprender e produzir conhecimento a partir da coleta de informações, da contemplação, de tentativa e erro, síntese, pesquisa-ação, estudos acadêmicos, em experimentos de laboratório, da revisão de literatura, avaliação dentre outras formas.

Para os autores, ela deve ser conduzida por pesquisadores vinculados ao serviço ou a disciplinas acadêmicas. Para esses autores a pesquisa, por sua vez, tem como objetivo dar continuidade ou promover mudanças do que tem sido executado, incluindo-se os planos e sua implementação. As políticas públicas tendem a ser conduzidas por membros de suas próprias organizações.

Conforme assinala Pouvourville (1999), a distância entre as evidências científicas e o processo de condução da política tem atravessado os diferentes governos. Entre a gestão governamental e a academia se configuram relações difíceis, sempre conflituosas e às vezes impossíveis, uma vez que:

- Diante de uma relação de incerteza ou risco, enquanto os pesquisadores procuram desenvolver pesquisas para construção de conhecimento, os gestores não podem esperar para a tomada decisão, porque é necessária uma ação imediata;
- Os pesquisadores tendem a crer que o único conhecimento legitimado é o científico. No entanto, o conhecimento científico não consegue encontrar respostas para todas as questões, pois a realidade move-se mais rapidamente do que a capacidade de produção de conhecimento científico e impõe dinâmicas para além da apreensão advinda pelo método científico. Assim, a formulação da política busca sua validade também na experiência prática e no conhecimento empírico;
- Enquanto o processo de formulação de política requer a integração de diferentes dimensões da realidade (política, econômica e administrativa), a produção do conhecimento é construída a partir da base teórica e conceitual apropriada pelo pesquisador;
- O tempo dedicado à produção científica é diferente do tempo da política. Pesquisas desenvolvidas num tempo demasiadamente longo podem não coincidir com o tempo necessário para a decisão sobre o problema de estudo, pois as agendas políticas requerem mudanças constantes, e as decisões não podem esperar pela conclusão das pesquisas.

Para Frenk (1992) os obstáculos não têm relação limitada ao comportamento individual dos pesquisadores ou dos gestores. A raiz desse problema reside nas diferenças existentes quanto às demandas e perspectivas de ação de ambos. Nesse sentido, os conflitos relacionam-se com:

- A definição de prioridades que não são coincidentes;
- O tempo da pesquisa é geralmente distinto do tempo necessário para a ação política;
- A diferença de linguagem e a comunicação utilizada;

- A pouca ou nenhuma integração entre os resultados de diferentes estudos, ou seja, os pesquisadores são oriundos de diferentes especialidades e tendem a estudar questões inseridas na sua disciplina, enquanto os formuladores de política requerem respostas para problemas na sua integralidade; e,
- A diferença de percepção quanto ao produto final da pesquisa, o que para os pesquisadores corresponde à publicação de artigo e à possível influência que possa ter sobre as idéias dos demais; para os gestores, ela deve ter influência direta sobre o conjunto de decisões a serem tomadas no processo político.

Compreensões semelhantes são apresentadas por Weiss e Bucuvalas (1980) para quem os obstáculos relacionados podem ser agrupados de acordo com a sua origem. Dessa maneira, os autores conceitualizam a interação entre pesquisa e tomada de decisão governamental dentro de um sistema constituído por três subsistemas: o primeiro é o que produz a pesquisa e é composto pelas instituições de pesquisa e os cientistas sociais; o segundo é o político-administrativo, que potencialmente usa as pesquisas em ciências sociais, e é composto pelas estruturas e agências governamentais que tomam decisões; o terceiro corresponde ao sistema de ligação, que compreende instituições, equipe técnica, consultores, cuja função é transmitir informação dos formuladores para os pesquisadores quanto às pesquisas que são necessárias serem realizadas, assim como os relatórios finais de suas pesquisas para os formuladores.

Os autores apontam alguns fatores relacionados à produção científica que limitam o seu uso e que dizem respeito aos próprios pesquisadores e às instituições a que se vinculam, como:

- Os cientistas de um modo geral não se interessam por questões que são relevantes para os formuladores de política e gerentes de programas. Devido aos incentivos e às gratificações acadêmicas, tendem a desenvolver linhas de pesquisa diretamente ligados ao núcleo de suas disciplinas;
- A formulação de problemas na pesquisa é diferente da formulação de problemas políticos, mesmo quando está no mesmo campo de ação, pois os focos são diferentes;
- Na pesquisa, os problemas são ajustados à determinada metodologia de domínio do pesquisador e não à natureza da questão ou as necessidades dos formuladores;

- Pesquisa requer tempo para ser desenvolvida e nem sempre está disponível no momento em que as questões precisam de solução;
- Os conceitos utilizados pelos pesquisadores, em geral, não são familiares aos formuladores ou são incompatíveis ou conflitantes com suas idéias e pressupostos, a exemplo do comportamento social;
- Pesquisas podem apresentar resultados inconsistentes, inconclusivos, pouco claros ou sem objetividade, que não se direcionam para uma ação concreta;
- Diferentes estudos sobre o mesmo problema podem apresentar resultados que não convergem ou até são contraditórios, as questões emergem e tornam a realidade mais complexa, o que dificulta a decisão pelos formuladores que se deparam com número maior de problemas.

Na arena de tomada de decisão os obstáculos se vinculam diretamente ao comportamento dos formuladores ou dos órgãos onde trabalham:

- A tomada de decisão é algo que envolve vários atores de diferentes níveis hierárquicos e diferentes setores;
- Os formuladores tendem a mudar de empregos ou postos freqüentemente, de modo que os interesses de um podem não ser considerados pelo seu sucessor;
- Quem toma decisão política geralmente além de estar envolto em problemas que precisam de solução rapidamente antes de passar para o próximo ponto da agenda definida, também são impacientes para esperar pelos resultados de determinada pesquisa;
- As questões políticas mudam rapidamente e pode acontecer de os resultados de um estudo já não serem úteis ao problema que já fora resolvido;
- Muitos formuladores estão imersos na política em que atuam ou no programa há muitos anos, têm larga experiência e muitos recursos de informação direta, de modo que as pesquisas podem lhes parecer sem importância;
- Resultados de pesquisas podem sugerir mudanças na condução da política que fogem às orientações ideológicas e filosóficas dos formuladores ou do ente público e são desconsiderados por estes;

- Aos formuladores não interessam apenas a aplicação das melhores evidências científicas na solução dos problemas, pois devem considerar a sua receptividade e, na busca pela construção do consenso, podem sacrificar as melhores soluções.

Quanto à deficiência na transmissão da informação os obstáculos identificados relacionam-se com as características das agências de fomento e os seus comitês consultores:

- Os formuladores não conseguem expor apropriadamente as suas reais necessidades de pesquisas ou o fazem de maneira vaga e imprecisa;
- As agências de fomento à pesquisa não estão afinadas com as decisões a serem tomadas nem com as necessidades de informações. Tendem a orientar suas decisões quanto a financiamento com base no mérito técnico e não consideram a relevância para os formuladores;
- Os relatórios de pesquisas financiadas ficam restritos aos analisadores e equipes técnicas das agências de fomento. Muitas vezes não são acessíveis aos formuladores ou chegam a estes por acaso;
- Os periódicos científicos dirigem-se aos cientistas e não aos formuladores de política, seus manuscritos e estilo de apresentação podem não despertar o interesse dos formuladores;
- Eventos para discussão de questões relevantes envolvendo formuladores e pesquisadores, como forma de difusão e troca de conhecimentos, podem ser ineficientes devido às diferenças de conceitos, linguagem e interesse entre os dois grupos.

Souza e Contandriopoulos (2004) ressaltam em relação à produção científica que:

Muitos estudos apresentam resultados inconclusivos; a aplicabilidade dos resultados de muitas pesquisas não é facilmente perceptível; as pesquisas são feitas por meio de projetos específicos e isolados. Às vezes, os resultados de duas pesquisas igualmente válidas são contraditórios entre si; e, os problemas de políticas de saúde não interessam necessariamente aos pesquisadores. (SOUZA; CONTANDRIOPOULOS, 2004, p. 548).

Por outro lado, ressaltam que no âmbito da gestão dos sistemas de saúde, os problemas são complexos e a tomada de decisão embora seja um processo necessariamente contextualizado, não se pauta exclusivamente pela racionalidade, em geral, não deixando claro as relações entre uma decisão particular e o resultado obtido. Nesse cenário, “a aprendizagem de novos conhecimentos é um processo complexo que não depende

exclusivamente do acesso à informação; às vezes, não levar em conta uma informação disponível é a opção politicamente mais adequada”. (SOUZA; CONTANDRIOPOULOS, 2004, p. 548).

Um aspecto relevante apontado por Kaul e Faust (2001) refere-se às características da produção privada do conhecimento científico no setor saúde, uma vez que é um processo levado a cabo por pesquisadores individualmente ou em grupo, o que tende a aumentar a distância entre gestores da política e a academia. Pois, os pesquisadores podem optar por reter os resultados da pesquisa e não divulgá-los, dificultando assim, o acesso do gestor às informações nele contidas.

Por outro lado, também os gestores podem optar por recusar-se a utilizar os resultados dos pesquisadores ou ainda, quando sua instituição é quem financia o estudo, não aceitar a publicação dos resultados, quando estes apresentam críticas que vão de encontro ao *status quo* da política implementada.

Para esses autores, por um lado, os pesquisadores acreditam que o seu papel resume-se à produção e divulgação do conhecimento, desconsiderando a sua aplicabilidade na formulação da política de saúde. Por outro lado, os formuladores da política apontam críticas pelo fato destes não conseguirem dar respostas aos problemas da agenda política.

Davis (1987) argumenta que a comunidade científica, de um modo geral, apresenta pouca familiaridade com as questões políticas e não consegue destacar a utilidade de sua produção na solução dos problemas nesse campo. Os gestores, por sua vez, pressionados pelas demandas, apresentam dificuldades para apresentar as necessidades que requerem o desenvolvimento de estudos.

Há também situações em que o gerenciamento do estado é permeado pelo clientelismo político, conforme assinala Faria (2003) e, nessa situação, é possível encontrar gestores que não apresentam os pré-requisitos técnicos necessários para compreender a importância da investigação científica como suporte para a tomada de decisão.

Na compreensão de Minogue (1997), os acadêmicos que produzem conhecimento sobre política pública, na sua maioria não têm experiência prática ou sua produção teórica não tem aplicabilidade prática, o que poderia explicar o distanciamento entre a teoria e o mundo real da política e, também, pode promover o respeito maior pela teoria do que pela prática. Há

também a possibilidade de que os acadêmicos acreditem serem os responsáveis pela produção da 'verdade' e que essa deverá prevalecer. Entretanto, como o conhecimento também pode ser manipulado, quem está no poder define qual versão do conhecimento deverá prevalecer e subsidiar a política. Existe uma idéia de que o conhecimento inevitavelmente irá provocar mudanças nos valores gerais da sociedade, o que, por sua vez, se expressaria na definição de políticas públicas e em ações de caráter social.

Ao analisar o processo de utilização de conhecimento científico na condução da política de saúde no México, Trostle, Bronfman e Langer (1999), com base nas categorias de análise de política propostas por Walt e Gilson (1994) juntamente àquelas propostas por Weiss (1979), verificaram que na categoria conteúdo, a qualidade da pesquisa é um fator considerado relevante tanto para os pesquisadores quanto para os gestores, que as pesquisas mais utilizadas são as biomédicas, principalmente quando tratam de temas específicos, são desenvolvidas em curto período e apresentam resultados aplicáveis à política. A principal dificuldade referida relaciona-se à linguagem utilizada pelas duas comunidades (pesquisadores e gestores).

Quanto aos atores, o trabalho aponta três dificuldades no processo de interação entre esses dois grupos: pouca qualificação técnica tanto de formuladores e da mídia, uma idéia equivocada por parte dos gestores que tendem a valorizar a experiência em detrimento da informação e, as agendas formuladas por grupos de interesse não-acadêmicos, como representantes das indústrias ou de comunidades.

No tocante ao processo, relatam que os vínculos informais, interesses comuns e os canais formais de comunicação facilitam a aproximação entre a política e a academia; porém os interesses profissionais menores, enquanto característica particular do contexto mexicano, atuariam como impedimento.

Em relação ao contexto, os fatores que promovem a maior interação entre pesquisa e política estariam relacionados à estabilidade de um determinado partido político, a rotação de pesquisadores como formuladores, o pequeno número e homogeneidade da comunidade científica mexicana e a urgência de problemas específicos do setor saúde. Por outro lado, os impedimentos referidos foram a excessiva centralização do Estado, o gerenciamento hierárquico das informações, mudanças nos níveis mais altos da gestão do sistema de saúde

nas mudanças de governo que ocorrem a cada seis anos e, por fim, as restrições de recursos econômicos.

Em estudo sobre a utilização do conhecimento e o processo de formulação de política na África, Porter (1995) destaca que as mudanças na política e na implementação de uma política raramente resultam de um processo linear gerado a partir da pesquisa, transformada em opções políticas, que segue com a escolha de alternativas e finaliza com a avaliação da implementação das opções selecionadas.

Para esse autor existe uma desconexão entre a produção acadêmica e o processo político decorrente de alguns fatores. A análise de política raramente tem impacto imediato ou direto nas decisões governamentais. Dessa maneira, a utilização instrumental do conhecimento, ou seja, a sua aplicação na formulação de uma política tende a ser algo frustrante para os pesquisadores que, muitas vezes, esperam que isso ocorra automaticamente e que suas recomendações sejam, de fato, implementadas pelo ente governamental.

Entretanto, observa o autor, existem diferenças em ambas as culturas profissionais, que impedem a comunicação entre pesquisadores, políticos e representantes governamentais. Os relatórios de pesquisa, assim como os resultados de análises políticas parece que são escritos sem pensar nos clientes, não levam em consideração o tempo e a viabilidade política e administrativa, e assim por diante.

Se por um lado a produção científica pode contribuir indiretamente no processo político com formulações teóricas que subsidiam os dados e as generalizações empíricas sob as quais se fundam determinada política, por outro lado, os que formulam a política podem optar por ignorar as informações disponíveis, solicitar outras informações que também poderão ser postas no esquecimento.

E continua argumentando que, para que uma informação científica seja considerada útil, precisa responder aos padrões de contestabilidade e justificativa empregadas por outras organizações e interesses políticos envolvidos, que por sua vez apresentam diferentes padrões e regras, ou seja, diferentes 'racionalidades'.

Para Davis (1987), a aproximação entre essas duas comunidades, a científica e a política, requer alguns esclarecimentos. Primeiramente, o pesquisador pode influenciar a política pública de duas maneiras: na identificação de problemas que requerem intervenção,

ou na análise das soluções mais adequadas. É preciso ter clareza de que as pesquisas precisam estar voltadas para as necessidades políticas e os pesquisadores podem contribuir com esse processo. Segundo, se o pesquisador realmente deseja ter grande impacto na formulação da política, deve procurar se familiarizar com as questões inerentes a esse campo, seus principais atores, o processo e os tempos inerentes à ação. Terceiro, os pesquisadores devem estar atentos para o fato de que embora contribuam com o processo de tomada de decisão, essa atividade não é de sua responsabilidade.

Conforme o autor, a sua contribuição pode se dar a partir da condução de pesquisas que registrem a dimensão dos problemas; do desenvolvimento de novas idéias ou soluções que expandam o leque de opções possíveis; e da construção de evidências acerca da efetividade das diferentes intervenções políticas, os impactos sobre a saúde ou sobre as pessoas, sua capacidade de execução e os custos. Por último, deve existir a preocupação com a apresentação das pesquisas através de um formato que possa ser compreendido pelos gestores e técnicos.

Weiss (1998) acredita que a influência da pesquisa sobre as políticas e programas pode se viabilizar na medida em que se procura utilizar seus resultados e recomendações, suas idéias e generalizações, assim como, os principais pontos do estudo, particularmente os parâmetros aplicados e o desenho do estudo, uma vez que os resultados estão intrinsecamente relacionados com o foco da avaliação, os parâmetros utilizados e o desenho escolhido.

Para Nutley, Walter e Davies, (2003) o foco da atenção deve estar direcionado para o desenvolvimento de estratégias de disseminação do conhecimento científico de maneira que reduza a distância entre as duas comunidades (pesquisadores e técnicos) e torne a pesquisa adequada para a sua aplicação. Esse processo pode ser mais bem estruturado a partir da compreensão de que a utilização de pesquisas ocorre através de um processo de aprendizado em que o conhecimento novo passa pelo filtro próprio e se adapta às percepções individuais pré-existentes.

Com o intuito de contribuir e obter alguma influência sobre a política, os pesquisadores deveriam levar em consideração algumas questões. Primeiramente, procurar ter maior aproximação com a arena política, e particularmente procurar conhecer os formuladores, identificar possíveis aliados e estar atento para as oportunidades de intervenção. Um dos melhores caminhos é o trabalho nas comissões onde se estabelece maior possibilidade

de diálogo (CREWE; YOUNG, 2002; DAVIS; HOWDEN-CHAPMAN, 1996; FRENK, 1992; YOUNG, 2005). Nesse aspecto, deve observar os limites e as pressões dos formuladores assim como suas concepções ideológicas (CREW; YOUNG, 2002).

Também é importante procurar desenvolver estudos que tenham credibilidade e proporcionem soluções para os problemas políticos, assim como transmitam as informações e conceitos essenciais através de uma linguagem de formato acessível (YOUNG, 2005; HANNEY et al., 2003; CREWE; YOUNG, 2002; FRENK, 1992). Outra questão fundamental relaciona-se à qualidade das pesquisas. Estudos de baixa qualidade, particularmente com problemas na coleta e análise dos dados, provavelmente são ignorados pelos formuladores, o que não ocorre com aqueles que apresentam o envolvimento local e evidências consistentes (CREWE; YOUNG, 2002).

Para Davis e Howden-Chapman (1996) para a melhor tradução do conhecimento científico no processo político o ponto inicial está na construção do projeto de pesquisa que deve estar diretamente relacionada a uma questão relevante, claramente definida e que tenha significância nacional; deve ter a concordância de todos os que o integram, envolver universidade, ter financiamento e boa estrutura para o seu desenvolvimento; além do mais, precisa ser conduzido por investigadores experientes, apresentar um método adequado e cronograma realístico.

Frenk (1992) ainda acrescenta que essa integração desde os momentos iniciais do projeto de pesquisa também permite a definição pactuada quanto ao cronograma do estudo e principalmente os resultados finais. Uma maneira de minimizar as diferenças quanto ao tempo exigido para a pesquisa e aquele necessário à ação pode ser a apresentação de produtos intermediários que poderão dar suporte aos momentos iniciais da decisão e da ação políticas.

Trostle, Bronfman e Langer (1999) apontam que a atuação de pesquisadores de modo alternado, no processo de formulação das políticas é importante para a maior aproximação entre os mundos da política e da academia, pois além de permitir a vivência na política, também possibilitaria a criação de canais de comunicação. Os autores sugerem inclusive alguns fatores para a melhoria da comunicação entre ambos: a divulgação das pesquisas científicas através de uma linguagem acessível aos gestores, com destaque para a utilidade destas no processo de formulação da política; a criação de fóruns de discussão envolvendo

ambas as comunidades e, um contínuo exercício para tornar mais próximo o processo de definição das agendas de pesquisa e de ação política.

Cohn, Westphal e Elias (2005) ao estudar a política de saúde brasileira verificaram cenários semelhantes ao mexicano e destacam a inexistência de propostas inovadoras, particularmente na esfera municipal, apesar do preceito constitucional descentralizador. Nesse nível de governo a coleta e sistematização de informações realizadas são motivadas pelas questões de ordem econômico-financeira. Por outro lado, as informações disponibilizadas na internet ou impressas pelos sistemas públicos de informação não são incorporadas ao processo político e não atendem as necessidades apontadas pelos gestores.

Estes autores acrescentam que há uma resistência à assimilação de inovações tecnológicas no processo de tomada de decisão, nos diferentes níveis de governo, em decorrência das características tradicionais da política no Brasil. Argumenta-se que:

A política clientelista e particularista e a herança de um Estado centralizado que favorece, no processo recente de descentralização, a convivência harmônica do autoritarismo burocrático com a visão tecnocrática que prioriza projetos de governo em detrimento da racionalidade do Estado. (COHN; WESTPHAL; ELIAS., 2005, p.116).

As interações entre formuladores de política e de conhecimento científico são complexas e problemáticas, porém, como sugere Porter (1995), se os pesquisadores realmente desejarem influenciar a política, eles precisam atuar mais politicamente, procurando difundir e defender suas idéias e descobertas.

Atuar em defesa de determinada questão-problema não significa desenvolver pesquisa exclusivamente direcionadas para as necessidades políticas do momento. Essa conduta pode levar a diferentes riscos, que segundo Weiss (1977) podem ser resumidos como segue:

- Ao fomentar a pesquisa em busca de solução para problemas correntes, o governo pode estar desviando o pesquisador de suas reais prioridades de produção de conhecimento científico;
- Ao aceitar financiamento governamental o cientista é colocado em uma posição de ter que dar respostas prematuramente para a questão e ao fazer isso pode apresentar um conjunto de conhecimento ainda inacabado, o que não traz benefícios para nenhum dos dois;

- Concordando em desenvolver pesquisa voltada para a solução de problema específico demandado pelo governo, o pesquisador pode não está contribuindo para o crescimento científico na medida em que há uma tendência a negligenciar questões no campo teórico devido à necessidade de priorização do uso de pesquisa avançada, para ser aplicada naquela questão;
- Ao priorizar o desenvolvimento de pesquisas voltadas para os interesses de um gestor especificamente, em detrimento de problemas definidos pelo governo, é um risco ainda maior, pois o pesquisador abdica de seu papel crítico enquanto cientista e passa a assumir um papel técnico, submetido ao poder do momento;
- Ao utilizar o seu conhecimento e capacidade a serviço do governo pode colocá-lo atrelado ao estado e distante do seu real papel crítico.

De fato, esses riscos apontados são reais e podem levar à priorização de produção de pesquisa aplicada, e ao negligenciamento das pesquisas teóricas, puras, básicas que são fundamentais ao conhecimento científico. Esses argumentos são utilizados por alguns pesquisadores que, embasados em idéias conservadoras ou radicais, tendem a justificar a necessidade de manter-se uma separação nítida entre pesquisa e governo.

Parece existir uma idéia, uma tanto ultrapassada, de que a pesquisa é uma produção neutra, impessoal e livre de valores, quando se sabe que acontece o oposto. Particularmente ao tratar-se de estudos voltados para questões políticas e sociais, mas também na pesquisa básica, onde os valores do pesquisador guiam desde a seleção do tema a ser pesquisado, as variáveis a serem analisadas, a construção teórica que dará suporte e o encaminhamento dos resultados.

Porém, conforme assinala Pellegrini Filho (2004, p.341) “a falta de integração entre os processos de produção e utilização do conhecimento em última instância expressa uma debilidade das relações entre a ciência e os demais setores da sociedade”. Para o autor, isso não significaria que o processo de formulação de política esteja estritamente baseado nas evidências científicas, mas que a ciência seja integrada ao processo decisório, inclusive se submetendo às expectativas públicas, deixando a sua posição histórica de “árbitro legitimador cuja autoridade era intocável e incontestável” (PELLEGRINI FILHO, 2004, p.349).

Dessa maneira, é necessário encontrar o equilíbrio entre esses dois campos de ação: a política e a academia. Certamente há uma necessidade real de maior aproximação entre eles.

Ao fomentar pesquisa, as agências governamentais apresentam as suas definições e tendências, mas de outro lado, o pesquisador tem a possibilidade de olhar o problema sob diferentes perspectivas e assim o fazendo, terá a oportunidade de produzir conhecimentos novos, gerar novas hipóteses, redefinir os problemas, apresentar novas possibilidades de solucioná-los. E isso tanto engrandece a academia quanto a política e o próprio pesquisador.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Desenho do Estudo

A análise de processos de formulação de política e sua implementação apresentam diferentes modelos, base teórica e conceitos que precisam ser mais bem explorados, particularmente na área da saúde. Este é um campo aberto a novos estudos, particularmente no que se refere à análise da utilização de conhecimento científico na política, que ainda é pouco proeminente e com pouca experiência nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, como o Brasil. Dessa maneira, a análise da política de controle de doenças transmitidas por vetores aqui proposta foi conduzida com um estudo de caso, com a finalidade de compreender como se estabelecem as articulações entre a produção do conhecimento científico e a formulação e implementação dessa política, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Para permitir um melhor aprofundamento do tema, foram selecionadas duas doenças transmitidas por vetores: Dengue e Filariose. A Dengue por ser uma doença re-emergente, amplamente disseminada no país, presente em praticamente todos os municípios da federação; e a filariose, por outro lado, por encontrar-se cronicamente numa região restrita do Nordeste brasileiro. No ano de 2004 foram registrados 105.894 casos de Dengue e verificado a circulação de três sorotipos virais DEN 1, 2 e 3 em 24 unidades federadas, excetuando-se o Rio Grande do Sul e Santa Catarina que não apresentaram transmissão autóctone da doença (BRASIL. Ministério da Saúde, 2005). Já a Filariose caracteriza-se no Brasil por persistir como doença endêmica de baixa prevalência, localizada em focos particularmente na Região Metropolitana do Recife (Pernambuco), Maceió (Alagoas) e Belém (Pará), onde determinadas condições sócio-ambientais favorecem o processo de transmissão (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2000a).

O estudo analisou essas políticas no período entre 1990 e 2005. O ano inicial de referência corresponde à aprovação da Lei Orgânica da Saúde, referente ao artigo 200 da Constituição Federal de 1988, que trata da saúde, marcando importantes passos para o processo de Reforma Sanitária Brasileira. Portanto, um período de 16 anos de história da política de saúde do país é considerado adequado, uma vez que, conforme Sabatier (1993), o período de tempo ideal para se desenvolverem análises de uma política é aquele superior a 10 anos, pois permite perceber mais claramente todo o ciclo da política, as mudanças ocorridas e a base teórica de suporte. Esse referencial temporal possibilitou a análise das ações do poder

público no campo da saúde e avaliar a política de controle de doenças transmitidas por vetores, a partir das ações voltadas para o controle de dengue e filariose, colocadas em prática pela ação governamental, que nesse período contou com princípios e diretrizes constitucionais, orientadores de sua política.

O desenho da pesquisa apresenta duas vias: a primeira, na perspectiva da análise da política, com a finalidade de identificar e caracterizar o seu processo de formulação e a construção do modelo de controle; e a segunda, na perspectiva do conhecimento, com vistas a caracterizar as evidências científicas e como são utilizados pelos formuladores da política e das ações de controle implementadas no país.

Na perspectiva da análise de política, o método de investigação utiliza como suporte conceitual os estudos de Análises de Políticas Públicas, particularmente o modelo de Advocacy Coalition Framework (Estrutura de Coalizões de Defesa), proposto por Paul A. Sabatier e Hank Jenkins-Smith (1988; 1993; 1997), com atenção especial para a identificação e caracterização das “Coalizões de Defesa” e a “Estrutura do Sistema de Idéias, Crenças e Valores da Elite Política” das coalizões.

Na perspectiva do conhecimento, o método toma como base o modelo de análise desenvolvido por Carol H. Weiss e Michael J. Bucuvalas (1980), que foi aplicado ao estudo do uso de pesquisa social na política de saúde mental dos Estados Unidos.

Essas duas abordagens foram utilizadas de maneira complementar. Com o modelo ACF a análise da política se dirigiu às mudanças implementadas a partir do conjunto de idéias, crenças de valores das coalizões que atuam no âmbito do subsistema político, tanto os pré-existent quanto aqueles decorrentes do processo de aprendizado político. O modelo de Weiss e Bucuvalas possibilitou analisar com mais riqueza esse processo de aprendizado político e os diferentes modos pelos quais o conhecimento científico é utilizado.

Para o desenvolvimento desse estudo foram aplicadas diferentes técnicas e instrumentos para a coleta de dados, compondo uma triangulação metodológica (DENZIN; LINCOLN, 2000) conformada por um revisão sistemática, levantamento documental e realização de entrevistas.

A Revisão Sistemática permitiu caracterizar a base conceitual que dá suporte a essa política. Realizou-se um levantamento da produção científica relacionada à Dengue e

Filariose Bancroftiana nas principais revistas científicas indexadas, de reconhecida credibilidade entre os profissionais de saúde pública/coletiva, particularmente aquelas que foram referidas pelos entrevistados e disponibilizadas por meio eletrônico (Quadro 4). Essas publicações selecionadas foram admitidas como indicadores da referida produção.

Jornais	Base de Dados
Nature <ul style="list-style-type: none"> • Nature Biotechnology • Nature Biotechnology (formerly Bio/Technology) • Nature Cell Biology • Nature Chemical Biology • Nature Genetics • Nature Genetics • Nature Immunology • Nature Materials • Nature Medicine • Nature Medicine • Nature Methods • Nature Neuroscience • Nature Physics • Nature Protocols • Nature Reviews Cancer • Nature Reviews Drug Discovery • Nature Reviews Genetics • Nature Reviews Immunology • Nature Reviews Microbiology • Nature Reviews Molecular Cell Biology • Nature Reviews Neuroscience • Nature Structural e Molecular Biology • Nature Structural e Molecular Biology • Nature Clinical Practice Urology 	Nature Journals Online - The John Rylands University Library
Journal of Medical Entomology	BioOne - The John Rylands University Library
Revista Brasileira de Epidemiologia	SciELO Brasil
The Lancet (British Edition)	ScienceDirect - The John Rylands University Library
Bulletin of the World Health Organization	SciELO – Saúde Pública
American Journal of Tropical Medicine and Hygiene	http://www.ajtmh.org/ e The John Rylands University Library
Memórias do Instituto Oswaldo Cruz	SciELO Brasil
Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical	SciELO Brasil
The Lancet Infectious Diseases	ScienceDirect - The John Rylands University Library
The Brazilian Journal of Infectious Disease	SciELO Brasil
Revista Pan Americana de Salud Pública	SciELO – Saúde Pública
Revista de Saúde Pública	SciELO – Saúde Pública
Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene	ScienceDirect - The John Rylands University Library
Cadernos de Saúde Pública	SciELO – Saúde Pública
Revista Brasileira de Análises Clínicas	http://www.sbac.org.br/conteudos/rbac/index.htm
Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo	SciELO Brasil
Tropical Medicine and International Health	Blackwell Publishing Full Collection (Blackwell Synergy) - The John Rylands University Library

Quadro 4: Jornais Científicos Pesquisados e Base Bibliográfica de Acesso

Para o acesso às publicações foram utilizados os sites de pesquisa bibliográfica disponibilizados pela Biblioteca da Universidade de Manchester (The John Rylands University Library), o Scielo Brasil e o Scielo – Saúde Pública. Foram utilizados como descritores os termos: Dengue, Dengue fever, Dengue hemorrhagic fever, *Aedes*, *Aedes aegypti*, Filariasis, Filariose, *Wuchereria bancrofti*, Bancroftian filariasis, Lymphatic filariasis, *Culex*, *Culex quinquefasciatus*.

Foram levantadas e catalogadas 1222 publicações, incluindo-se artigos, notícias, informes e resenhas de livros, sendo 744 voltadas para o tema dengue e 478 abordando o tema filariose linfática. Para este estudo foram selecionados os artigos que totalizaram 923, dos quais 544 relacionados à dengue e 379 à filariose. As demais publicações, caracterizadas como notícias, informes e resenhas de livros, foram excluídas da análise.

Como nesse estudo foram considerados as publicações disponibilizadas por meio eletrônico, houve publicações que disponibilizaram artigos *on line* para todo o período do estudo (1990 – 2005) como: Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene, Revista de Saúde Pública, The Lancet (British Edition), Cadernos de Saúde Pública, Bulletin of the World Health Organization e Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo. Os demais periódicos apresentaram variação quanto ao ano em que passaram a disponibilizar seu conteúdo pela internet: Memórias do Instituto Oswaldo Cruz, em 1992; Tropical Medicine and International Health em 1996; Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical em 1997; Revista Pan Americana de Saúde Pública em 1997; American Journal of Tropical Medicine and Hygiene em 1998; Revista Brasileira de Epidemiologia em 1998; Journal of Medical Entomology em 2000; The Brazilian Journal of Infectious Disease em 2001; The Lancet Infectious Diseases em 2001; e a Revista Brasileira de Análises Clínicas em 2004.

O levantamento documental teve como objetivo resgatar aqueles que permitem caracterizar o subsistema da política de controle de doenças transmitidas por vetores a partir da Estrutura de Coalizões de Defesa (*Advocacy Coalition Framework*). Buscaram-se elementos da política nos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde, Normas Operacionais Básicas do setor, portarias, normas técnicas, orientações e outros documentos produzidos no âmbito da Organização Mundial da Saúde (OMS), da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), do Ministério da Saúde, da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), das Secretarias de Saúde do Estado de Pernambuco e da Cidade do Recife, assim

como relatórios de eventos realizados para discussão dessas políticas específicas que envolvam a participação de pesquisadores e/ou formuladores da política, tanto no âmbito nacional como internacional, especificamente os promovidos pela OMS e OPAS.

No nível nacional os dados foram coletados nas três esferas de governo que compõem o Sistema Único de Saúde - SUS, representadas, para fins desse estudo, pelo Ministério da Saúde, a Secretaria de Estado da Saúde de Pernambuco e a Secretaria Municipal de Saúde da Cidade do Recife.

O processo de entrevista possibilitou a obtenção de dados úteis para a análise do processo político em si e de como se estabelece a comunicação entre academia e gestão. Foi dividido em dois momentos: no primeiro, aplicou-se um modelo de tipo guiado (RICHARDSON et al., 1989) ou semi-estruturado (KVALE, 1996), na qual se tomou como referência uma seqüência de temas a serem abordados, com abertura para mudanças na seqüência e forma de introduzir uma questão, que se baseava nas respostas dadas pelos sujeitos respondentes. Esse momento das entrevistas foi gravado em fitas magnéticas e feitas algumas anotações em diário de campo. Um dos sujeitos entrevistados preferiu não gravar a entrevista, mas permitiu que fossem feitos registros sobre os temas abordados.

O segundo momento consistiu de uma entrevista estruturada (FONTANA; FREY, 2000; RICHARDSON et al., 1989). Ao término da entrevista guiada, foi entregue uma lista produzida com base no trabalho de Weiss e Bucuvalas (1980), contendo diversas características que tentam representar as dimensões da pesquisa que influenciam a opção por sua utilização, nas quais os entrevistados indicaram o grau de aplicabilidade destas, conforme uma escala de valor que variava de 1 a 5, sendo que 1 quando determinada característica fosse considerada indispensável, essencial; 2, muito útil; 3 correspondendo a útil; 4, quando fosse desnecessária; e 5 quando fosse considerada inútil.

As entrevistas foram aplicadas aos principais atores sociais envolvidos no processo. Estes foram distribuídos em três grupos distintos: Grupo 1, correspondendo aos gestores da saúde relacionados à política de controle de doenças transmitidas por vetores, nas três esferas de governo, para captar dados relacionados às características da política e a utilização de trabalhos científicos; o Grupo 2, constituído pelos gestores da política nacional de ciência e tecnologia em saúde; e o Grupo 3, formado por pesquisadores que estudam dengue e filariose, particularmente vinculados a um instituto de pesquisa do Ministério da Saúde.

A escolha dos componentes dos grupos levou em consideração que eles são os que, em última instância, definem a execução da política. Eles também integram um campo profissional que demanda por uma base científica; portanto, espera-se que, por um lado, haja interesse por estudos científicos que possam proporcionar avanços no campo do conhecimento e na execução das ações de controle de doenças transmitidas por vetores; por outro lado, que eles tenham uma formação técnica que lhes garanta a possibilidade de identificar e caracterizar a utilidade dos resultados das pesquisas no processo político.

As entrevistas foram realizadas no mês de agosto de 2005. Não foi possível acessar todos os atores inicialmente propostos, seja porque naquele momento o Ministério da Saúde passava por uma reorganização interna, decorrente da mudança de ministro, ou porque se encontravam desenvolvendo atividades de trabalho fora do país, e ainda, outros optaram por não ser entrevistados, justificando que no nível de gestão mais diretamente envolvido com a implementação da política seriam mais adequados. Esses fatos levaram a uma revisão, de modo que foram efetivamente entrevistados 19 gestores e 10 pesquisadores, conforme segue:

Grupo 1:

- a) Esfera Federal: Secretário de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde; Chefe de Gabinete da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde; Coordenador Geral da Vigilância Ambiental em Saúde; Assessoria Técnica do Gabinete, da Coordenadoria Geral da Vigilância em Saúde Ambiental do Ministério da Saúde; Coordenador Geral do Programa Nacional de Controle da Dengue; Coordenador (Informal) do Programa Nacional de Controle da Filariose; Técnica Assessora do Programa Nacional de Controle da Filariose;
- b) Esfera Estadual: Gerente da Unidade Gerencial de Epidemiologia; Gerente Técnico da Vigilância Ambiental de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de Pernambuco; Coordenador (Informal) do Programa Nacional de Controle Filariose, Assessora Técnica do Programa Nacional de Controle de Filariose;
- c) Esfera Municipal: Diretora de Vigilância em Saúde da Secretaria de Saúde de Recife (DIEVIS); Gerente do Centro de Vigilância Ambiental; Diretora da Divisão de Controle e Vigilância Entomológica do Centro de Vigilância Ambiental; Assessora Especial do Programa de Vigilância Ambiental; Coordenador do Programa de Controle da Filariose; Diretora do Distrito Sanitário II.

- d) Outros: Assessora do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS; Secretário Executivo do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS.

Grupo 2: Assessora de Políticas de Ciência e Tecnologia, do Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT), da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde; Técnica da Coordenação Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviço (CGDEPI), da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

Grupo 3: Foram entrevistados pesquisadores envolvidos em estudos relacionados ao controle de dengue e de filariose vinculados ao Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz. Todos têm desenvolvido atividades ou participado em algum momento de discussões conjuntas com os gestores da saúde ou têm desenvolvido trabalhos técnicos de assessoria ou consultoria no âmbito dessa política

As entrevistas tiveram duração média de gravação de 60 minutos. Elas foram transcritas e em seguida armazenadas em meio eletrônico com o editor de texto word, resultando em 272 páginas digitadas na fonte Times New Roman, tamanho 12, espaço 1,5.

Em seguida a pesquisadora fez o controle das transcrições através de leitura associada à audição repetida das fitas e às anotações de campo, que foram realizadas após as entrevistas. Algumas transcrições foram enviadas para os entrevistados para que eles esclarecessem algumas dúvidas decorrentes de dificuldades com a gravação. Esses procedimentos procuraram minimizar um fato relacionado às transcrições que é observado no âmbito da hermenêutica tradicional: *traduire traittori*, ou seja, transcritores são traidores (KVALE, 1996). Isso porque se compreende que a entrevista corresponde a uma conversa entre duas pessoas, abordando um tema de interesse comum. É, portanto uma atividade dinâmica de interação interpessoal que envolve o uso do conhecimento através do diálogo. Assim sendo, ao ser transcrita, se torna congelada no tempo, fixa na escrita, o que gera uma transgressão ao transformar o modo de narrativa da forma oral para a escrita. E esse processo leva a produção de construções artificiais, embora baseadas numa interação real, que foi a entrevista.

A escolha do estado de Pernambuco e sua capital (Recife) como unidades representativas decorre da necessidade de observar de maneira mais concreta a

implementação da política, uma vez que o setor se encontra em avançado processo de descentralização de ações de saúde, particularmente na cidade do Recife. De outro lado, nesses lugares se pode verificar a presença tanto da dengue quanto da filariose, tornando assim mais fácil a avaliação das ações implementadas no âmbito da política. É importante destacar que neste estudo não se pretende que o estado de Pernambuco seja um espelho da realidade nacional, uma vez que há especificidades ligadas ao campo da política que devem ser consideradas.

Outra questão importante relaciona-se à localização geográfica desses lugares no Nordeste do país, uma região considerada de desenvolvimento intermediário entre as regiões mais desenvolvidas/ricas (do sul e sudeste), e a menos desenvolvida e mais pobre (no norte do país).

Destaca-se também o fato de que as relações político-administrativas dessas três esferas de governo têm sido marcadas por conflitos e um rico debate em torno da descentralização, particularmente do que se refere ao controle de doenças transmitidas por vetores. A cidade do Recife tem procurado instituir uma política que se opõe ao modelo químico-dependente. Acrescenta-se ainda essa cidade conta com um instituto de pesquisas do Ministério da Saúde que coordena o Serviço de Referência Nacional da Filariose e desenvolve pesquisas voltadas para o estudo das endemias que integram esse projeto, permitindo assim uma análise mais acurada acerca da articulação entre a academia e a política implementada. E também, o fato da pesquisadora ser aluna do curso de doutorado desta instituição, dentro de uma linha de investigação coerente com o estudo e pela melhores condições logísticas de coleta dos dados.

3.2 Análise dos Dados

Os dados foram analisados com bases em três abordagens: a análise documental, a análise de conteúdo e a análise de discurso, conforme segue:

3.2.1 Análise Documental

Após a coleta dos documentos considerados relevantes, foi realizada leitura cuidadosa destes com a finalidade de procurar identificar as categorias de análise necessárias para caracterizar a política de controle de doenças transmitidas por vetores, no que concerne ao controle da dengue e da filariose linfática, que foram agrupadas conforme segue:

a.1) Fatores externos ao subsistema político

a.1.1) Parâmetros Relativamente Estáveis

Foram identificados os atributos básicos do subsistema político, a relação com os recursos naturais, os valores sócio-culturais fundamentais e a estrutura de valores, e a estrutura normativa básica (as regras).

a.1.2) Eventos Externos ao Sistema

Foram identificados os fatores de natureza macro que interferem na formulação e/ou na implementação da política, como as mudanças nas condições sócio-econômicas, mudanças na coalizão sistêmica de governo e das decisões políticas e impactos de outros sistemas.

a.2) Estrutura Interna do Subsistema

Foram caracterizadas as coalizões presentes no subsistema, cujos dados referentes ao sistema de idéias, crenças e valores da elite política foram organizados conforme Quadro 5.

	Coalizão
Núcleo Profundo	Normas fundamentais e axiomas ontológicos.
Núcleo Central da Política	<p>Posições políticas fundamentais relacionadas às estratégias básicas para alcançar o núcleo de valores dentro do subsistema.</p> <p><u>Preceito Normativo Fundamental:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Orientação sobre o valor básico das prioridades; 2. Identificação de grupos ou outras entidades preocupados com o bem-estar. <p><u>Preceito com o Componente Substancial Empírico</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Especialmente a seriedade do problema; 4. Causas básicas do problema; 5. Adequada distribuição da autoridade entre governo e mercado; 6. Adequada distribuição da autoridade entre os níveis de governo; 7. Instrumentos políticos prioritariamente acordados; 8. Método de financiamento; 9. Habilidade da sociedade para solucionar o problema; 10. Participação popular, de especialistas, técnicos (servidores)
Aspectos Secundários	<p>Decisões instrumentais e pesquisa de informações necessárias à implementação do núcleo político.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Seriedade com aspectos do problema em locais específicos; 2. Importância das várias articulações em diferentes lugares e ao longo do tempo; 3. Decisões relacionadas às normas administrativas; alocação orçamentária, disposição de casos, interpretação legal, e revisão da lei; 4. Informação acerca da performance de programas específicos ou instituições.

Quadro 5: Estrutura Revisada do Sistema de Idéias das Elites Políticas.

Fonte: Adaptado de Sabatier e Jenkins-Smith (1993; 1999) e Sabatier (1998;1999).

3.2.2 Análise de Conteúdo

Esse tipo de análise foi aplicada tanto para a caracterização dos trabalhos científicos publicados e coletados pela revisão sistemática, quanto para os dados obtidos com a entrevista estruturada. Desenvolveu-se uma análise quantitativa dos elementos considerados essenciais para esse estudo. Estes dados foram identificados e agrupados com o apoio do editor de texto

Word. Em seguida alimentaram planilha específica criada no programa Excel que auxiliou na ordenação dos dados e construção de tabelas contendo valores absolutos e relativos.

Quanto à produção científica foram analisados:

- (a) Os dados gerais do trabalho: ano da publicação, o país que financiou o estudo, o país de origem dos autores, a língua em que foi publicado, o país que foi objeto do estudo ou forneceu material para o seu desenvolvimento em centros estrangeiros¹⁶;
- (b) O principal objetivo do estudo, que foi categorizado em temas específicos e;
- (c) O método: tipo de abordagem (quantitativa ou qualitativa), tipo de população estudada (humanos, mosquitos, agente etiológico, animais, outros), o modelo de causalidade do processo saúde-doença utilizado (monocausal, multicausal, complexo¹⁷).
- (d) O tipo de conhecimento envolvido: disciplinar, multidisciplinar, interdisciplinar¹⁸.

Os dados obtidos com a entrevista estruturada foram organizados conforme quatro dimensões definidas nos estudos de Weiss e Bucuvalas (1980): Qualidade da Pesquisa, Conformidade com as Expectativas do Usuário, Orientação da Ação e Desafio ao *status quo*.

O fator Qualidade da Pesquisa está constituído por itens que tratam estritamente da competência metodológica do estudo:

- Alta qualidade técnica,
- Estatisticamente sofisticado,
- Objetivo/imparcial,
- Apresenta dados quantitativos,
- Resultados internamente consistentes e sem ambigüidades,
- Recomendações são reforçadas pelos resultados,
- Apresenta um grupo de variáveis explicativas,

¹⁶ Quando da apresentação dos dados, serão mostrados os países que estiverem presentes no maior número de publicações.

¹⁷ Para fins desse estudo, entende-se como monocausal o estudo que compreende o processo saúde –doença baseado numa concepção do tipo causa-efeito, em que existe uma causa única, geralmente o agente etiológico ou seus vetores. No tipo multicausal, o processo saúde-doença está relacionado a múltiplos fatores de risco. Os estudos complexos procuram compreender o processo a partir das inter-relações dos seus diversos fatores e condicionantes.

¹⁸ Tomou-se como referência as concepções de Nunes (1995) para definir como disciplinar o estudo que conduzido com base em apenas uma disciplina; multidisciplinar, aquele no qual duas ou mais disciplinas participaram, porém de forma justaposta e sem a preocupação de interligar as disciplinas entre si; e interdisciplinar, o estudo em que as disciplinas participam compartilhando e conciliando os conceitos, num processo de integração recíproca.

- Generalizável para populações semelhantes,
- Achados são válidos,
- Acrescenta conhecimento acerca da causalidade, descrição ou teoria.

Eles estão relacionados com a lógica e o rigor da pesquisa. Dois deles dizem respeito às normas da ciência: “objetivo, imparcial (*unbiased*)” e “recomendações suportadas pelos dados”. Para Weiss e Bucuvalas (1980), proponentes desse modelo, as características de objetividade estão integralmente relacionadas com as características de competência científica. Outros dois itens estão relacionados com o modo como os resultados são produzidos: a consistência interna e falta de ambigüidade dos achados, assim como a adição de conhecimento descritivo, causal ou teórico. Na prática, essas duas características presentes num estudo estão fora do controle do pesquisador. De acordo com as respostas observadas, a consistência dos achados e a adição de conhecimento reforçam a autoridade científica da pesquisa.

O fator Conformidade com as expectativas do usuário diz respeito basicamente à compatibilidade entre as conclusões do estudo com as idéias dos usuários em potencial. A ênfase está no usuário, mais do que na agência, o programa ou no sistema político. Os itens relacionam-se aos valores, posições políticas e interesses dos usuários:

- Dão suporte a posições já defendidas pelo usuário,
- Consistentes com conhecimento prévio,
- Compatíveis com as idéias e valores do usuário,
- Achados inesperados ou novos.

Os estudos que apresentam valores altos na análise desse fator, provavelmente confirmam a imagem do usuário acerca de como as coisas acontecem. Ou seja, se um estudo apresenta alta “conformidade”, ele tem crédito porque ele está de acordo com a estrutura de conceitos, teorias causais e informações empíricas. Ele está de acordo com o conhecimento do usuário e suas idéias. Esse fator se dirige a estudos científicos principalmente no que diz respeito a sua consonância com conhecimentos já existentes. Desse modo, a pesquisa é considerada útil por apresentar resultados condizentes com os conhecimentos prévios e a experiência do usuário.

O fator Orientação da Ação está constituído pelos itens:

- Contém recomendações explícitas,
- Variável independente manipulável,
- Focalizado, ou seja, com pequeno número de variáveis dependentes,
- Tem implicação direta sobre a ação,
- Relação com uma questão de alta prioridade,
- Aplicável no âmbito da política/programa atual,
- Concorde com o senso de situação do entrevistado,
- Acrescenta conhecimento prático,
- É barato,
- Em tempo para uma decisão pendente.

Um estudo que apresenta alta taxa neste fator se caracteriza por apresentar variáveis manipuláveis que são explicitadas claramente e possíveis de serem implementadas no âmbito dos programas e estruturas vigentes. Esse é o tipo de pesquisa que os gestores colocam diretamente em uso.

O fator Desafio ao *status quo* constitui-se por itens que se referem à estrutura organizacional dos serviços:

- Desafia os pressupostos atuais e a organização institucional,
- Sugere a necessidade de mudança na filosofia, organização ou serviços,
- Acrescenta novas questões ou oferece novas perspectivas,
- Resultados politicamente aceitáveis.

Este fator é o que representa maior discordância com a política e prática institucional vigente. Os estudos com valores de análise altos nesse fator tendem a ser politicamente inaceitáveis.

Para os autores, essas quatro dimensões são importantes de serem avaliadas porque, no que diz respeito a qualidade do estudo, a idéia dominante é de que os formuladores de política não consideram importante, e sim, o suporte que o estudo dará às suas posições. Este poderá

ser mais bem avaliado através da análise da conformidade com as expectativas do usuário. Os estudos com implicações práticas ou recomendações explícitas tendem a ser considerados úteis, portanto essa dimensão permitirá avaliar a utilidade. Já os estudos que sugerem mudanças filosóficas ou práticas na instituição tendem a ser rejeitados, o que poderá ser percebidos através da dimensão ‘Desafio ao status quo’.

3.2.3 Análise de Discurso

Esse tipo de análise foi aplicado aos dados das entrevistas guiadas ou semi-estruturadas e teve início após a transcrição das fitas, quando se prosseguiu com leitura sistemática do material com a finalidade de identificar dados que: a) permitissem compreender o processo de utilização do conhecimento científico na política de controle de endemias transmitidas por vetores; b) fossem complementares aos dados documentais no processo de análise dessa política.

Quanto à utilização do conhecimento científico na política, considerou-se: a inserção dos entrevistados na pesquisa e na gestão; os estudos que têm sido utilizados no processo político e as características que são levadas em consideração para que sejam considerados com tal; as contribuições que os estudos podem proporcionar na tomada de decisão; a possibilidade de uso dos resultados observados em estudos no processo político; o nível de governo considerado mais adequado para a utilização das pesquisas; o nível de governo considerado responsável e capaz de produzir pesquisas úteis ao processo político; a importância desse tipo de articulação (academia-serviço-academia); e como se estabelecem os canais de comunicação entre os gestores e os pesquisadores.

Os dados utilizados para a sistematização da análise da política foram: aspectos históricos e características da política, modelo e organização das ações, com particularidade para a dengue e a filariose linfática.

Para a sistematização e análise dos dados, tomou-se como referência os modelos de análise de entrevistas apresentados por Kvale (1996). Este autor destaca cinco principais tipos: a condensação de significados, a categorização de significados, a estrutura de significados através da narrativa, a interpretação de significados e o método ad hoc de geração de significados.

No tipo *Condensação de Significados* são construídas formulações a partir das expressões dos entrevistados. O tipo *Categorização de Significados* implica que a entrevista é codificada em categorias pré-definidas, de modo que longas colocações são simplificadas em categorias como “+” ou “-”, indicando a ocorrência ou não de determinado fenômeno; ou em números de 1 a 5, por exemplo, para indicar a força desse fenômeno; ou em tabelas e figuras. A *Estrutura de Narrativa* diz respeito à organização temporal e social do texto com a finalidade de evidenciar seu significado. Seu foco são relatos evidenciados durante a entrevista, assim como, sua estrutura e enredo. A *Interpretação de Significados* procura ir além da estrutura dos significados expressos no texto para alcançar a sua mais profunda interpretação. A *Geração de significados através de Métodos Ad Hoc* é um método eclético que pode recorrer ao uso de várias técnicas para analisar o texto com a finalidade de evidenciar os significados das diferentes partes do material. A forma de apresentação dos resultados varia conforme o tipo de análise, sendo que os tipos condensação de significados, interpretação e narrativa apresentam-se expressos na forma de palavras; no tipo categorização de significados em números sujeitos a tratamento estatístico; e o *ad hoc* pode apresentar os resultados sob a forma de palavras, números, figuras, fluxogramas ou a combinação destes.

Dentre os cinco tipos apresentados, optou-se pela Condensação de Significados, por ser este considerado o mais adequado aos propósitos do estudo. Nesse tipo de análise, as passagens da entrevista que se relacionam a uma questão específica do estudo são cotadas e condensadas num quadro constituído pelas unidades naturais dos significados das respostas dos sujeitos, na coluna da esquerda, e os temas centrais relacionados a estes, que são categorias conceituais, na coluna da direita, seguidos abaixo de ambas, pela descrição essencial da questão relacionada ao estudo (Quadro 6).

Os passos para a organização e análise das entrevistas, procuraram, portanto, seguir às orientações fornecidas pelo autor:

- 1º) Leitura cuidadosa das entrevistas com a finalidade de compreender o sentido do todo;
- 2º) Determinação das unidades de significados naturais conforme expressas pelo sujeito;
- 3º) Definição dos temas centrais relacionados às unidades naturais da maneira mais simples possível. Nesse momento, a pesquisadora procurou evitar preconceito e juízo de valor, construindo os temas a partir de sua compreensão do que foi expresso na entrevista;

- 4º) Questionamento quanto à relação entre as unidades de significados e os objetivos propostos pelo estudo; e
- 5º) Descrição essencial dos temas identificados na entrevista e relacionados aos objetivos da pesquisa.

Tendo concluído esse momento, passou-se então para a descrição dos resultados observados procurando respeitar os critérios científicos e os preceitos éticos definidos, na perspectiva de transformar o dado bruto em uma linguagem clara e compreensível. Para garantir o anonimato dos sujeitos entrevistados, serão utilizados códigos de identificação, sendo que para os pesquisadores serão utilizados a letra P seguida de um número (P1, P2, P3, etc.) e os gestores a letra G, igualmente seguida de número (G1,G2, G3, etc.).

Questão de Pesquisa	
Unidades Naturais de Análise	Temas Centrais
1. Trechos da entrevista relacionados à pergunta da pesquisa	1. Apresentação do tema que domina a unidade natural, conforme a compreensão do pesquisador, e da forma mais simples possível.
2. Idem	2. Idem
3. Idem	3. Idem
Descrição Essencial da questão de pesquisa	
Descrição de todos os temas abordados na entrevista conforme a interpretação do pesquisador acerca da questão comentada pelo entrevistado.	

Quadro 6: Condensação de Significados com Unidades Naturais de Análise, seus Temas Centrais e a Descrição Essencial.

Fonte: Adaptado de Kvale, 1996.

3.3 Considerações Éticas

Este estudo foi desenvolvido em conformidade com as recomendações éticas. Os sujeitos envolvidos nas atividades de coleta de dados sob a forma de entrevistas participaram voluntariamente, foram amplamente informados quanto aos objetivos do estudo, os possíveis riscos decorrentes de sua participação, e lhes foi garantido o anonimato quando da divulgação dos resultados. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Este estudo teve seu projeto avaliado pelo Comitê de Ética do CPqAM que o considerou condizente com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 196/96 e complementares.

4 RESULTADOS

4.1 O Subsistema de Controle de Doenças Transmissíveis por Vetores no Brasil.

O subsistema de controle de doenças transmissíveis por vetores no Brasil apresenta relação intrínseca com o conjunto de variáveis exógenas: os aspectos estáveis e os eventos externos. As coalizões nele presentes disputam os espaços políticos, com a finalidade de imprimir os seus sistemas de crenças, idéias e valores.

4.1.1 Caracterizando os Aspectos Estáveis e os Eventos Externos ao Subsistema

O Brasil é um país continental com área total de 8.514.215,3 km² organizada em 26 estados, um Distrito Federal e 5.569 municípios. Sua população entra no século XXI apresentando alta concentração de renda e exclusão social e conta em julho de 2006 com uma estimativa de 186.770.562 habitantes distribuídos principalmente nas áreas urbanas que aglomeram 80% das pessoas, sendo que a maioria em situação precária, sem moradia adequada e sem acesso a saneamento básico (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2007).

As questões sociais são fortemente condicionadas ao processo de desenvolvimento econômico. Caracterizado como país de capitalismo periférico, teve seu processo de industrialização tardio e acelerado. Incorporou em menor escala e em curto período novas tecnologias de setores capitalistas modernos, que passaram a coexistir com formas arcaicas de organização da produção e de relações de trabalho herdadas ainda do período colonial.

A sólida articulação entre esses dois setores, possibilitada pela profunda relação entre o setor industrial e a oligarquia rural, conduziu o País a um padrão de desenvolvimento excludente e concentrador, favorecendo ao Estado assumir um papel fundamental como financiador público na criação das condições de sustentação do processo de acumulação.

Conhecida como a “década perdida”, do ponto de vista do modelo de desenvolvimento, o contexto da década de 1980 está conformado de um lado pela crise, com estagnação econômica e endividamento externo, e do outro, pelo reencontro com a democracia, depois de um longo período de autoritarismo. Está marcada pela consolidação da nova Constituição Federal de 1988 e pela experiência da eleição direta para presidência da

República. O incremento da participação política através do fortalecimento das associações de moradores, de partidos políticos, sindicatos e movimentos sociais, a emergência de novos atores e novas demandas sociais (OLIVEIRA, 1999).

Ocorrem profundas mudanças no cenário político nacional decorrentes do processo de abertura democrática no país após a queda do regime militar. Dá-se início ao movimento pela Reforma Sanitária que culminou com a criação de instituições como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde Coletiva (CEBES), a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e o Departamento Intersindical de Estudos de Saúde do Trabalhador (DIESAT) que encabeçavam esse movimento.

Com a crise econômica que atingia o país, a saúde pública continuava sendo uma estratégia de controle social e fazia parte do rol de políticas compensatórias implementadas como saneamento da periferia das grandes cidades, a construção de sistemas de abastecimento de água, políticas habitacionais de financiamento de casas populares, a expansão da rede pública e conveniada de hospitais e outros serviços de saúde, a criação do Programa Nacional de Imunizações, programas de suplementação alimentar para crianças e gestantes, grandes campanhas nacionais contra doenças, específicas como a esquistossomose, a doença de Chagas, a raiva humana, a poliomielite, segundo Sabroza, Kawa e Queirós (1995), certamente trouxeram modificações nos padrões de saúde-doença de diversos grupos sociais, até então excluídos das políticas de saúde.

Após um amplo processo de discussão promovido principalmente pelo CEBES e ABRASCO com participação de setores universitários e da população organizada, consagrou-se uma concepção ampla de saúde, garantida pelo Estado; abriu espaço à participação popular; e, foi consenso a necessidade de criação de um Sistema Único de Saúde, coordenado por um único ministério, devendo esta unicidade do comando ser reproduzida nos níveis estadual e municipal (MULLER NETO, 1991; TEIXEIRA, 1989).

Nesta perspectiva, na Constituição Federal promulgada o conceito de saúde é ampliado e passa a ser de relevância pública, cabendo ao Estado regulamentar e normatizar sua execução a partir de um Sistema Único de Saúde (SUS) regionalizado, hierarquizado, descentralizado e com participação popular, se estabelecendo novas relações entre os setores público e privado, sendo este incorporado ao SUS de forma complementar e através de

contratos de direito público. Também se reconhece o papel dos governos locais na provisão de serviços públicos, além de oferecer maior racionalidade e controle social.

A década de 1990 foi marcada por transformações nas condições de saúde da população brasileira, em consequência da acentuação das disparidades sócio-ambientais regionais, caracterizadas pela manutenção da crescente industrialização, particularmente na região Sudeste – embora se observe um fluxo de expansão no sentido das regiões Norte e Nordeste - ao mesmo tempo em que também mantém outras regiões pobres e subdesenvolvidas, principalmente no Norte e Nordeste do país (SANTOS; CÂMARA, 2002).

Os efeitos da globalização e da liberação de mercados no plano social agravam a pobreza, devido aos seus impactos negativos sobre os empregos e garantia dos direitos sociais, gerando a perda de milhares de postos de trabalho, a marginalização crescente de desempregados rurais e urbanos e a ausência de políticas compensatórias (OLIVEIRA, 1999).

O quadro de saúde do país está constituído por três diferentes cenários relacionados com as condições sócio-ambientais. O primeiro revela as doenças cardiovasculares e neoplásicas; o segundo é conformado pelas doenças infecto- parasitárias; e, o terceiro pelas causas externas, onde se incluem acidentes e violências (SANTOS; CÂMARA, 2002).

A mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias ocupa o sexto lugar na população brasileira e, muitas dessas mortes são decorrentes de enfermidades transmitidas por vetores e reservatórios animais, que se tornam nocivos à saúde humana pelas más condições ambientais, decorrentes de ações antrópicas, falta de saneamento básico, ocupação desordenada do solo e invasão dos sistemas naturais por atividades produtivas (SANTOS; CÂMARA, 2002). Uma grande diversidade de riscos socio-ambientais que se refletem no perfil epidemiológico heterogêneo que caracterizam o processo de transição epidemiológica inconcluso (AUGUSTO; FLORÊNCIO; CARNEIRO, 2005).

No tocante à morbidade, o ano de 2000 registra que 63,6% do total de internações decorrente das doenças infecciosas estavam intrinsecamente relacionadas ao saneamento ambiental, sendo que nas regiões Norte e Nordeste esse percentual foi maior (70%) e deveu-se principalmente às hospitalizações por diarreias (BRASIL. Ministério da Saúde, 2002). Essas regiões evidenciam as piores condições de saneamento básico, fornecimento de água e coleta de lixo e grande parte da população sobrevive em palafitas, favelas, casas de sapê e, conseqüentemente com precárias condições de vida (CARVALHO, 1998; 1999).

Tundisi (2006) faz uma análise desse quadro sócio-sanitário procurando relacioná-lo às condições ambientais das regiões hidrográficas e destaca que nas bacias da Região Amazônica, as dos Rios Paraguai e Paraná, assim como do Pantanal Matogrossense, o problema principal é o acesso ao saneamento básico e o tratamento de água de pequenas comunidades. Nas bacias da Região Sudeste e Sul o maior impacto se deve às substâncias tóxicas provenientes de atividades industriais, despejos de resíduos domésticos sem tratamento e o acúmulo de resíduos sólidos que alteram a qualidade do solo decorrente dos resíduos tóxicos, a eutrofização de águas costeiras e de represas, lagos e rios, e a degradação da qualidade da água. Nas bacias da Região Nordeste o problema dominante é de saneamento básico e conseqüentemente as doenças correlatas.

No ano de 2002 ocorrem mudanças governamentais importantes no país em que uma aliança política de esquerda democrática assume o governo federal e no município de Recife. Porém, no estado de Pernambuco permanece a mesma aliança de caráter conservador-liberalista.

Os novos governos situados no campo democrático-popular apontam para a implementação de políticas sociais e para a maior participação da sociedade. Porém a meta de atingir a estabilidade econômica no país tem demandado por contenção de despesas que atingem principalmente as áreas sociais.

O setor saúde depara-se com a necessidade de revisão da oferta de serviços e assume como estratégia fundamental o desenvolvimento de ações básicas, implementadas através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF), como ferramentas para garantir a ampliação do acesso da população aos cuidados de saúde.

Porém, apesar dos avanços político-administrativos alcançados com o SUS, ainda persistem dificuldades para a adequação do modelo assistencial aos princípios e diretrizes constitucionais, com equidade no acesso, integralidade das práticas e a necessidade de incremento da capacidade do Estado para dar suporte às demandas sociais em saúde, com racionalidade no uso dos meios (CONILL, 2002).

Embora que do ponto de vista da legislação, o SUS tenha conseguido avanços, a sua implementação tem refletido o processo de viabilização do projeto neoliberal, que alardeia a necessidade de racionalizar e reduzir os gastos públicos e os investimentos, promovendo o

sucateamento do serviço público, estimulando a privatização e a desestatização. Como resultado dessa política, tem-se o colapso assistencial com degradação de equipamentos, instalações físicas e dos salários, gerando inoperância de ações e serviços.

4.1.2 As Coalizões Presentes no Subsistema

No âmbito do sistema de saúde brasileiro, o Subsistema da Política de Controle de Doenças Transmitidas por Vetores está constituído por atores que no momento de realização deste estudo, se organizavam em duas coalizões distintas: (1) a tradicional químico-dependente, mais forte e integrada às ações do estado brasileiro; e (2) a ecossistêmica, mais jovem e com pouca afinidade com as políticas governamentais.

A coalizão tradicional químico-dependente está constituída por atores oriundos ou representantes de organismos internacionais, particularmente a OMS e a OPAS; da Esfera Federal do SUS, representado pelo Ministério da Saúde e suas secretarias; da Esfera Estadual do SUS, neste estudo representado pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco; do setor privado produtor e distribuidor de medicamentos e inseticidas; e pesquisadores. A coalizão ecossistêmica é composta por alguns setores do Nível Municipal do SUS que no momento desse estudo se encontravam ocupando espaço de decisão política na Secretaria de Saúde do Município de Recife; por pesquisadores; e pela sociedade civil organizada.

O Ministério Público particularmente no âmbito estadual tem assumido o papel de Agente Político Intermediário, tentando compatibilizar as idéias das coalizões e minimizar os conflitos existentes.

A coalizão tradicional químico-dependente tem dominado todo o período da história da política de saúde voltada para o controle de doenças transmitidas por vetores. Desde a sua origem tem recebido o apoio de organismos como as Fundações Ford e Rockefeller, e mais recentemente do Center for Disease Control and Prevention (CDC), do Departamento de Saúde dos Estados Unidos, com seu modelo preventivista que contraria as concepções da medicina social e da saúde coletiva que dominam o pensamento da política de saúde no Brasil.

Apesar dos avanços alcançados com o processo recente de descentralização da execução das ações para os estados e municípios, do arcabouço legal e o vigoroso comprometimento de entes subnacionais, o país ainda mantém uma dinâmica institucional e uma estrutura fundamentadas em ações campanhistas e centralmente planejadas sem a participação ativa da população. Como consequência, essa política não tem obtido resultados satisfatórios, o que pode ser constatado através da persistência, reemergência, reurbanização de enfermidades tidas como controladas, erradicadas ou mesmo contidas em focos limitados no país, como a doença de Chagas, o dengue, malária e a filariose, nas últimas décadas.

Os modelos de intervenção no processo saúde-doença mantêm o conflito entre o ser humano e o ambiente, de forma que este é visto como sendo a fonte e origem dos fatores de risco à saúde, portanto agressor ao homem. Em geral tomam como referência o modelo da história natural das doenças de Levell-Clark, no qual a tríade ambiente, hospedeiro e agente se encontram num mesmo plano, sem hierarquia entre eles. São modelos de caráter fragmentado, com causalidade linear de tipo causa-efeito, e o conhecimento utilizado é unidisciplinar ou multidisciplinar, baseado principalmente na biologia (TAMBELLINI, 2003).

As intervenções para o controle das doenças transmitidas por vetores historicamente tem se pautado por interesses econômicos, com ações direcionadas para a erradicação do vetor e tem obedecido rigorosamente essa lógica. Essas ações concentram-se no uso de meios químicos na tentativa de extinção dos agentes patogênicos ou seus vetores desconsiderando as determinações sociais, políticas, econômicas, culturais e ambientais para o seu desenvolvimento. Nesse processo elegem-se as diversas pragas como as causas dessas endemias, quando se sabe que são também consequências (AUGUSTO; FLORÊNCIO; CARNEIRO, 2005).

Para Sabroza, Kawa e Queirós (1995), as campanhas sanitárias introduzidas no início do século XX eram organizadas sob princípios de rígida disciplina, se dirigiam a problemas focais bem circunscritos no tempo e no espaço e com frequência financiadas pelos interessados em minimizar os efeitos econômicos de certas doenças. Esse modelo apresentava limitações, pois não intervinha sobre as condições de vida dos grupos, nem tampouco sobre a prevalência das enfermidades, devido à cobertura restrita, a descontinuidade do trabalho, a falta de eficácia das medidas de controle até então disponíveis e a dimensão dos problemas. Quadro este que ainda está muito presente nos modelos atualmente implementados no país.

O modelo de intervenção se apoiava principalmente na microbiologia, com a finalidade maior de identificar os agentes patogênicos e seus vetores, com o objetivo de promover ações diretas contra estes “inimigos”, pois:

Impunha-se o controle daqueles agentes biológicos, os quais acreditava-se que impediam a expansão do processo econômico, mediante o desenvolvimento de campanhas sanitárias localizadas, atuando sobre focos, espaços circunscritos. (SABROZA; LEAL 1992).

Tal intervenção se baseia em modelos explicativos simplistas e limitados que consideram a relação direta e linear entre o agente etiológico e o hospedeiro suficiente para explicar o processo de adoecimento, os fatores ecológico-ambientais são apenas contributivos, de natureza física e biológica, e não relacionados com as determinações sociais, econômicas e culturais (MORAES, 1990). Nessa perspectiva, o ambiente é compreendido enquanto espaço físico e não como um processo de interação entre os seres humanos e a natureza.

Contrapondo-se a esse modelo vinculado à coalizão tradicional químico-dependente surge a coalizão ecossistêmica que procura integrar saúde e ambiente com vistas a implementar uma compreensão complexa e antecipar danos por meio da intervenção de promoção da saúde e da qualidade de vida da população.

Propõe um modelo de intervenção no processo saúde-doença no qual o ambiente é visto enquanto um sistema sócio-ecológico, complexo, constituído por diversos componentes (sociais, culturais, históricos, políticos, econômicos, biológicos, físicos, químicos, ecológicos) que estão hierarquicamente organizados. O ser humano é compreendido pelo seu componente sócio-político e se reconhece o fluxo das relações sociais nele presente. (TAMBELLINI, 2003). A intervenção toma como referência “a possibilidade de formação de redes sociais interativas, da promoção de sociedades saudáveis em ecossistemas sustentáveis e de atuação integrada da saúde em seu nível individual e coletivo”. (AUGUSTO, 2005, p. 24).

Trata-se de uma retomada da preocupação com os efeitos na saúde provocados pelas condições ambientais que coincide com a história da humanidade e remontam à antiguidade, quando problemas relacionados aos humores, os miasmas, sujeiras e odores eram considerados os responsáveis pelo aparecimento de doenças.

Esta preocupação mais vinculada aos aspectos ambientais foi obscurecida pela era pasteuriana. A partir da Revolução Industrial, o rápido crescimento das cidades associado ao processo de industrialização passou a incidir nas condições de vida e trabalho da população e

o ambiente compreendido como um objeto de intervenção. Nesse momento histórico, o saneamento e o controle de vetores constituíram as principais estratégias de intervenção sobre as condições sanitárias (FREITAS, 2003). No entanto, estas medidas tinham claramente objetivos mais voltados para a manutenção ou consolidação de um mercado emergente, do que para as questões de saúde e qualidade de vida.

Diante da crise ambiental e seu impacto negativo no desenvolvimento humano e na saúde, esse tema tornou-se prioritário nos diferentes países. A partir do terço final do século XX importantes eventos organizados pela Organização das Nações Unidas (ONU) deram início a políticas de governança global para enfrentamento dos graves problemas ambientais, a exemplo da Conferência de Estocolmo, em 1972, e a Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento (CNUMAD), no Rio de Janeiro em 1992, consideradas marcos históricos na construção de conceitos como desenvolvimento sustentável e cidade saudável que internalizam uma concepção ampliada de saúde e ambiente.

No âmbito do setor saúde brasileiro, impulsionou-se a construção do campo de Saúde Ambiental enquanto uma estratégia de ação basicamente preventiva e participativa, que reconhece o direito do ser humano de viver em um ambiente saudável e adequado, e a ser informado sobre os riscos do ambiente em relação à saúde, bem-estar e sobrevivência. A principal responsabilidade desse campo se relaciona à proteção, conservação e recuperação do ambiente e da saúde (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002a; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1999a).

Seu objetivo primordial definido foi o de alcançar as melhores condições de saúde e qualidade de vida dos cidadãos, através da proteção do ambiente e do fortalecimento das comunidades no âmbito da sustentabilidade local. Como objetivos específicos propõe-se a: contribuir para a construção de cidades saudáveis; fortalecer a capacidade de gestão ambiental dos governos, estabelecendo um nível de gestão ambiental que inclua todos os atores sociais; fortalecer a sociedade para alcançar a sustentabilidade ambiental, econômica e social; facilitar uma maior interação entre o setor público e a sociedade civil com vistas ao desenvolvimento sustentável (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002a).

Como uma ação governamental, tomava como base os princípios constitucionais preconizados para o Sistema Único de Saúde, com ênfase na participação comunitária e na organização social, além da prevenção e proteção ambiental, a partir do desenvolvimento da

solidariedade, da equidade, da Integralidade e do respeito à diversidade. Dessa maneira, apresenta como características fundamentais a descentralização das ações, que devem ser prioritariamente implementadas de forma intersetorial e interdisciplinar, através de uma co-gestão público-privada e autogestão, sob uma coordenação em rede, que priorize a autonomia e garanta a eficiência.

Nesse sentido, as ações deveriam estar voltadas para a proteção, à recuperação e a promoção. A proteção é entendida como vigilância em saúde, que abrange a Vigilância Sanitária – responsável pela vigilância de produtos e serviços, a Vigilância Ambiental – relativa a fatores físicos, químicos e biológicos do ambiente que interferem na saúde do homem e a Vigilância Epidemiológica, relacionada com os agravos e as doenças e com as populações. A recuperação da saúde, por sua vez, trata das questões diretamente relacionadas com a assistência aos indivíduos e é realizada através de procedimentos preventivos e curativos, em regime de confinamento ou em contato institucional intra e extramuros.

A promoção deve ser implementada a partir do desenvolvimento de políticas públicas saudáveis, da criação de ambientes saudáveis, fortalecimento da ação comunitária, do desenvolvimento de habilidades pessoais e da reorientação dos serviços de saúde. Processo através do qual a população se capacita e busca os meios para controlar os fatores que favorecem seu bem-estar e as situações de risco que a tornam vulnerável ao adoecimento e prejudicam a sua qualidade de vida. Além de evitar doenças e prolongar a vida, assegurar meios e situações que ampliem a qualidade de vida “vivida”, ou seja, a capacidade de autonomia e o padrão de bem-estar que, por sua vez, são socialmente e politicamente definidos (BRASIL. Ministério da Saúde, 1996b).

Entretanto, é importante destacar que a construção de um sistema de vigilância ambiental em saúde requer a aplicação de um modelo que considere os contextos sócio-ambientais em que se localizam os fatores de risco, do monitoramento a partir das bases de dados, a construção de indicadores e da introdução de abordagens qualitativas (AUGUSTO; FLORÊNCIO; CARNEIRO, 2005). Essa compreensão é fundamental para a construção da vigilância ambiental em saúde que “pode ser definida como uma estratégia para identificação de situações de risco ou perigos no ambiente que possam causar doenças, incapacidades e mortes com o objetivo de alcançar a remoção ou redução da exposição a estas situações de risco”. (CÂMARA, 2002).

Esse conceito toma como referência a concepção de Vigilância Epidemiológica que, conforme apresenta a Lei Orgânica de Saúde corresponde:

Ao conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção e prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos. (BRASIL, 1990).

Imbuídos desse referencial, o Ministério da Saúde define que a vigilância em saúde ambiental:

Configura-se como um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do ambiente que interferem na saúde do homem, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco e das doenças ou outros agravos à saúde relacionados ao ambiente e às atividades produtivas. (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002a).

A operacionalização das ações de saúde e, particularmente, aquelas relacionadas à vigilância em saúde ambiental, foram impulsionadas por algumas mudanças estruturais da política de saúde ocorridas na década de 1990.

Ainda no início da década, em 1991, a necessidade de racionalizar a gestão do SUS no âmbito federal culminou com a reorganização administrativa deste ministério e criação da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), através do Decreto n.º 100/91– SUS (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1991a), a partir da junção de vários órgãos do Ministério da Saúde, como a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), a Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP), o Sistema de Dados da Previdência (DATAPREV), doravante denominado Sistema de Dados do SUS (DATASUS), a Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde (SNABS), a Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde (SNPES) e, Projetos específicos de Saúde do Índio, antes subordinado à FUNAI (BRASIL. Ministério da Saúde, 1991b).

A FUNASA passa a centralizar as atividades que eram de responsabilidade dos órgãos extintos dentre as quais se destacam as de controle de doenças particularmente aquelas transmitidas por vetores, assim como a implementação e operacionalização de sistemas de saneamento básico. Entretanto, com base nos referenciais constitucionais que regulam o SUS, a partir de 1992 cresce a mobilização pela descentralização dessas ações para a esfera municipal, concretizados com a celebração de convênios com as prefeituras.

Esse movimento teve como suporte legal a Norma Operacional Básica do SUS (NOB/92), publicada pela Portaria nº. 232, de 07 de fevereiro de 1992 (BRASIL. Ministério da Saúde, 1993), com o objetivo de normatizar a assistência à saúde no SUS e a forma de transferência de recursos para estas ações nos níveis ambulatorial e hospitalar.

Esta NOB/92 desencadeou o processo de descentralização da gestão, definindo mecanismos de gestão intermediários para as três esferas do governo que foram classificados conforme a condição de gestão criada, em: insipiente, parcial e semi-plena. Também instituiu as formas de repasse automático de recursos para estados e municípios; e são constituídas as Comissões Intergestores Bipartites (de âmbito estadual) e Tripartite (de âmbito nacional), como importantes espaços de negociação e pactuação entre gestores.

A norma não faz qualquer menção às ações de caráter coletivo, de prevenção e promoção da saúde. O controle de endemias, particularmente as de transmissão vetorial permaneceram majoritariamente centralizadas no âmbito federal, porém pressionada pelos princípios e diretrizes do SUS, aprovados na Constituição de 1988, que orientam a descentralização, a partir de 1992, a Fundação Nacional de Saúde deu início ao repasse de algumas ações de controle através de convênios com Prefeituras Municipais.

Em setembro de 1996 ocorreu a X Conferência Nacional de Saúde cujo relatório final defende a plena implementação do SUS, com qualificação das ações e a adequação dos serviços à atenção integral à saúde através de mecanismos de gestão e organização que permitam a efetivação do processo de descentralização e da municipalização.

Logo após a X CNS, o Ministério da Saúde aprovou a NOB-SUS 01/96, “Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão” (BRASIL. Ministério da Saúde, 1997). A partir dessa NOB o processo de descentralização ganha força e começa a se tornar mais evidente. Esta Norma redefiniu os papéis de cada esfera de governo, com novas formas de gestão para estados (Gestão avançada do sistema estadual e Gestão plena do sistema estadual) e municípios (Gestão plena da atenção básica e Gestão plena do sistema municipal) e, novos mecanismos de transferência de recursos.

Para regulamentar e possibilitar a operacionalização da NOB-SUS 01/96, em dezembro de 1999 foram publicadas duas Portarias. A primeira, Portaria GM/MS n.º 1.399, de 15 de dezembro, regulamentou a Área de Epidemiologia e Controle de Doenças, inclusive no que se refere ao financiamento, criando o Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de

Doenças (TFECD) como forma de incentivar estados e principalmente municípios a assumirem a responsabilidade por tais atividades. A segunda, Portaria FUNASA nº 950, de 23 de dezembro define os valores anuais *per capita* e as formas de transferências diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estadual e Municipal de Saúde.

A partir do ano de 2000, começa o processo de estruturação formal da vigilância em saúde ambiental, quando o Ministério da Saúde estabeleceu que a gestão do sistema nacional de vigilância ambiental em saúde seria uma atribuição do CENEPI (Centro Nacional de Epidemiologia) e cria a Coordenação Geral de Vigilância Ambiental em Saúde (CGVAM), através do Decreto n.º 3.450 de 10 de maio de 2000, cujas competências foram definidas nos artigos 92, 93 e 94 da Portaria nº 410 de 10 de agosto de mesmo ano.

Nesse mesmo período se organiza no âmbito da ABRASCO o Grupo de Trabalho de Saúde e Ambiente (GT-Saúde e Ambiente) que contou com o apoio da CGVAM/CENEPI/Ministério da Saúde. O GT teve como principal produto a elaboração do documento “Subsídios ao Plano Diretor Para o Desenvolvimento da Área Saúde e Ambiente no Âmbito do Sistema Único de Saúde” (OFICINA PRÉ-CONGRESSO DO GRUPO TEMÁTICO DE SAÚDE E AMBIENTE [do] CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 2003). Este foi apresentado para debate durante o VII Congresso da ABRASCO¹⁹ quando contou com representantes dos Ministérios da Saúde, do Meio Ambiente e das Cidades.

A organização das ações de vigilância em saúde ambiental no âmbito do SUS foi reforçada com a formalização do Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde (SINVAS), por meio da Instrução Normativa Nº. 1, de 25 de Setembro de 2001, que regulamenta a Portaria MS n.º 1.399, de 15 de dezembro de 1999, no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de vigilância ambiental em saúde.

A reorganização desse sistema previa a atuação na vigilância e controle dos fatores de riscos biológicos, desmembrada em três subáreas de agregação: vetores, hospedeiros e animais peçonhentos; e na vigilância e controle de fatores de riscos não biológicos, desmembrada em três subáreas: água para consumo humano, contaminantes ambientais e

¹⁹ Congresso realizado no período de 29 de Julho a 02 de agosto de 2003, em Brasília.

desastres naturais e acidentes com produtos perigosos (CÂMARA, 2002; FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002a).

Esse novo desenho organizacional reorientou o conjunto de ações no sentido da integração entre saúde e ambiente. Entretanto, apesar dos evidentes avanços conceituais no campo da saúde ambiental, ele adota um modelo simplista de intervenção, cujas ações direcionam-se principalmente para o agente causal e para o doente, mantendo uma relação de causa e efeito.

Em 2003 aconteceu nova reorganização do Ministério da Saúde com a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde e extinção do CENEPI, cujas ações passaram a incorporar a nova Secretaria.

A organização dessa Secretaria conta com o **Departamento de Vigilância Epidemiológica**, que cuida principalmente das doenças transmissíveis, e, por conseguinte, coordena o Programa Nacional de Eliminação da Filariose Linfática, através de um setor informal denominado de ‘Coordenação de Controle de Endemias Focais’; o **Departamento de Análise de Situação de Saúde**, que como o nome está dizendo faz a análise de saúde e também estão incluídas as doenças não-transmissíveis, como as crônico-degenerativas, as violências; a **Diretoria Técnica de Gestão**, que cuida da relação de descentralização com os estados e municípios, cuida da relação da descentralização de recursos, e também estão incluídos dentro dessa diretoria o Programa Nacional de Controle de Dengue e o Programa Nacional de Controle de Malária; a **Diretoria Técnica do Programa Nacional de DST/AIDS**; a **Coordenação Geral de Desenvolvimento de Epidemiologia em Serviço – CGDEPI**, que cuida dessa relação com a academia, de cursos, de pós-graduações; e a **Coordenação Geral de Vigilância Ambiental em Saúde (CGVAM)**.

Em 2005 ainda como parte de sua reorganização, a Secretaria de Vigilância em Saúde publica a Instrução Normativa nº. 1 que regulamenta a Portaria nº. 1.172/2004/GM, no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal na área de vigilância em saúde ambiental.

Altera-se a denominação anterior da CGVAM que agora passa a chamar-se Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental e define o Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental – SINVSA que:

Compreende o conjunto de ações e serviços prestados por órgãos e entidades públicas e privadas, relativos à vigilância em saúde ambiental, visando o conhecimento e a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de promoção da saúde ambiental, prevenção e controle dos fatores de riscos relacionados às doenças e outros agravos à saúde. (BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2005).

Nessa nova orientação ficam suprimidos os fatores de risco biológicos, antes integrantes do sistema, e explicita sua responsabilidade com os fatores físicos e o ambiente de trabalho, definindo o seu campo de ação nas áreas de: água para consumo humano; ar; solo; contaminantes ambientais e substâncias químicas; desastres naturais; acidentes com produtos perigosos; fatores físicos; e ambiente de trabalho.

Conforme relato de um gestor federal, a CGVAM estava com alta demanda na área de controle de riscos biológicos, em detrimento de outras que necessitavam ser desenvolvidas:

Certamente nós teríamos uma demanda enorme nessa área marcando a nossa agenda e nós teríamos uma dificuldade muito grande de poder estar deslanchando novas áreas, que são exatamente as áreas que precisariam estar sendo desenvolvidas, a exposição humana a químicos, a questão da poluição do ar, a questão dos solos contaminados, a questão do monitoramento adequado da qualidade da água, entre outros... desastres, avaliação de risco à saúde relacionado a desastres. Então o que nós formatamos, sem prejuízo da conceituação da vigilância em saúde ambiental ser abrangente, e do ponto de vista da organização daqui do Ministério, foi de dar a CGVAM a cara de membro dessa nova agenda. Então foi esse mais ou menos o racional, a lógica que fez com que a gente caminhasse nesse sentido. (Informação verbal)²⁰.

Nessa nova conjuntura, as ações de controle de doenças transmitidas por vetores passam a ser gerenciadas diretamente pelos setores específicos da Secretaria de Vigilância em Saúde.

Ao criar o Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental, os anteriormente denominados subsistemas de controle de riscos, na proposta anterior, passam a ter a denominação de programas, desconfigurando assim, uma compreensão conceitual da CGVAM de que essas ações deveriam ter um caráter permanente de intervenção, conforme destaca um dos gestores entrevistados:

A minha discordância é porque a gente sabe que programa é uma coisa ultrapassada dentro da saúde pública, tem uma característica mais pontual, e não é essa a proposta, o nosso pensamento é que ele seja sistêmico, desde os

²⁰ Entrevista com G6.

níveis hierárquicos até a sua forma de atuação. Então, na minha visão ele não poderia ser tratado como programa, porque dentro da saúde pública, eu entendo os programas como uma coisa muito mais pontual, direcionada para algo que se quer começo, meio e fim, e a proposta da (saúde) ambiental é que a gente teve um começo, mas ela é contínua e é permanente. (Informação verbal)²¹.

Na esfera estadual, especificamente na Secretaria de Estado da Saúde de Pernambuco (SES), o modelo de estrutura organizacional das ações proposto anteriormente pelo Ministério da Saúde para a vigilância ambiental, foi absorvido como base para a organização da vigilância em saúde que se organiza em fatores de risco biológicos e não biológicos, conforme registro de um gestor entrevistado:

Aqui na SES a gente estruturou da seguinte forma: tem uma Gerência Geral de Vigilância em Saúde e tem quatro subáreas: tem a Vigilância da Qualidade da Água, a Vigilância de Vetores, tem a Vigilância de outros fatores biológicos que são ar e solo; e tem uma de Zoonose. Então ficaram duas na área de controle de Fatores Biológicos e duas na área de controle de Fatores Não-biológicos. (Informação verbal)²².

No âmbito municipal, especificamente em Recife, os gestores relatam que as ações relacionadas ao controle de riscos ambientais, dentre os quais as doenças transmitidas por vetores integram o Programa de Saúde Ambiental que é descentralizado para os Distritos e procura a intersetorialidade e a universalidade através da territorialização:

Desde 2001 para cá, todas as ações de controle de vetores, as ações relacionadas aos fatores de risco ambientais acontecem no contexto do Programa de Saúde Ambiental porque é uma forma nova que o Recife encontrou de trabalhar os fatores de risco ambientais, sejam eles de ordem não biológicas ou biológica, dentre eles os vetores, e trabalhar de forma integrada esses fatores de risco. É um programa descentralizado, ou seja, a coordenação do programa e o planejamento de fato acontecem no nível dos distritos sanitários, ele é um programa que tem como um dos princípios a intersetorialidade e outra característica é o caráter de territorialização, que na verdade é o que garante a universalidade do programa. (Informação verbal)²³.

O que se tem as ações de controle desses vetores desenvolvidas no âmbito da saúde ambiental. A gente não tem isoladamente o programa de controle da dengue, mas tem o controle do vetor como uma estratégia, uma ação de rotina dentro do Programa de Saúde Ambiental. (Informação verbal)²⁴.

Esse programa tem como agente principal o Agente de Saúde Ambiental-ASA, cujas ações se baseiam no Mapa de Riscos Ambientais relacionados à saúde. O ASA é identificador

²¹ Entrevista com G14.

²² Entrevista com G4.

²³ Entrevista com G9.

²⁴ Entrevista com G17.

dos fatores de riscos ambientais, mas conta com o Agente Operacional de Apoio-AOA, que dá suporte na realização das atividades.

Para o gestor municipal os programas de Agentes Comunitários de Saúde -PACs, de Saúde da Família - PSF e de Saúde Ambiental -PSA trabalham juntos mas com ações distintas e se busca a intersetorialidade através do intercâmbio com os demais setores do município, sendo que a Saúde é o identificador do problema e deve ir buscar a solução. A intersetorialidade está em construção e os Fóruns distritais e Fórum do nível Central são espaços para a construção da intersetorialidade real e não burocrática:

Nos locais onde existem os três programas, PACs, PSF e PSA, veja, cada agente deste tem objetos bem distintos, bem diferenciados. Todos têm por objetivo final a promoção e proteção da saúde, mas enquanto o agente comunitário de saúde trabalha os indivíduos, a família, o agente de saúde ambiental trabalha o imóvel, o perimóvel, o extraperimóvel. Porém naquilo que se refere às ações educativas, todas as questões dos fatores de riscos ambientais têm uma relação muito estreita com hábitos, com questões culturais, cuja intervenção nesses casos se dá por ação educativa e nessas eles trabalham juntos. Sempre que existem ASA e ACS numa mesma área, esses trabalhos de mobilização comunitária, de educação, no máximo possível eles fazem juntos [...] Um dos princípios fundamentais do programa, e ele só tem sucesso se isso acontecer, é de ser intersetorial. A gente deixa isso bem claro, o programa de saúde ambiental é um programa que foi proposto pela saúde, é coordenado pela saúde, mas ele é um programa da prefeitura, porque quem são os executores, além da saúde, estão os outros segmentos como a Secretaria de Saneamento, e Empresa de Limpeza Urbana-ENLURB, a Coordenadoria de Defesa Civil, Secretaria de Educação, DIRCON, todos esses são segmentos que são executores do programa. (Informação verbal)²⁵.

Os gestores destacam a importância da relação entre saúde e ambiente, exemplificando como as ações desenvolvidas na cidade do Recife se apresentam intrinsecamente vinculadas às características sócio-ambientais e de infra-estrutura urbana, o que dificulta o desenvolvimento das ações e as tornam mais complexas

Só que a gente tem um problema concreto na cidade do Recife que é a intermitência no fornecimento de água. A gente vive numa zona de grande dificuldade de controle vetorial que se repercute mais no controle do *Aedes aegypti*. Já no controle do *Culex* a gente tem um problema estrutural na cidade do Recife que é a falta de saneamento básico. Então tanto para o controle de um vetor como de outro, a gente se depara com situações bem particulares da cidade do Recife que torna de extrema complexidade a ação de controle do *Culex* e do *Aedes aegypti*. (Informação verbal)²⁶.

²⁵ Entrevista com G9.

²⁶ Entrevista com G18.

Recife está abaixo do nível do mar, com inúmeras favelas, com uma quantidade de água contaminada muito grande, o que favorece ao *Culex quinquefasciatus* que gosta desse tipo de água, quanto mais suja melhor, diferentemente do *Aedes*, aí ele encontra um paraíso. Têm-se áreas de favela muito grande e que tem dificultado isso. Eu acho que com a questão da filariose também passa por isso, é uma questão de saneamento muito profunda. (Informação verbal)²⁷.

A gente não acredita que tratar os doentes sem tratar o ambiente vai resolver. E daí a OPAS está olhando com outra visão o Programa de Recife, porque em nenhum outro lugar está sendo feito assim. Se a gente começa a ter bons resultados é possível que sirva de exemplo para outros países. Não é barato. É muito mais fácil você pegar e sair jogando DEC para o povo e pronto. Mas a gente quer trabalhar em cima de uma visão epidemiológica e ver o homem como um ser integrante do ambiente é muito mais rico. E tem outra questão, a filariose é uma doença crônica transmitida por um vetor e quando você diminui a parasitemia tanto no homem quanto no vetor você corta a transmissão. Mas no helminto isso não ocorre, porque você dá o medicamento hoje na semana que vem ele se reinfesta. Você só corta a transmissão com saneamento. (Informação verbal)²⁸.

E o gestor federal destaca que essa proposta tem recebido seu apoio com a mobilização de recursos para o desenvolvimento de ações voltadas para o saneamento ambiental:

Então nós repassamos recursos específicos para fazer intervenção ambiental, particularmente com ações de recuperação de fossas, tapar fossas que estavam quebradas etc, limpeza de canais, e ao mesmo tempo um mapeamento de áreas, de microáreas, onde se tem alta incidência e nessa microárea fazer o tratamento em massa (para o controle da filariose). (Informação verbal)²⁹.

Uma das estratégias utilizadas pelo município no Programa de Saúde Ambiental é o controle dos vetores com a utilização de métodos biológicos, mecânicos e não químicos. Entretanto, estas ações só foram introduzidas no município a partir de uma decisão política de governo que abriu um difícil processo de negociação com o Ministério da Saúde. E, mesmo não sendo estratégia prioritária do Programa Global de Eliminação da Filariose, também passou a compor o Plano Nacional de Eliminação dessa doença e está sendo observado pela comunidade internacional como possibilidade de servir de modelo para intervenções futuras em outros países:

A gente vem trabalhando com larvicidas biológicos para o controle do *Culex* e o do *Aedes*, a partir da constatação de resistência do vetor [...] Desde 2002, no auge da epidemia, a gente fez uma negociação com o Ministério, e não foi uma negociação fácil, para que a gente passasse a utilizar os

²⁷ Entrevista com G4.

²⁸ Entrevista com G2.

²⁹ Entrevista com G8.

larvicidas biológicos, Bti, BTg. Essa é uma vertente da ação da gente: trabalhar fundamentalmente na eliminação mecânica do vetor e na eliminação através de larvicidas biológicos. O controle químico a gente utiliza em situações extremamente particulares. (Informação verbal)³⁰.

Se nós observarmos no Plano Global de Eliminação das Filariose Linfáticas, nós vamos perceber que eles apontam dois caminhos, um é a assistência ao paciente e o outro o tratamento com drogas filaricidas, mas em nenhum momento se percebe o controle do vetor como sendo uma estratégia dentro do plano global. Essa foi uma decisão do Recife, nessa gestão, em se trabalhar o controle do vetor, e foi exatamente Recife que puxou essa questão do controle do vetor e isso consta hoje no plano nacional de eliminação da filariose bacroftiana no nosso país (Informação verbal)³¹.

A OPAS tem nos pedido continuamente que essa proposta seja mostrada em outros países porque ela inovou a fazer mais ampla, integrada e uma aplicação mais racional da inteligência epidemiológica. (Informação verbal)³².

A dificuldade de negociação com o governo federal também foi identificada por um dos pesquisadores que destaca que ‘o diálogo é difícil’ na questão da introdução de controle biológico de vetores:

Agora é importante dizer que a nível do programa nacional há uma barreira quase intransponível. Realmente o diálogo é difícil [...] Essa questão se arrasta, mas o que a gente pode perceber, e isso é bastante claro, é que há uma reticência, continua a haver no nível federal, uma reticência ao uso do larvicida biológico e sempre o desejo de voltar a usar totalmente o temefós. (Informação verbal)³³.

Apesar das conquistas da coalizão ecossistêmica na implementação das ações na esfera municipal, as concepções da coalizão tradicional químico-dependente persistem de maneira bastante fortes, como pode ser visualizado na fala de alguns pesquisadores quando apontam que o modelo de controle do dengue deixa evidente o fracionamento da ciência e a dicotomia entre o discurso da reforma sanitária e a prática institucional:

São programas feitos de forma muito cartesiana, se isso é inseticida, se colocando inseticida mosquito morre, então coloca inseticida e pára aí. E a coisa é mais complexa. (Informação verbal)³⁴.

O modelo de controle do dengue ele é muito interessante para demonstrar um problema da saúde pública no sentido da sua prática, havia uma clara desconexão entre o discurso da reforma sanitária e todo o avanço no arcabouço jurídico-institucional com as práticas na saúde pública. A questão do dengue é excelente para mostrar que há um fracionamento do

³⁰ Entrevista com G18.

³¹ Entrevista com G17.

³² Entrevista com G8.

³³ Entrevista com P5.

³⁴ Entrevista com P8.

conhecimento na saúde pública, que é o mesmo problema que sofre a ciência de um modo geral, e também deu para perceber que há uma reprodução na forma de fazer pesquisa, uma reprodução de um tipo de ciência que apenas reforça essa prática dicotomizada, fracionada, reducionista, com muito poucos estudos que buscam dar uma abordagem sistêmica, complexa e interdisciplinar. (Informação verbal)³⁵.

Para outros, parece haver uma crença de que o modelo de controle adotado pela coalizão tradicional químico-dependente não considera as críticas apresentadas pela produção de conhecimentos novos e é aceito como a única alternativa, o que é apoiado por disciplinas como toxicologia e epidemiologia, de inferência monocausal:

Em muitos momentos me parece que há um comportamento desse tipo: É uma doutrina de fé e isso não se discute. Embora o conhecimento científico avance, prove, comprove, demonstre, há uma dificuldade em mudar essa doutrina de fé em todos os níveis e inclusive na Organização Mundial de Saúde. (Informação verbal)³⁶.

Outro aspecto que eu acho mesmo, é que há uma crença de que esse modelo é viável, há uma crença de que é o único caminho, e há inclusive certo apoio científico de algumas disciplinas como a toxicologia e a própria epidemiologia, no sentido em que alimentam esse modelo. [...] A gente volta ao mesmo ponto de que ao escolher, por uma razão política, esse programa ele é sustentado por informações técnico-científicas que por sua vez se originam de um modelo de inferência da causalidade monocausal. (Informação verbal)³⁷.

Essa questão também é abordada por um dos pesquisadores ao destacar que no modelo hegemônico, desvia-se o foco de atenção das questões ambientais para os mitos em torno do controle do mosquito, como por exemplo, a orientação dada em determinado momento, para que a população quebrasse as cascas de ovos pela possibilidade de reprodução do inseto na água acumulada em seu interior, quando os principais criadouros permaneciam sem nenhuma intervenção concreta:

Essa mitologia e esse folclore e o mal que isso pode causar, porque eu imaginei a população de Recife, que come muito ovo todo dia...E na porta da casa do indivíduo estava lá uma bruta poça de água cheia de *Aedes*. [...] o mosquito não se reproduz em lixo, se reproduz em água e a contribuição dos criadouros do lixo se torna muito pequena quando comparada com os criadouros normais que existem. Ele se reproduz na casca de ovo, mas qual é a contribuição populacional, quantos mosquitos vão ser capazes de nascer daquela casca de ovo que deve ficar por 10 dias com aquela água, que é o

³⁵ Entrevista com P6.

³⁶ Entrevista com P5.

³⁷ Entrevista com P6.

tempo necessário para um ciclo biológico de 10 dias, aquela casca de ovo permanecer ali. (Informação verbal)³⁸.

Isto também pode ser evidenciado a partir da fala de um gestor federal que identifica que esse modelo que integra as questões ambientais não é o ponto mais relevante no controle da filariose, pois segundo as orientações do Programa Global de Eliminação implementado pela OMS, a estratégia recomendada prioriza o tratamento em massa e não coloca o controle ambiental como prioritário, embora o considere importante e eficaz, porém de custo elevado e operacionalização difícil:

Mas na verdade, a estratégia recomendada não coloca isso como o mais importante, coloca como importante, mas a prioridade maior é o tratamento em massa, pelo fato de ser mais eficiente, mais factível, mais barato. O controle ambiental, o controle de vetores, se pudessem ser realizado em larguíssima escala e de forma sustentável teoricamente seria até mais eficiente, porque controle vetorial, nos modelos matemáticos lá surge como uma medida que tem capacidade de corte de transmissão muito mais eficaz e abrupto do que o tratamento de pessoas ou o tratamento de portadores. Teoricamente é, agora o problema é na dificuldade e no custo da aplicação. O que atua mesmo é o tratamento assíduo e completo. O diagnóstico em larga escala e mais rápido é uma estratégia de identificar os portadores, mas o tratamento mesmo a gente atribui que seja esse o tratamento de quase todas as pessoas que são infectadas, e repetidamente. (Informação verbal)³⁹.

Aqui se evidenciam dois aspectos importantes. Primeiro, que os atores da coalizão tradicional químico-dependente compartilham das mesmas idéias. Segundo, que há uma tendência dos gestores em seguirem as orientações preconizadas pelos organismos internacionais, como a OMS e OPAS.

Com relação a esse aspecto, alguns pesquisadores criticam o fato de que as idéias difundidas por esses organismos internacionais sejam a base de sustentação do discurso oficial no plano nacional. E, destacam ainda que essas organizações definem suas concepções com base em trabalhos científicos produzidos por determinada corrente pensamento, que por sua vez está constituída por pesquisadores que também têm interesses pessoais:

A OMS passou a ser a panacéia e tudo o que se quer fazer se diz que tem o apoio da OMS e a OMS não é infalível, ela é formada por indivíduos também, alguns cientistas e alguns não-cientistas também, alguns com interesses comerciais e outros sem interesse comercial, e não é porque o inseticida químico não causa mal nenhum que eu vou utilizá-lo. [...] Numa dessas reuniões do Ministério da Saúde, um técnico da OMS defensor sistemático do inseticida químico porque ele fazia parte de um grupo que produzia inseticidas químicos, mas ele é da OMS, é assessor da OMS, ele dá

³⁸ Entrevista com P2.

³⁹ Entrevista com G10.

diretrizes e esse indivíduo, tenho certeza absoluta que não vai dizer que o inseticida não serve, porque tem seus interesses.(Informação verbal)⁴⁰.

A OMS diz que está liberado para consumo humano e isso abençoa o produto e dá aos gestores esta confiança de que ele não é danoso para a saúde humana, apesar de todas as pesquisas, e não são poucas, que demonstram que a exposição continuada e prolongada a organofosforados mesmo em baixíssimas doses têm conseqüências crônicas sobre o sistema imunológico, sobre o sistema muscular, sobre o sistema nervoso.(Informação verbal)⁴¹

Acrescenta-se ainda o fato de que esses organismos internacionais elaboram suas propostas de forma ampla, para que possam ser aplicados globalmente, sem considerar os contextos locais. Este fato aparece na fala de um pesquisador e é confirmado por um gestor do Ministério da Saúde, que exemplifica com o problema do controle da filariose no país:

Na tradição do controle de endemias, de doenças infecto-parasitárias, há normatizações internacionais, então particularmente a Organização Mundial da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde, elas reúnem experts e fazem normativos que os países membros seguem de maneira quase que, só ajustando coisas muito pequenas. Esses programas, se você for examinar, eles são muito parecidos em todos os países, na África, na Ásia ou na América Latina, eles são muito parecidos. A gente vê que esses experts fazem programas que têm que caber em todos os países, desconsiderando os contextos de cada país. (Informação verbal)⁴².

“No caso da filariose eu acho que hoje há a necessidade de um debate técnico que foi interessante, porque havia a recomendação da Organização Mundial de Saúde, que eu e várias pessoas aqui no Brasil achávamos que não era adequada a sua implementação sem que houvesse uma necessária revisão, porque a Organização Mundial de Saúde às vezes tem que fazer uma recomendação que seja possível de aplicação em vários cenários, inclusive cenários, como por exemplo, na África, onde o acesso a serviços de saúde é muito precário. (Informação verbal)⁴³.

A coalizão tradicional químico-dependente utiliza ferramentas oriundas da toxicologia para impor as suas idéias de utilização do controle químico, como o monitoramento de resistência de produtos químicos pelos insetos e o conceito de segurança química dos produtos utilizados.

De um lado, na opinião do gestor federal, a disponibilização para os municípios do Temephós (controle químico) e do Bti (controle biológico) pelo Ministério da Saúde faz parte de uma estratégia de monitoramento de resistência. Reforça-se a idéia de que o Temefós tem registro formal, a idéia de que a sua recomendação pela OMS lhe garante a segurança

⁴⁰ Entrevista com P2.

⁴¹ Entrevista com P5.

⁴² Entrevista com P6.

⁴³ Entrevista com G8.

química, e que a mudança do inseticida químico para o biológico é feita quando há resistência química comprovada e não por questão ideológica. Enfatiza-se que os produtos que o Ministério da Saúde adquire e permite a utilização são seguros, independentemente de serem químicos ou biológicos:

Nós somos taxativos e contrários quando o município quer utilizar outra formulação de inseticida que não é a que o Ministério da Saúde está usando exatamente por isso. O Ministério disponibiliza para os municípios o Temephós, o Abate, por exemplo e o inseticida biológico que é o Bti. Só que nós disponibilizamos dentro de uma estratégia que nós temos de monitoramento de resistência. [...] O temephós embora seja um larvicida químico, é um larvicida que tem registro, que é recomendado pela Organização Mundial de Saúde, etc, etc. [...] Nós não fazemos a mudança de um inseticida químico para o biológico por uma questão ideológica, nós fazemos a rotação de inseticida quando se tem o problema da resistência química comprovada, o que é uma limitação que nós temos. [...] Agora o que eu acho é o seguinte, se usa larvicida químico é porque há uma recomendação técnica, se usa o biológico é também porque há outra recomendação técnica. Porque sendo químico ou biológico, se o Ministério da Saúde adquiriu é porque é um produto seguro e que pode ser utilizado conforme está preconizado. (Informação verbal)⁴⁴.

No entanto, para um dos pesquisadores o monitoramento da resistência faz parte de uma estratégia do nível nacional para se retornar ao controle químico:

Para isso se fez um programa de monitoramento da resistência, inclusive de estudos para saber se ela se reverte e possa voltar a usar, naqueles locais onde se usa o Bti, se possa voltar a usar o Temefós. (Informação verbal)⁴⁵.

Outro pesquisador aponta que, no âmbito da saúde pública, determinadas ferramentas, como os inseticidas químicos, são utilizadas com base na idéia de menor risco, e desse modo há um processo de acomodamento em que não são realizados estudos de impacto para o ambiente e a saúde humana, não se gera dados sobre o risco e por sua vez a população não é informada:

A gente sabe que a saúde pública, por estar lidando com potenciais situações de epidemia, até com certa chantagem, existe uma reserva para a saúde pública de utilizar determinadas ferramentas, inclusive os produtos químicos para atuar em situações de epidemia e diante dessas situações ninguém questiona a nocividade desses produtos, então fica um mal menor. Esse mal menor fica sendo um risco socialmente aceitável. Só que esse socialmente aceitável não é bem assim, porque na verdade a saúde pública não incorpora nos seus estudos a avaliação de impacto nem para a saúde humana e nem para o ambiente, então não se tem essas informações porque elas não são geradas. Então fica um acomodamento. E também se oculta de alguma

⁴⁴ Entrevista com G5.

⁴⁵ Entrevista com P5.

maneira o risco, porque parte-se do pressuposto de que não há um risco, não se investiga e não se fala para a população de que há riscos. (Informação verbal)⁴⁶.

4.1.2.1 Atuação das Coalizões no Controle da Dengue no Brasil

A Dengue é uma doença infecciosa aguda causada por quatro sorotipos virais do gênero *Flavivirus* (são os vírus da dengue: DEN 1, DEN 2, DEN 3, E DEN 4), sendo a fêmea do mosquito *Aedes aegypti* a principal espécie responsável pela transmissão para humanos (TAUIL, 2001; 2002). Apresenta baixa letalidade, quando os pacientes recebem assistência adequada à saúde.

Atualmente é considerada uma das arboviroses de maior importância para a saúde pública no mundo. Sua distribuição geográfica ocorre predominantemente nas regiões tropicais e subtropicais, onde a umidade e a temperatura favorecem a proliferação do vetor, principalmente nas áreas urbanas e peri-urbanas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2006a; TAUIL, 2001).

Segundo a OMS (2006a), a prevalência global da dengue tem crescido dramaticamente nas últimas décadas, tornando-se endêmica em mais de cem países na África, nas Américas, no leste do Mediterrâneo, no sudoeste da Ásia e no oeste do Pacífico. Antes da década de 1970 apenas nove países haviam apresentado casos de dengue hemorrágica, no entanto este número quadruplicou após 1995 e, no período de 1990 a 1998 o número de casos de dengue hemorrágica cresceu para uma média de 514.139 casos por ano registrados. Em 1998, foi registrado um total de 1,2 milhões de casos de dengue e dengue hemorrágica. Nas Américas foram registrados 609 000 casos de dengue em 2001, dos quais 15 mil foram dengue hemorrágica, o que significa mais do que o dobro de casos registrados em 1995.

Cerca de 2,5 bilhões de pessoas no mundo encontram-se sob risco de se infectarem e estima-se que cerca de 50 a 100 milhões de pessoas são infectadas por ano, 500 mil casos de dengue hemorrágica e 21 mil mortes (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2006a). A expansão geográfica da dengue é correntemente atribuída à distribuição em nível global dos quatro sorotipos do vírus da dengue e dos mosquitos vetores, sendo, no entanto, o de maior importância o *Aedes aegypti*, embora, haja evidências recentes de que o *Aedes albopictus*

⁴⁶ Entrevista com P6.

também possa ser naturalmente infectado pelo vírus da dengue, como vetor secundário, inicialmente detectado na Ásia, porém já difundido para os Estados Unidos, países latino-americanos e Caribenhos, parte da Europa e África, numa rápida distribuição geográfica provavelmente relacionada ao comércio internacional entre os países (IBANEZ-BERNAL et al., 1997; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2006a).

A proliferação dos vetores está relacionada a múltiplos condicionantes dentre os quais destacam-se:

- O intenso fluxo entre os países
- O aumento do fluxo rural-urbano, que leva a uma expansão populacional não ambiente urbano e peri-urbano
- As baixas condições de saneamento básico e habitação
- A moderna industrialização que prioriza a utilização de embalagens descartáveis que não são adequadamente recolhidas e permanecem dispersas no ambiente
- O destino final de pneus usados feito de maneira inadequada, tornando-os criadouros em potencial

Segundo Marzochi (1994) a Dengue tem ocorrido principalmente nos países do terceiro Mundo, pela baixa capacidade de controle da doença ou pela pouca prioridade nas ações de controle. No entanto, a autora aponta que sua importância está relacionada a duas razões principais:

- (1) A primeira refere-se ao comportamento endêmico-epidêmico da doença, que, além da forma clínica fatal, apresenta formas benignas que levam a grande debilidade física, absenteísmo no trabalho e na escola e significativo gasto do setor público de saúde com a assistência à população doente;
- (2) A segunda refere-se ao potencial clínico de severidade da dengue que implica na exposição a variados riscos de vida e a ocorrência de óbitos, o que também determina elevados custos para o setor saúde, além do custo social e humano.

No Brasil, verifica-se que quase 70% dos casos notificados se concentram em municípios com mais de 50.000 habitantes que, em sua maioria, fazem parte de regiões

metropolitanas ou pólos de desenvolvimento econômico. Os grandes centros urbanos, na maioria das vezes, são responsáveis pela dispersão do vetor e da doença para os municípios menores (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002b).

A etiologia e mecanismos de transmissão da dengue são amplamente conhecidos. Apresenta manifestações clínicas que variam de uma síndrome viral benigna e inespecífica, até um quadro grave e letal da doença hemorrágica com choque. Segundo Tauil (2001) não existe imunidade cruzada, de maneira que a infecção por um dos sorotipos só confere imunidade permanente, ou no mínimo duradoura, para aquele sorotipo.

O *Aedes aegypti* é um mosquito doméstico, antropofílico, com atividade hematofágica diurna e utiliza-se preferentemente de depósitos artificiais de água limpa para colocar os seus ovos. Tem demonstrado uma grande capacidade de adaptação a diferentes situações ambientais consideradas desfavoráveis. Adultos já foram encontrados em altitudes elevadas e larvas em águas poluídas (TAUIL, 2002).

O passado histórico do controle de doenças transmitidas por vetores no Brasil registra que o controle do *Aedes aegypti* foi institucionalizado de forma sistematizada a partir do século XIX, quando teve início a realização de campanhas sanitárias para o combate à Febre Amarela que acometia as populações dos centros urbanos.

Desde a introdução do dengue, os mecanismos de intervenção para a prevenção da doença restringem-se à intervenção sobre o elo mais vulnerável da cadeia de transmissão: o vetor. As ações para o controle vetorial têm se concentrado na aplicação espacial de inseticidas em ultrabaixo-volume e de larvicidas nos possíveis criadouros do mosquito, utilizando-se produtos do grupo químico organofosforados e piretróides, não fugindo às regras da história, mantendo-se o modelo de intervenção químico-dependente.

O mosquito foi considerado erradicado em 21 países por volta de 1972, após extensa campanha iniciada nas duas décadas anteriores, entretanto, ainda nessa década, observou-se a reinfestação dos países, em decorrência de falhas na vigilância ou até abandono dos programas de erradicação (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1997). Como resultado, observou-se uma pandemia que atingiu a América Central (El Salvador, Honduras e Guatemala), México, Estados Unidos (Texas) e a América do Sul (Colômbia, Venezuela, Guiana Francesa, Suriname e Guiana).

Nos anos 1980 várias epidemias foram registradas e houve maior distribuição do vírus Den 1 na América do Sul, com significantes epidemias na Bolívia, Brasil, Equador, Paraguai e Peru. Em 1985 a OPAS (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE) adotou uma resolução recomendando que os países implementassem estratégias de controle do *Aedes aegypti*, porém a situação epidemiológica da doença se agravou ao longo dos anos seguintes (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE., 1997).

O ano de 1995 registrou uma grande epidemia que assolou a América Central, o Caribe e a América do Sul, particularmente o Brasil, com um total de 284.483 casos registrados entre 41 países afetados. Essa situação levou a OPAS a adotar neste mesmo ano a Resolução CD38.R12 recomendando a imediata criação de uma força tarefa para estudar a factibilidade, a oportunidade e a conveniência de um plano continental para a erradicação do *Aedes Aegypti* nas Américas. Em 1996 a OPAS aprovou a resolução CD39.R11 que orienta a construção do Plano Continental de Expansão e Intensificação de Esforços para o combate ao *Aedes aegypti*.

O agravamento do quadro epidemiológico das doenças transmitidas por vetores nos países e o crescimento da incidência de Dengue, particularmente em 1997, quando os países americanos apresentaram reinfestação pelo vetor e surtos da doença, levaram nesse mesmo ano, a aprovação do Plano Continental de Erradicação do *Aedes aegypti*, cujo objetivo principal era intensificar as atividades de combate ao mosquito vetor para obter níveis de infestação próximos de zero, com vistas a eventual erradicação. Para conseguir a erradicação, o Plano apontava como meta, interromper a transmissão nas Américas através do pronto declínio nas áreas infestadas com o vetor. Claramente uma proposta dentro do campo conceitual da coalizão tradicional químico-dependente.

A estratégia básica de erradicação baseava-se na concepção de que nessa metodologia seria possível obter uma cobertura universal de todos os criadouros do mosquito em todos os prédios, em cada localidade infestada no país para eliminar completamente o vetor, conjuntamente com ações de vigilância subseqüentes para evitar reinfestações. Argumentava-se que o custo inicial dessa estratégia embora fosse alto, com a eliminação do mosquito o custo para manter a vigilância seria muito mais baixo e a transmissão da dengue e da febre amarela seria completamente evitada.

Os argumentos contrários à utilização de metodologias de controle tinham como referência a compreensão de que a prevenção de epidemias e mortes por dengue e febre amarela seria insuficiente e com custos mais elevados, uma vez que se procuraria identificar as áreas de grande risco e implementar esforços focalizados nelas, com vistas a reduzir- mas não erradicar o vetor. Neste processo, os custos seriam mais baixos do que na erradicação, porém é alto no estágio de manutenção e após alguns anos, pode superar os custos de erradicação.

Este plano apontava como condições essenciais para a sua execução (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1997):

- Institucionalização e respaldo legal do programa no âmbito dos ministérios da saúde e dos governos
- Esforços para a eliminação das condições sociais e ambientais favoráveis à proliferação do vetor
- Efetiva participação comunitária
- Reforço ao nível central através de reestruturação e reorganização
- Reforço à descentralização e adaptação às estruturas locais
- Integração e ações intra e intersetoriais
- Integração com organizações governamentais e não-governamentais
- Universalidade e sincronização na implementação do Plano Continental
- Reorganização dos recursos disponíveis em todos os níveis
- Integração e concordância com as diretrizes técnicas contidas nos guias, manuais, etc
- Participação de centros de educação e pesquisa.

O Plano Continental foi proposto contendo seis componentes:

1. Eliminação dos criadouros de *Aedes aegypti*, sendo que já apontava para o fato de que a melhor maneira de controlar é modificando dois fatores principais: a qualidade de serviços básicos, e nesse aspecto, se destacava o papel do saneamento ambiental; e comportamento humano no nível domiciliar, com atenção para a participação social e ações de comunicação. Quanto ao uso de agentes químicos, explicitava-se claramente que deveriam ser considerados como um componente complementar, além da eliminação mecânica de criadouros.
2. Controle de Emergências, e nesse caso, o uso de adulticidas no combate ao vetor deveria ser confinado a epidemias e não deveria ser considerado como atividade de rotina.
3. Desenvolvimento de Vigilância Entomológica
4. Desenvolvimento de Vigilância Epidemiológica
5. Treinamento dos técnicos, e
6. Desenvolvimento de pesquisa

Para a operacionalização dos planos nacionais, previa-se a realização de quatro estágios: Preparatório, Ataque, Consolidação e Manutenção. O Estágio Preparatório incluía a organização das atividades para as campanhas, com levantamento de material e equipamento necessário, treinamento de pessoal. O Estágio de Ataque corresponderia ao momento de cobertura das áreas infestadas bimensalmente ou em ciclos quinzenais, até que a vigilância entomológica caracterizasse a área como livre de infestação por um ano, quando então se passaria para o Estágio de Consolidação. Nessa fase se previa a continuação das inspeções das bimensais das residências, porém sem que houvesse algum tratamento, a não ser em casos de reinfestação. Nesse caso, todas as casas num raio de 300 metros do foco deveriam ser inspecionadas e tratadas. A identificação de outras áreas infestadas levaria o retorno à fase anterior. Após o segundo ano sem infestação, a área passaria para o Estágio de Manutenção, no qual seriam desenvolvidas ações de vigilância através de ovitrampas e a inspeção de pontos estratégicos.

Esse plano foi replicado no Brasil em 1996 com o Plano Diretor de Erradicação do *Aedes aegypti* –PEAe (BRASIL. Ministério da Saúde, 1996a), cuja justificativa para a busca da erradicação do mosquito e não de controle seguindo as orientações do Plano Continental

se refere aos custos financeiros, que segundo o Plano, são maiores com o segundo modelo que requer ações continuadas que permitam a convivência com o mosquito com redução da transmissão. O PEAE aponta ainda que o mosquito *Aedes Aegypti* seria o *único elo vulnerável na cadeia epidemiológica* (BRASIL. Ministério da Saúde, 1996a., p.6).

Em consulta aos técnicos da OPAS acerca da erradicação do *Aedes Aegypti* (BRASIL. Ministério da Saúde, 1996a.), o Ministério da Saúde obteve como resposta que isso seria factível e mais econômico, embora houvesse alguns obstáculos como a descentralização das ações de saúde prevista na Constituição brasileira, as condições sócio-ambientais e a necessidade de execução de um plano de abrangência continental.

Nesse sentido, o PEAE foi construído com um modelo de erradicação com “centralização das diretrizes e normas técnicas e descentralização da execução das ações de campo” (BRASIL. Ministério da Saúde, 1996a, p.4), com ênfase no papel dos municípios na execução das fases do programa.

Em relação ao segundo obstáculo, relacionado às condições sócio-ambientais, o PEAE destaca que “o governo brasileiro decidiu priorizar a melhoria da qualidade de vida da população, o que exige trabalho voltado para a resolução de todos estes problemas” (BRASIL. Ministério da Saúde, 1996a, p. 5).

Para responder ao terceiro obstáculo apontado, o governo brasileiro comprometeu-se a trabalhar na perspectiva de se implementar o Plano Continental, através de cooperações técnicas com os demais países.

Dentre as justificativas para o desenvolvimento do PEAE, destaca-se a forte perspectiva de se implementar ações de saneamento básico nos centros urbanos, como estratégia de melhoria dos indicadores epidemiológicos das doenças relacionadas a sua falta.

Com base nesse referencial, o PEAE apresenta como objetivos gerais (BRASIL. Ministério da Saúde, 1996a, p.7):

1. Erradicar o *Aedes aegypti* do território brasileiro, visando eliminar a circulação dos vírus do Dengue e impedir a reurbanização do vírus da Febre Amarela no Brasil, com um projeto que envolva todas as forças políticas e sociais da nação brasileira.

2. Ampliar a cobertura da oferta de água em quantidade e qualidade satisfatórias, e de coleta, manejo e destino adequado de lixo para os centros urbanos, visando diminuir a quantidade de criadouros potenciais de *Aedes aegypti* e proporcionar a melhoria da Qualidade de Vida das populações.

3. Desenvolver uma estratégia de informação, educação e comunicação em saúde, articulada com todos os setores sociais da nação, visando promover a participação e a mobilização consciente da população no sentido da promoção da saúde e da educação sobre as formas de prevenção do Dengue e da Febre Amarela.

O modelo de erradicação proposto no PEAe destaca que, embora considerada erradicada no Brasil em alguns períodos, a dengue foi logo reintroduzida e o Plano aponta como razões dos fracassos anteriores: o relaxamento na vigilância entomológica na fase de manutenção; a execução centralizada das ações, através de estruturas próprias e de caráter temporário; ausência da participação dos municípios na gestão do programa; a descontinuidade do apoio político, uma vez que a execução plurianual envolvia mais de uma gestão, com prioridades diferentes; falta de estratégia para o envolvimento de todos os países do continente; os modelos de erradicação anteriores não contemplavam ações de saneamento, “deixando intocadas as causas geradoras dos criadouros de mosquito” (BRASIL. Ministério da Saúde, 1996a, p.9); a não priorização das ações de divulgação de informações, comunicação social e educação popular.

Nesse sentido o Plano propôs um modelo de erradicação enquanto um projeto nacional, que obedecesse às normas e diretrizes do Sistema Único de Saúde, particularmente no que se refere à descentralização das ações, propiciando o avanço da municipalização, mantendo a esfera estadual como coordenador e assessor técnico dos municípios. O Plano deveria ser executado pelos municípios, através de três grupos de ações:

- Grupo 1- Ações de saneamento básico, especialmente, as asseguradoras do abastecimento de água em quantidade e qualidade satisfatórias; e as voltadas para o manejo adequado do lixo;
- Grupo 2- Ações voltadas para a divulgação de informações, comunicação social e educação que favoreçam o envolvimento consciente da população em ações de promoção da saúde e no controle social do programa;
- Grupo 3 – Ações especificamente orientadas para o combate ao *Aedes aegypti*, através do uso racional dos meios físicos, químicos e biológicos disponíveis. (BRASIL. Ministério da Saúde, 1996a, p. 10).

O modelo se baseava ainda na estratificação dos municípios, a partir de critérios epidemiológicos e entomológicos, com a finalidade de orientar as ações, garantindo a cobertura universal, pela utilização das divisões territoriais e setores censitários para a organização das atividades de campo, no entanto mantendo o município como unidade de classificação para o Plano Nacional.

Como estratégias de implantação, o PEAE propunha a organização do trabalho com base nas diferentes responsabilidades que foram definidas enquanto componentes do plano:

1. Entomologia;
2. Operações de campo de combate ao vetor;
3. Vigilância dos portos, aeroportos e fronteiras;
4. Saneamento;
5. Informação, educação e comunicação social;
6. Vigilância epidemiológica e sistema de informação;
7. Desenvolvimento de recursos humanos; e
8. Legislação de suporte.

Esses componentes, por sua vez, foram organizados em conformidade com as orientações estabelecidas pelos quatro estágios da erradicação definidas no Plano Continental - preparatória, ataque, consolidação e manutenção – e suas distintas atividades. O componente desenvolvimento de pesquisa, presente no Plano Continental, embora não faça parte da lista de componentes do Plano Nacional, é um elemento presente na descrição do trabalho de cada um dos seus componentes.

Com o avanço da epidemia em 1997 e os baixos resultados observados após a implementação do PEAE, o governo brasileiro propôs a sua revisão através do Ajuste Operacional do PEAA, que foi apresentado ao Conselho Nacional de Saúde quando de sua 67ª. Reunião, realizada em julho do mesmo ano, e posteriormente aprovado pelo Ministro da Saúde em 1998.

O ajuste operacional propunha a implementação de ações mais voltadas para prevenir a ocorrência da doença e de óbitos, particularmente no que se refere ao dengue hemorrágico. Apesar dessa mudança no foco da ação, o Plano manteve embutida a idéia de erradicação,

com prioridade para o controle químico vetorial. Isso fica evidente quando da apresentação ao Conselho Nacional de Saúde, cuja ata registra a fala de um representante do Ministério da Saúde:

Disse que o objetivo final desse plano consistiria na erradicação do *Aedes aegypti* do território brasileiro, erradicação está entendida como “não detecção por um período mínimo de dois anos de qualquer exemplar de *Aedes aegypti* em qualquer estágio (ovo, larva, pupa, alado) em pesquisas entomológicas domiciliares, pontos estratégicos, armadilhas (ovitrampas ou larvitrapas) em área com sistema de vigilância estruturado e operante”. Ainda em referência ao plano de erradicação, falou na questão da estratificação lógica (categorização segundo enfoque de risco), estratos (áreas com transmissão de dengue e com maior risco de ocorrência de FHD - transmissão persistente e com circulação simultânea ou sucedânea de mais de um sorotipo, áreas com transmissão de dengue clássico; áreas infestadas e áreas não infestadas) e objetivos imediatos/nível de controle pretendido (1) prevenir a ocorrência de epidemias de FHD e de óbitos por dengue/interrupção da transmissão; 2) prevenir a ocorrência de epidemias de dengue clássico/ interrupção da transmissão; 3) alcançar níveis de infestação incompatíveis com a transmissão epidêmica/infestação predial menor ou igual 1%; 4) manter áreas livres de *Aedes aegypti*/erradicação do vetor. (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1997, p. 4).

Nessa mesma reunião, um conselheiro chama a atenção para a questão orçamentária, afirmando que houve baixa utilização dos recursos previstos no PEAE:

Foi usado, até então, 6,85%, e que na infra-estrutura de unidade, a FUNASA gastou somente 12,46% do orçamento de 1997, no saneamento básico gastou 2,77%, tendo empenhado 5,28% e para gastar, 94,72%, outros programas que incluem atividades importantes o saldo é de 8,21% havendo assim uma média de utilização de recursos gastos de 21,2% no mês de junho, o que significa dizer que o desempenho deixa muito a desejar. (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1997 p.4).

Dados semelhantes foram observados por Câmara Neto (2000) ao analisar dados referentes aos gastos do governo federal com os principais programas de saúde no País, evidenciando que o PEAE foi o programa que apresentou maior investimento, em comparação com os demais, que também inclui as ações de saneamento ambiental (Gráfico 1). O PEAE superou os gastos com infra-estrutura de saneamento básico, sistema de abastecimento de água, esgotamento sanitário, melhorias sanitárias, controle de qualidade da água para consumo humano, de redes de drenagens.

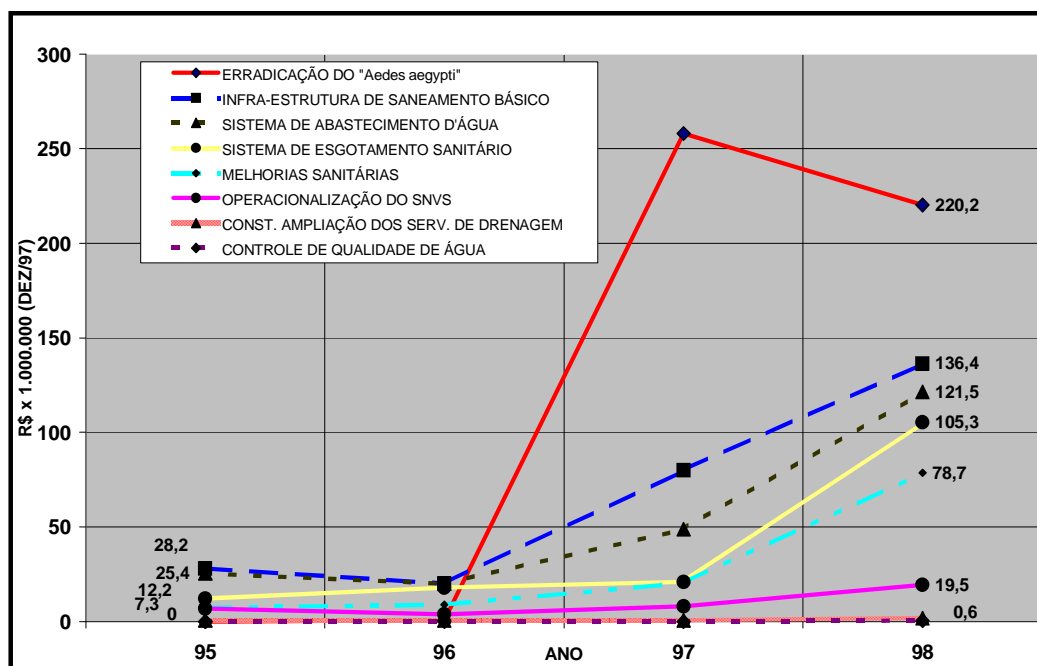


Gráfico 1: Gasto com os Principais Programas de Saúde no País, de 1995 a 1998.
 Fonte: CÂMARA NETO (2000).

Mesmo com a implantação do Plano Continental e subsequentes Planos Nacionais, como o PEAE brasileiro, o quadro epidemiológico da doença se agravou e manteve tendência de aumento do número de casos, inclusive de dengue hemorrágico, com crescimento da população de mosquitos *Aedes aegypti*. A OMS registra que a incidência de casos notificados de dengue teve um crescimento de 43%, passando de 285.710 em 1996 para 421.998 casos em 1997 (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1999b). Aponta-se como fator principal para tal quadro, o processo de urbanização das cidades de modo rápido e desordenado como proliferação de bairros pobres, que apresentam as condições propícias ao desenvolvimento do *Aedes aegypti*.

Nesse sentido, em junho de 1999 a OPAS lançou o Plano Detalhado de Ação para a Próxima Geração: Prevenção e Controle do Dengue (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1999b). Esse Plano aponta para a necessidade de um enfoque mais integrado, com a reorientação da estratégia exclusiva de controle químico, incorporando a estratificação epidemiológica das atividades de controle, a comunicação social, a educação sanitária e a mobilização comunitária como forma de se apropriar dos problemas e promover a prevenção e controle do dengue.

Nesse momento começam a ganhar força as concepções presentes na coalizão ecossistêmica, decorrentes dos avanços nos conhecimentos científicos que apontam particularmente para os determinantes sócio-ambientais e para a implementação de um enfoque mais integrador e a maior participação da sociedade, como caminhos mais efetivos de se alcançar o controle da doença.

Esse novo olhar sobre o modelo de intervenção baseia-se nas falhas identificadas no modelo anterior e na sua baixa aplicabilidade frente às mudanças observadas na situação social, demográfica, econômica e política dos países, decorrentes de:

- Mudanças no perfil demográfico, com ampliação de zonas urbanas marginalizadas
- O êxodo rural com conseqüente concentração dessa população na periferia das cidades
- O processo de ajuste econômico implementado pelos países, que impôs limites ao saneamento básico e distribuição de água para a população
- Falta de aceitação social frente às intervenções do programa de erradicação
- O elevado custo trabalhista dos programas tradicionais
- O processo de descentralização das ações e serviços de saúde, que levou ao desmantelamento dos programas verticais sem garantir a estruturação do nível local que permitisse a redução dos níveis de infestação.

Como conseqüência, os programas até então propostos fracassaram porque não conseguiram estabelecer a participação comunitária efetiva nem o desenvolvimento das ações no âmbito dos serviços. Também não houve êxito nas estratégias de mudança de hábitos da população, e nem foram implementadas as ações de saneamento ambiental, considerado uma das ações prioritárias. Além do mais, não se conseguiu promover a sustentabilidade e a continuidade das ações, com uma coordenação intersetorial precária.

A partir da caracterização da baixa efetividade do modelo de erradicação, a OPAS propôs então a implantação do controle enquanto plano integral com o objetivo de:

1. Promover la participación y sensibilizar a individuos, familias y comunidades para que participen, con apropiación del problema, sintiéndose protagonistas y socios ejecutivos en las actividades de prevención y control del dengue, para eliminar los criaderos de *Aedes aegypti* en el hogar, el lugar de trabajo, parques y otros sitios de descanso y sus alrededores.
2. Promover y reforzar cambios en el comportamiento humano mediante la comunicación y las estrategias de promoción de la salud, incluyendo grupos específicos, desde programas de estudios escolares hasta participación en medios de comunicación masiva, entre otros, para llegar a la mayoría de la población y afectar a la sociedad en su totalidad.
3. Promover y fortalecer la capacidad de vigilancia entomológica al nivel local, determinar la distribución de *Aedes aegypti* y los niveles de infestación, detectar áreas de nueva infestación y apoyar a las sociedades locales para que puedan tomar las medidas necesarias, para prevenir la propagación adicional del mosquito.
4. Fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica para la detección temprana de los casos de dengue y la aplicación rápida de medidas de control de la transmisión, para reducir la transmisión y prevenir la aparición de epidemias. (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1999b, p.8).

Com esse novo Plano, a OPAS propunha que as ações passassem a se direcionar prioritariamente para o nível local, com ênfase na mudança de comportamento da população e na vigilância epidemiológica.

Nos anos seguintes o quadro epidemiológico da dengue e a situação entomológica do vetor continuavam a se agravar no continente americano, particularmente no Brasil com a introdução do sorotipo DEN3. Diante dessa conjuntura, o Ministério da Saúde, em parceria com a OPAS, realizou um Seminário Internacional em julho de 2001, com a finalidade de avaliar as experiências no controle do dengue nos diversos países. Após esse evento, o governo brasileiro elaborou o Plano de Intensificação das Ações de Controle da Dengue (PIACD). Esse Plano diferenciava-se do anterior, o PEAE, pelo fato de ter selecionado os municípios considerados prioritários para o desenvolvimento da intensificação das ações, que totalizaram 657 no Brasil.

Esses municípios selecionados deveriam adotar iniciativas mais eficazes para a otimização da infra-estrutura já implantada nos estados e municípios pelo PEAE, com os equipamentos de pulverização, laboratório e recursos humanos capacitados para o controle vetorial, além da já existente padronização nacional das normas e rotinas para o desenvolvimento destas ações (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002b).

No âmbito da OPAS, em setembro de 2001, foi aprovada a Resolução CD43/12 que avalia que os programas de controle da dengue nos países do continente americano permaneciam sem conseguir obter o êxito esperado, e aponta que as causas para isso relacionam-se ao fato dos programas até então instituídos serem:

Predominantemente verticais e, em sua maioria, baseados no uso de inseticidas. Os países, em sua maioria, se concentram nas situações de emergências, atribuindo menos ênfase a ações eficazes de longo prazo. Isso, somado à descentralização dos serviços de saúde, às altas taxas de infestação pelo vetor *Aedes aegypti* e à inadequação do abastecimento de água e manejo de resíduos sólidos para a população. (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2001a, p.1).

Essa Resolução elege como temas importantes para deliberação pelo Conselho Diretor: o compromisso político dos governos para prevenir a dengue; o desenvolvimento de ações intersetoriais, particularmente voltadas para a descentralização dos programas, o suporte da legislação, a garantia de abastecimento e tratamento de água acessível à população, a disposição adequada dos resíduos sólidos, a descentralização dos programas de controle da dengue; a aplicação de inseticidas nos programas de controle da dengue, considerada por alguns especialistas, não ter sido usada de maneira criteriosa e poderia ser reduzida sem comprometer a integridade das ações; redução dos criadouros como meio de manter o controle do vetor; a participação comunitária, educação sanitária e comunicação social nos programas de controle da dengue com ênfase na mudança de comportamento; mecanismos para a notificação oportuna de casos de dengue, tornando-a uniforme em toda a Região; a ameaça de reurbanização da febre amarela.

Com base nesse documento, a OPAS aprova a Resolução CD43.R4 (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2001b) que recomenda aos estados membros promoverem a gestão intersetorial no desenvolvimento dos programas de controle e prevenção da dengue, mediante alianças e ações envolvendo o setor saúde, ambiente e educação, além de procurar adotar medidas ambientais sustentáveis, particularmente voltadas para o saneamento básico. Também estimula a participação comunitária e a utilização de estratégias de educação sanitária e comunicação social com vistas a mudança de comportamento individual e da população. Quanto ao uso de inseticidas, a recomendação é de que seja examinada a função destes, para que sejam incorporados em um programa integral. Essa resolução trata ainda da garantia da assistência aos doentes, da implantação de mecanismos de emergência para lidar com situações de surto e da organização de uma

vigilância integrada epidemiológica e entomológica, com normatização de um sistema de notificação dos casos.

Essas últimas publicações da OMS/OPAS têm colocado em evidência que a participação comunitária passou a assumir importante papel no controle de doenças, particularmente do dengue, e em fevereiro/março de 2002, essas organizações publicaram o documento '*Desafios futuros para a Comunicação Social em Programas de Prevenção e Controle do Dengue e da FHD*' (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2002a), que contou com a colaboração de especialistas de diferentes áreas do conhecimento e das discussões ocorridas na Reunião Técnica de Comunicação social da sub-região andina para a Prevenção e Controle do dengue e da FHD, que tratou de questões acerca da evolução da doença e o desenvolvimento dos planos nos países andinos. O documento enfatiza o papel da comunicação social como estratégia de mobilização e luta contra ao dengue, bem como, para reduzir o impacto da mortalidade e a transmissão vetorial da enfermidade. Como produto final, recomenda-se a institucionalização das ações de comunicação social no âmbito dos programas de prevenção e controle do dengue e FHD, bem como a difusão da importância do fortalecimento desse componente para todos os demais países americanos.

Em maio desse mesmo ano, em sua 119ª Reunião Ordinária o Conselho Nacional de Saúde aprova por unanimidade a Resolução nº. 317 na qual se reconhece a impossibilidade de erradicação do mosquito e propõe uma nova estratégia para controle do *Aedes aegypti* e do dengue (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2002).

Nesse mesmo período, o governo brasileiro, através da Fundação Nacional de Saúde, publica a Portaria nº 136 de 9 de maio de 2002 que constitui um grupo de trabalho formado por técnicos do Ministério da Saúde (dois oriundos da Fundação Nacional de Saúde, um da Secretaria de Assistência à Saúde, um da Secretaria de Políticas de Saúde e um do Gabinete do Ministro da Saúde), com a finalidade de acompanhar e avaliar o Programa de Controle da Dengue no país (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002b).

Com a ampliação dos casos de dengue no país, que naquele momento contava com a introdução do sorotipo DEN-3, em julho de 2002 o Ministério da Saúde brasileiro instituiu o Programa Nacional de Controle da Dengue – PNCD - apontando críticas às propostas anteriores, de erradicação do vetor, particularmente no que se refere ao uso de inseticidas químicos, o pouco envolvimento da população e a falta de intersetorialidade:

Programas essencialmente centrados no combate químico, com baixíssima ou mesmo nenhuma participação da comunidade, sem integração intersetorial e com pequena utilização do instrumental epidemiológico mostraram-se incapazes de conter um vetor com altíssima capacidade de adaptação ao novo ambiente criado pela urbanização acelerada e pelos novos hábitos. [...] Essa estratégia, comum aos programas de controle de doenças transmitidas por vetor em todo o mundo, mostrou-se absolutamente incapaz de responder à complexidade epidemiológica da dengue. (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002b , p.3).

A partir dessa avaliação o Ministério da Saúde propôs “estabelecer um novo programa de controle da dengue que incorporasse elementos como a mobilização social e a participação comunitária, indispensáveis para responder de forma adequada a um vetor altamente domiciliado” (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002c). A ênfase dessa proposta está centrada no maior envolvimento da população através de atividades de mobilização comunitária e no controle epidemiológico e vetorial, com caráter multisetorial.

Quanto ao PEAe, avalia-se que este não logrou êxito porque não teve intersetorialidade nos ministérios e também pela complexidade da doença, que passou a se concentrar nos grandes centros urbanos, mas teve o mérito de estimular a descentralização e deixar algumas lições como a necessidade de ter ações permanentes, não campanhista e dentro dos princípios do SUS. Assim, a idéia de controle do dengue introduzida com o advento do PNCD procura introduzir uma gestão integrada entre as ações de controle vetorial com a atenção básica e implementar as recomendações da OMS:

Não precisa ser um grande analisador, ou um grande epidemiólogo para perceber que a proposta de erradicação, a proposta do PEAe não logrou êxito. Obviamente, é bom que se diga que o PEAe na verdade não foi implantado dentro do que ele se propôs, essa ação do plano de erradicação dentro de uma ação intersetorial, com a participação de outros ministérios. Basicamente o que atuou no PEAe foi o setor saúde, dentro dessa lógica do controle de vetores que tradicionalmente se faz. E obviamente isso não é suficiente e não foi suficiente. [...] o grande êxito e a grande contribuição, na minha avaliação, que o PEAe deu... o PEAe efetivamente conseguiu avançar e dar um impulso no sentido da descentralização. [...] Então, uma avaliação positiva que a gente faz é exatamente isso, o PEAe conseguiu o que era antes um programa eminentemente de ação direta do governo federal, a partir do PEAe se iniciou efetivamente um processo de desconcentração desses programas com a implantação de estruturas municipais de controle. Outro fundamento importante é a questão da dengue entendida não só como de doença transmitida por vetor puramente, ou seja, para descaracterizar que é uma coisa somente da área de controle de vetores, mas colocando o problema da dengue relacionado à área de atenção básica e para isso as atividades da atenção básica dentro do sistema de saúde deveriam estar integradas a essas ações, e principalmente que as ações de controle da dengue necessariamente deveriam adotar uma estratégia, que já na ocasião recomendada pela Organização Mundial de Saúde, por intermédio de duas

resoluções que foram inclusive assinadas pelos ministros da saúde americanos, entre eles o do Brasil, que são as resoluções 43 e 44 que falam exatamente dos princípios e da gestão integrada dos programas de controle da dengue. (Informação verbal)⁴⁷.

Acrescenta-se ainda uma autocrítica relacionada à idéia de erradicação do mosquito prevista no PEAE uma vez que as condições ambientais, sociais e urbanas observadas no Brasil são amplamente favoráveis ao desenvolvimento do mosquito:

O PEAE partia de uma visão sobre o *Aedes aegypti* e a dispersão do *Aedes aegypti*, que eu penso hoje, olhando de uma certa maneira meio autocrítica, porque até meados dos anos 90 eu acreditava que seria possível erradicar o mosquito, mas por 2001 já havia na equipe técnica uma convicção muito grande de que a estratégia de erradicação estava equivocada. A erradicação poderia ter sido possível no passado, mas nas condições ambientais, sociais, urbanas que nós temos hoje no Brasil isso era impossível. (Informação verbal)⁴⁸.

Opinião que também é compartilhada pelos pesquisadores entrevistados que também criticam a idéia de erradicação do *Aedes aegypti*:

O inseto se adapta, é outra coisa que está bem clara hoje, vetor não se erradica, vetor se controla. O Brasil jamais vai erradicar como fez há anos atrás com o *Aedes aegypti*. Se ações forem feitas claras e bem determinadas e objetivas, pode-se reduzir a população. (Informação verbal)⁴⁹.

O PNCD apresenta como objetivos a redução da infestação pelo *Aedes aegypti*, da incidência da dengue e da letalidade pela forma hemorrágica da doença. Nesse sentido, propõe a ampliação das ações para todos os municípios brasileiros, porém dando ênfase para 618 que foram considerados prioritários conforme os critérios de ser capital de estado e sua região metropolitana, município com população igual ou superior a 50.000 habitantes e municípios receptivos à introdução de novos sorotipos de dengue como os de fronteiras, portuários, núcleos de turismo. (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002b).

Para a sua implantação, o Plano foi organizado em dez componentes:

- (1) Vigilância epidemiológica, com base em quatro subcomponentes: vigilância de casos, laboratorial, em áreas de fronteira e entomológica;
- (2) Combate ao vetor;
- (3) Assistência aos pacientes;

⁴⁷ Entrevista com G5.

⁴⁸ Entrevista com G8.

⁴⁹ Entrevista com P2.

- (4) Integração com atenção básica (PACS/PSF);
- (5) Ações de saneamento ambiental;
- (6) Ações integradas de educação em saúde, comunicação e mobilização social;
- (7) Capacitação de recursos humanos;
- (8) Sustentação político-social;
- (9) Acompanhamento; e
- (10) Avaliação do PNCD.

As metas estabelecidas foram de reduzir a menos de 1% a infestação predial nos 618 municípios prioritários, assim como de reduzir em 50% o número de casos de 2003 em relação a 2002, e nos anos seguintes, 25% a cada ano; e reduzir a letalidade por febre hemorrágica da dengue a menos de 1%.

Em setembro desse ano, a Fundação Nacional de Saúde através da Portaria nº. 408 institui o Comitê Nacional de Mobilização contra Dengue com a finalidade de “coordenar a implementação, a nível nacional, das ações de educação em saúde e mobilização social voltadas ao controle da doença, em especial as relativas ao Dia Nacional de Mobilização Contra Dengue”. (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002b).

Em 4 de dezembro de 2002, a Fundação Nacional de Saúde publica a Portaria nº 599, que define as situações de iminente perigo, com base no índice de infestação predial, e estabelece que o gestor deverá intensificar as ações preconizadas no Programa Nacional de Controle da Dengue - PNCD, em especial a realização das visitas domiciliares para eliminação do mosquito e de seus criadouros em todos os imóveis da área aferida, bem como a mobilização social para as ações preventivas. (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002b).

Em outubro de 2002, a OPAS publica o documento ‘Framework: New Generation of Dengue Prevention and Control Programs’ (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2002b) onde se avalia que embora o continente americano tenha apresentado redução no número de casos de dengue no período até 2000, isso não significaria que a situação epidemiológica tenha melhorado, pois essa redução pode estar relacionada à

subnotificação de casos associada ao fato de que alguns países registram apenas os casos confirmados laboratorialmente, criando assim uma distorção da realidade epidemiológica da doença, com destaque para a ocorrência de Doença Hemorrágica do Dengue em diversos países nos anos de 2000 e 2001 (Cuba, Equador, Paraguai, Suriname, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua, Peru e diversos estados do Brasil).

A OPAS registra que uma das principais preocupações da organização é o receio de que a situação epidemiológica siga os passos observados nos países da Ásia há cerca de 20 a 30 anos onde os casos de Doença Hemorrágica do Dengue foram crescendo e passaram a registrar milhares de casos anualmente.

O documento aponta que tradicionalmente os países têm adotado uma estratégia de controle do *Aedes aegypti* de corte vertical e baseado na eliminação ou controle dos focos de transmissão do vetor e no uso de inseticidas contra os mosquitos adultos. Ressalta ainda que o sucesso desse tipo de abordagem em alguns países como Cuba e Singapura, seguiu-se de retorno de epidemias e que ele exige vontade política e economia forte para garantir o desenvolvimento das ações que apresentam custo elevado. Como consequência, países têm experimentado seguidos fracassos na política de controle com recrudescência da epidemia.

Mais uma vez a coalizão ecossistêmica ganha espaço. As principais questões apontadas no sentido da prevenção e controle do dengue baseiam-se na necessidade de adaptação das ações conforme a realidade de cada país e exigem o desenvolvimento de redes de colaboração numa perspectiva intersetorial e de sustentabilidade ambiental, que garanta saneamento ambiental (particularmente o acesso à água e destino adequado de lixo), adequação da legislação, envolvimento da população (com o desenvolvimento de ações de educação em saúde em todos os níveis de governo) e descentralização.

Quanto ao uso de inseticidas no controle vetorial, o documento aponta que os adulticidas deviam ser aplicados apenas durante epidemias com a finalidade de reduzir o número de mosquitos fêmeas, porém destaca que o uso inadequado tem baixo impacto nas condições de saúde além de serem insustentáveis e de alto custo.

Assemelhando-se ao proposto no Plano Nacional de Controle da Dengue brasileiro, sugere-se que os programas de controle do dengue devem se organizar através dos seguintes componentes:

1. Garantia de suporte político e financeiro com efetiva coordenação intersetorial
2. Coordenação intersetorial das ações em todos os níveis de governo
3. Controle seletivo de vetores com o desenvolvimento de programas de comunicação social baseados na mudança de comportamento e na participação comunitária
4. Vigilância epidemiológica do dengue com organização de sistema de informações em saúde
5. Organização de ações para situações de emergência, surtos e epidemias de dengue
6. Treinamento e capacitação de recursos humanos em todos os níveis de governo
7. Pesquisa em controle de vetores.

A OPAS sugere que os Estados nacionais reavaliem seus planos de controle do dengue no sentido de introduzir componentes ausentes ou reforçar aqueles que estão pouco desenvolvidos, dando ênfase maior para o envolvimento da população na perspectiva da mudança do comportamento, e na sustentabilidade ambiental.

Em setembro de 2003 a OPAS lança três importantes documentos: o ‘Guidelines for Integrated Vector Management’ (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003b), o CD44/14 (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2002c) e a Resolução CD44.R9 (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2003).

O Guia para o Manejo Integrado de Vetores⁵⁰ (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003b) foi lançado pelo Escritório Regional para a África da OMS, através da Divisão de Prevenção e controle de Doenças Transmissíveis e da Unidade de Biologia e Controle de Vetores, com o objetivo de dar suporte para os gestores, trabalhadores de saúde e financiadores para a introdução do Manejo Integrado de Vetores – IVM – nos programas de controle de vetores. Destaca que embora existam programas de controle de vetores na maioria dos países, estes têm sido incapazes de quebrar o ciclo de transmissão porque geralmente ficam restritos ao setor saúde e carecem de suporte técnico na implementação das ações, resultando assim no uso assistemático de produtos químicos como a única intervenção, desconsiderando então estratégias integrais de controle numa perspectiva intersetorial.

⁵⁰ Tradução livre para “Guidelines for Integrated Vector Management”.

O Manejo Integrado de Vetores foi então definido como um processo baseado em evidências e procedimentos de tomada de decisão com vistas ao planejamento, a implementação e a avaliação de medidas reguladoras e operacionais de controle de vetores de forma eficiente e sustentável, calcados pelos princípios de cooperação, intersetorialidade e parceria e que visam ao uso de diferentes métodos de controle de vetores isolados ou combinados para prevenir ou reduzir de modo eficiente o contato humano-vetor, de maneira sustentável, incluindo-se manejo ambiental e o uso seguro e criterioso de inseticidas.

A Resolução 44/14 (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2002c) destaca as dificuldades apresentadas pelos países para a operacionalização da Resolução CD43.R4 e tomando como base as idéias de desenvolver um trabalho integrado introduz uma forma de colaboração técnica com Grupos de Trabalho, GT-Dengue, constituído por representantes com expertise em dengue, que se incorporarão às equipes nacionais para dar suporte na elaboração da estratégia nacional de gestão integrada para prevenção e controle do dengue.

O GT-Dengue foi proposto para atuar em cinco áreas estratégicas: comunicação social/participação comunitária; atenção ao paciente; procedimentos de laboratório; controle de vetores; e vigilância epidemiológica. Esta atuação deveria se organizar em um conjunto de dez componentes:

1. Vigilância integrada epidemiológica e entomológica
2. Implementação de ações intersetoriais entre saúde, ambiente e educação além de outros setores como indústria e comércio para novos materiais, turismo, legislação e regulamentos
3. Participação comunitária eficaz
4. Manejo ambiental e atenção aos serviços básicos como o fornecimento de água, drenagem de águas residuais, manejo de resíduos sólidos e de pneus usados
5. Atenção ao paciente dentro e fora do sistema de saúde
6. Notificação de casos (casos clínicos, confirmados, casos de mortes por FHD, sorotipos circulantes)

7. Incorporação do tema dengue/saúde no sistema formal de educação
8. Análise crítica da função e uso de inseticidas
9. Capacitação formal de profissionais e trabalhadores em saúde (da área médica e social)
10. Preparação para emergências, implantando mecanismos e preparativos para fazer frente a surtos e epidemias.

Com base na proposta de desenvolvimento de uma estratégia integrada de controle do dengue na perspectiva da sustentabilidade, com enfoque multisetorial e interprogramático, e nas propostas contidas no documento CD44/14, a OPAS aprova na 55ª. Sessão do Comitê Regional, a Resolução CD44.R9. Essa Resolução destaca o crescimento em mais de 250% no do número de casos do dengue hemorrágico e da síndrome de choque por dengue nos últimos oito anos e aponta para a necessidade de se conformar estratégias, metodologias e linhas de atuação que tragam maior impacto pelos programas nacionais. Nesse sentido, recomenda a adoção da estratégia de gestão integrada para a prevenção e o controle do dengue calcada na promoção da saúde, na sustentabilidade ambiental, no desenvolvimento de ações intra e intersetoriais, com a implementação de ações de educação em saúde para a mudança de comportamento que favoreça a eliminação dos criadouros do vetor, na organização do sistema de informações epidemiológicas específico para o dengue e na incorporação desta enfermidade no sistema de vigilância de enfermidades exantemáticas, bem como na adoção de mecanismos de cooperação entre os países de fronteira.

No cenário brasileiro deu-se continuidade ao processo de implementação do Plano Nacional de Controle da Dengue, ainda sob forte influência da coalizão tradicional químico-dependente, colocando-se maior ênfase na estruturação dos serviços nas três esferas de governo. Nesse sentido foram implementadas algumas ações com a finalidade de auxiliar no processo de acompanhamento e avaliação como o DIAGDENGUE, o grupo de consultores chamado de “Força Tarefa”, o Comitê Assessor e a revisão do Comitê Nacional de Mobilização contra a Dengue.

O DIAGDENGUE constitui-se de um sistema informatizado de acompanhamento que é alimentado com informações oriundas dos estados e municípios e fornece informações para a realização do diagnóstico situacional do programa.

A Força Tarefa foi organizada a partir da necessidade de fortalecimento das secretarias de saúde no âmbito estadual, particularmente pela já reconhecida carência de recursos humanos desses órgãos. Ela se constitui por Consultores Estaduais do Plano, contratados pelo Ministério da Saúde e colocados à disposição das secretarias estaduais de saúde, com a finalidade de fortalecer a capacidade delas na realização de assessoria aos municípios e para o acompanhamento e avaliação da implementação do plano naquele nível.

O Comitê Técnico Assessor Nacional do PNCD, criado com a finalidade de acompanhar e assessorar o programa, foi constituído por técnicos do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde dos Estados (CONASS), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e membros da academia representados principalmente pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Organização Pan-Americana de Saúde, por pesquisadores de áreas específicas e por pessoas com reconhecida capacidade técnica, vinculadas a institutos de pesquisa.

O Comitê Nacional de Mobilização contra a Dengue foi revisado pelo Ministério da Saúde através da Portaria Nº 2.001, de 17 de outubro de 2003, e passou a contar com a participação de 40 representantes de diversas instituições sendo coordenado pela Secretaria de Vigilância em Saúde desse Ministério (BRASIL. Ministério da Saúde, 2003).

O ano de 2004 registra três importantes momentos para a política de controle do dengue. O primeiro se refere à publicação pela OPAS do documento ‘Planning social mobilization and communication for dengue fever prevention and control: a step-by-step guide’ (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004a) que trata basicamente da utilização do Método COMBI (Communication-for-Behavioural-Impact)⁵¹ como estratégia de mobilização social. Segundo, a realização de dois eventos: o Seminário Nacional ‘Dengue, um desafio para a vigilância em saúde ambiental e redes colaborativas, realizado em Recife em junho (AUGUSTO et al., 2000) e a ‘XVII Reunião dos Ministros da Saúde do MERCOSUL e Estados Associados’, realizada no Rio de Janeiro, Brasil, em dezembro (BRASIL. Ministério da Saúde, 2005a).

O Plano de Mobilização Social e Comunicação para a Prevenção e Controle da Febre do Dengue: um guia passo – a – passo⁵² apresenta a proposta do Método COMBI que foi

⁵¹ Em tradução livre: Comunicação para impacto na mudança de comportamento.

⁵² Tradução livre para “Planning social mobilization and communication for dengue fever prevention and control: a step-by-step guide”.

desenvolvido pelo Centro de Redução de Vulnerabilidade da OMS na Tunísia (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004a). O método apresenta uma variedade de estratégias de marketing, educação, comunicação, promoção, defesa e mobilização com o objetivo de impactar no comportamento e na construção de parcerias com a comunidade.

Esse método foi proposto devido à inexistência de um efetivo programa de controle vetorial que previna a transmissão epidêmica na maioria dos países, que tendem a desenvolver ações de vigilância epidemiológica e a responder às emergências com a utilização de pulverizações no controle dos mosquitos adultos, o que não tem demonstrado impacto efetivo na transmissão viral e a doença permanece com crescente número de casos. O que denota alta afinidade com a coalizão ecossistêmica.

O método baseia-se essencialmente em três componentes:

1. O estabelecimento preciso de objetivos comportamentais (não apenas de mudança de conhecimento) baseado em evidências científicas;
2. Integração de criteriosa associação de ações direcionadas para os vários grupos alvos e para a mudança de comportamento desejada, coordenadas e com tempo determinado; e,
3. Monitoramento constante do progresso com vistas ao alcance dos comportamentos objetivados.

O COMBI é um método de mobilização social para uma determinada doença com foco na mudança de comportamento da população. Ele difere de outros métodos tradicionais de mobilização social porque busca a construção de um consenso nacional e desenvolve um processo educacional que mais do que reduzir os danos de uma doença em particular, procura fortalecer a população.

O Seminário Nacional 'Dengue, um desafio para a vigilância em saúde ambiental e redes colaborativas' foi promovido por três organizações cujos membros também integram a coalizão ecossistêmica: o Laboratório de Saúde, Ambiente e Trabalho do Departamento de Saúde Coletiva -CPqAM/FIOCRUZ, em parceria com o Núcleo de Estudos sobre Cidadania, Exclusão e Processos de Mudança/UFPE e o Departamento de Medicina Social/UFPE, como parte do projeto de pesquisa 'Dengue na Perspectiva da Vigilância Ambiental e de Redes Colaborativas' (CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES, 2004).

O seminário procurou aprofundar a discussão técnica e científica acerca da questão do dengue com vistas a propor uma revisão do modelo de controle da doença e do vetor, numa perspectiva integradora e de construção de redes sócio-humanas, sócio-técnicas e sócio-institucionais que priorizem o desenvolvimento de ações de promoção e proteção da saúde humana e dos ecossistemas.

A XVII Reunião dos Ministros da Saúde do MERCOSUL e Estados Associados teve como resultado o Plano Regional de Intensificação das Ações de Controle da Dengue no MERCOSUL e Estados Associados (BRASIL. Ministério da Saúde, 2005a) cujos objetivos eram de reduzir os índices de infestação predial pelo *Aedes aegypti*, a incidência da doença e a letalidade por febre hemorrágica da dengue. O Plano se organizava em de oito componentes:

1. Vigilância Epidemiológica
2. Combate ao Vetor
3. Assistência aos Pacientes
4. Ações Integradas de Educação em Saúde, Comunicação e Mobilização Social
5. Capacitação de Recursos Humanos
6. Acompanhamento e Avaliação do Plano Regional de Intensificação das Ações de Controle da Dengue no MERCOSUL
7. Pesquisa Operacional
8. Saneamento Ambiental

Para a sua implementação previa a incorporação de experiências nacionais e internacionais de controle da dengue, com ênfase na necessidade de mudança nos modelos anteriormente utilizados, particularmente no que se refere a alguns aspectos:

- 1) a elaboração de programas permanentes nos países membros do Mercosul, uma vez que não existe qualquer evidência técnica de que a erradicação do mosquito seja possível, no curto prazo; 2) o desenvolvimento de campanhas de informação e de mobilização das pessoas, de maneira a criar-se uma maior responsabilização de cada família na manutenção de seu ambiente doméstico livre de potenciais criadouros do vetor; 3) o fortalecimento da vigilância epidemiológica e entomológica para ampliar a capacidade de predição e de detecção precoce de surtos da doença; 4) a melhoria da

qualidade do trabalho de campo de combate ao vetor; 5) a integração das ações de controle da dengue na atenção básica; 6) a utilização de instrumentos legais que facilitem o trabalho do poder público na eliminação de criadouros em imóveis comerciais, casas abandonadas, etc.; 7) a atuação multissetorial em relação à destinação adequada de resíduos sólidos e a utilização de recipientes seguros para armazenagem de água; e 8) o desenvolvimento de instrumentos mais eficazes de acompanhamento e supervisão das ações.(BRASIL. Ministério da Saúde, 2005a).

No cenário brasileiro, deu-se continuidade ao processo de implementação do PNCD procurando-se consolidar os componentes propostos no Plano, cujos avanços observados podem ser resumidos como segue (CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES, 2004):

1. A Vigilância Epidemiológica, organizada em quatro componentes (vigilância de casos, laboratorial, em áreas de fronteira e entomológica), passa a ser denominada Vigilância Integrada e as principais ações desenvolvidas foram: a criação de um sistema de análise integrada de informações; o Levantamento de Índice Rápido de *Aedes aegypti* – LIRAA; o Mosquitrap, inicialmente enquanto projeto piloto multicêntrico envolvendo dez municípios, com a finalidade de avaliar o uso de armadilhas contra *Aedes aegypti*; e o desenvolvimento de novo Kit ELISA para diagnóstico sorológico em 4 horas.
2. Para o combate ao vetor, destaca-se o reforço na infra-estrutura dos programas municipais e estaduais com veículos e equipamentos, o monitoramento da resistência do larvicida químico em municípios representativos das cinco regiões, a liberação de recursos adicionais para contratação de 6601 agentes de campo em 587 municípios e a realização de estudo multicêntrico para avaliação das formulações de larvicidas disponíveis no mercado.
3. Para a assistência aos pacientes, foram definidas as diretrizes para os planos de contingência, assim como a elaboração de guias para capacitação de médicos e manejo clínico de pacientes, a distribuição do cartão de acompanhamento do paciente e a capacitação de médicos multiplicadores estaduais para lidar com adultos e crianças.
4. Para a educação em saúde, comunicação e mobilização social, conta-se com a realização do Dia Nacional de Prevenção – o Dia D e com a implantação de projetos piloto do Método COMBI em quatro municípios brasileiros: São Luís/MA, Ibitaré/MG, Sobral/CE e Porto Alegre/RS.

5. Dentre as ações de saneamento ambiental, destaca-se a distribuição de tampas e caixas d'água, a coleta sistemática e reciclagem de pneus, em parceria com a indústria em estruturas de coleta denominadas 'Ecopontos' que totalizam 61 distribuídos em 11 estados da federação; e a articulação com o Ministério das Cidades e FUNASA na elaboração de critérios para implantação de Projeto de Saneamento Ambiental em Regiões Metropolitanas, voltados para resíduos sólidos e abastecimento de água.
6. O acompanhamento e avaliação do PNCD permanecem baseados nas ações do Comitê Técnico Assessor Nacional e da Força Tarefa, com o suporte do DIAGDENGUE.

No tocante ao desenvolvimento de estudos, um componente presente nas propostas dos organismos internacionais (OMS e OPAS), houve uma articulação envolvendo as Secretarias de Vigilância em Saúde e de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde com o CNPq para o financiamento de 37 projetos de pesquisa nas áreas de epidemiologia, controle do vetor, diagnóstico e clínica.

A partir desse momento, as ações têm sido mantidas sem grandes ajustes no âmbito federal. O método COMBI, tido como estratégia fundamental de controle pela capacidade de envolvimento e comprometimento da população, foi aplicado enquanto projeto piloto em cinco cidades no país.

Em entrevista com os gestores do nível federal do governo, destaca-se que os programas de controle de doenças de transmissão vetorial têm passado por um processo de reorganização a partir de revisão técnica e instauração de comitês assessores dos quais participam técnicos e pesquisadores que realizam avaliação permanente:

Os programas de uma maneira geral, de doenças transmissíveis e de doenças transmitidas por vetores também, nós temos procurado fazer de duas maneiras fundamentalmente. Em primeiro lugar tem sido feita uma revisão técnica de alguns programas com a participação de pessoas de serviço e pessoas da academia e a partir da instauração de novas versões do programa a gente tem estabelecido comitês técnicos que fazem uma avaliação permanente. (Informação verbal)⁵³.

Nessa perspectiva, o novo modelo proposto com o PNCD se organiza em componentes que devem atuar de maneira integrada em todos os níveis do SUS. Entretanto, na opinião do gestor federal os municípios precisam entender que as ações devem passar por critérios técnicos. Embora o PNCD preveja adequações regionais e criação de planos sub-

⁵³ Entrevista com G8.

regionais, o Ministério da Saúde dá as linhas gerais e os municípios e estados não podem desenvolver ações fora dos critérios técnicos estabelecidos.

A proposta de descentralização das ações de controle se revela conflitante na medida em que por um lado há estímulos federais para que o município assuma o controle das ações, inclusive com o desenvolvimento de iniciativas locais, por outro lado eles devem obediência aos critérios definidos pelo PNCD sob risco de serem punidos:

Nós, como está dito no programa, nós estimulamos as iniciativas locais que visem aprimorar o programa, mas nós somos, eu sou particularmente, radicalmente contra invenções. Eu acho que nós estamos lidando com um problema muito sério e a questão da dengue tem que ser trabalhada com ciência. Então por exemplo, qualquer outra iniciativa para ser introduzida no programa local, para se adequar à realidade, ele precisa ter fundamento científico, porque você está lidando com problema sério que pode adoecer as pessoas. [...] Municípios sem nenhum critério técnico-científico, às vezes por pressão desses fornecedores acha que o produto que ele está utilizando não está tendo efeito e aí compra outro produto, uma panacéia, por conta de pressão dos fornecedores. Aí o município é punido porque ele está utilizando recursos do teto para adquirir uma coisa que já é entregue gratuitamente pelo ministério da saúde, sem nenhum critério. [...] Obviamente nós não podemos ditar linhas e especificidades locais. Da mesma forma, o município ou o estado, que são coisas que a gente observa no dia-a-dia, não pode fazer ações completamente fora de critérios técnicos estabelecidos e sem fundamentos técnicos. (Informação verbal)⁵⁴.

Porém, um dos pesquisadores destaca o esvaziamento observado no nível estadual do SUS, uma vez que este tem se limitado a acompanhar o modelo definido no federal, sem assumir um papel mais ativo e propositivo:

Outro problema é o esvaziamento do nível regional das secretarias estaduais, então fica o município numa relação direta com o nível federal, sem uma intermediação inteligente, vamos assim dizer, de uma inteligência técnica do nível intermediário estadual, para poder, inclusive, ajudar aos municípios, a capacitar os municípios, a fazer adequação segundo os contextos, negociando com os municípios. O que há hoje em relação ao estado é simplesmente o controle financeiro do repasse dos recursos para os municípios, mas o estado vira apenas um cão de guarda do modelo do Ministério da Saúde, do nível federal, e essa é uma questão grave, do modo de operar o programa. (Informação verbal)⁵⁵.

Outro problema identificados na esfera estadual, relaciona-se à precarização do trabalho, que leva a mudanças de equipe a cada nova gestão, o que exige sempre um recomeço dos trabalhos pela necessidade de capacitação:

⁵⁴ Entrevista com G5.

⁵⁵ Entrevista com G5.

Os municípios estão amadurecendo mais na vigilância de vetores, mas ainda persistem problemas no nível da gestão, que vão desde a questão da precarização dos recursos humanos. Todos esses agentes de vigilância ambiental são contratados por prestação de serviço, são precarizados. [...] Então muitas vezes quando você capacita e que eles vão começando a atuar, aí por exemplo muda a gestão e você tem que fazer tudo novamente. (Informação verbal)⁵⁶.

Onde houve mudança de prefeito... Porque a partir de outubro, com o resultado da eleição, os que estavam no poder e sabiam que não iam continuar já foram desestabilizando tudo, demitindo as equipes e desmantelando os programas. Aí nós tivemos de outubro até março do ano seguinte, portanto desse ano, para preparar uma nova equipe e recomeçar as atividades. (Informação verbal)⁵⁷.

O gestor estadual ressalta ainda que embora o PNCD preconize o desenvolvimento de ações de saneamento dentre os seus componentes, não destina recursos para tal o que leva aos gestores municipais tentarem em outras fontes, como FUNASA. Além disso, outros elementos previstos no plano são o Conselho Estadual de Controle da Dengue e os Comitês Municipais de Mobilização, mas estes não funcionam. Avalia-se que o PNCD mantém a verticalização, apesar da descentralização do sistema Único de Saúde, e difere apenas pela possibilidade dos municípios introduzirem inovações, porém sem deixar de cumprir o que é preconizado pelo Ministério:

O PNCD tem dez componentes e dentre eles existe a questão do saneamento, mas não tem um financiamento para abastecimento de água ou para esgotamento sanitário, mas isso a gente sempre procura trabalhar nos municípios com outras fontes de recursos, por exemplo a FUNASA tem financiamento para saneamento, então a gente vê as condições e tenta associar para que aquele município tenha acesso a esse recurso, mas isso não é uma coisa institucionalizada no projeto. [...] Faz parte de um dos componentes do PNCD, o Conselho Estadual (de Controle da Dengue) e os Comitês Municipais de Mobilização para a Dengue. Em alguns municípios até que funcionam. Mas atualmente não funciona. Mas parece que foi aprovado na Assembléia e publicado no Diário Oficial do Estado. [...] O Plano é totalmente verticalizado. Apesar da descentralização, quem dita as normas é o Ministério com os tradicionais manuais de normas técnicas. Não mudou praticamente nada em relação a situação anterior. O que mudou e que hoje existe, e mesmo no manual cita-se isso, é que ele disponibiliza o município para inovar, mas sem deixar de fazer o que ele preconiza. (Informação verbal)⁵⁸.

Outras críticas apontadas pelos pesquisadores quanto ao processo de descentralização das ações de controle, refere-se à falta de autonomia municipal para definir o modelo de intervenção a ser implementado na sua área:

⁵⁶ Entrevista com G4.

⁵⁷ Entrevista com G12.

⁵⁸ Entrevista com G12.

A forma de conduzir o programa, mesmo colocando que outros métodos poderiam ser utilizados, como as barreiras mecânicas, inclusive o controle biológico, mas a forma como essas questões são colocadas, mantém o nível local prisioneiro do modelo químico-dependente porque para você passar do modelo químico para o modelo biológico não é uma opção do município, ele tem que provar que há um nível de 80% de resistência aos inseticidas (Informação verbal)⁵⁹.

Eu já participei de discussões em congressos sobre isso, em que tinham representantes do Ministério da Saúde que defendem e não se abre mão de que a compra seja feita a nível nacional, porque se trata de uma licitação internacional e se comprando volumes maiores se consegue preços melhores. Esse é o argumento que se utiliza, inclusive quando as pessoas questionam a descentralização dos serviços, quando uma decisão que se considera fundamental, que é o produto que se vai utilizar no programa de controle, essa decisão continua centralizada e não se admite se quer questionar.(Informação verbal)⁶⁰.

Identifica-se, portanto, um ponto de conflito relacionado ao controle químico do vetor. Nesse aspecto, o gestor federal aponta para a existência de dois grupos: os ecopatas, contrários ao uso de inseticidas químicos, e os químico-dependentes, defensores deste tipo de controle. Entretanto, destaca-se que o Ministério da Saúde recomenda o uso dos produtos para o controle de vetores obedecendo aos critérios de baixa toxicidade e possibilidade de utilização em massa:

Primeiramente, tem a questão das formulações de inseticidas, que é um ponto bastante conflitivo e um assunto que causa encanto. Muitas vezes essa questão dos inseticidas se resume a dois grupos bem distintos: os ecopatas, que odeiam o uso de inseticidas químicos e os químico-dependentes, que acham que só vão resolver o problema da dengue usando inseticida químico. Eu tenho a seguinte avaliação: o inseticida deve ser utilizado em situações específicas e deve ser utilizado com critérios. E o Ministério da Saúde vai sempre recomendar o uso de inseticidas, obedecendo esses critérios e vai procurar sempre utilizar o produto que tenha as garantias de baixa toxicidade, de utilização em massa, etc. (Informação verbal)⁶¹.

Este conflito se torna mais evidente e ganha espaço na mídia, como estratégia de ação da coalizão ecossistêmica e, especificamente, a partir do momento em que alguns pesquisadores e representantes da sociedade civil entraram com uma ação contra o estado, no Ministério Público do Estado de Pernambuco, no sentido de evitar a aplicação de inseticidas químicos, particularmente, o Temefós, no controle do vetor em sua fase larvária. Nesse momento, o Ministério Público passa a atuar como mediador tentando intermediar esse conflito entre as coalizões.

⁵⁹ Entrevista com P6.

⁶⁰ Entrevista com P5.

⁶¹ Entrevista com G5.

4.1.2.2 Atuação das Coalizões no Controle da Filariose Linfática no Brasil

A filariose linfática é uma doença infecciosa dolorosa e profundamente desfigurante, causada pela *Wuchereria bancrofti* em 90% dos casos, cujo único hospedeiro é o ser humano.

É conhecida também como elefantíase devido à cronicidade do quadro que ocasiona aumento de volume das regiões afetadas, decorrente do acúmulo de fluido provocado pelo dano no sistema linfático. A forma assintomática da infecção é caracterizada pela presença de centenas ou milhares do parasita na sua forma larval (a microfilaria) e vermes adultos localizados no sistema linfático.

É considerada pela Organização Mundial de Saúde como uma das maiores causas de incapacidades, estigmatização social, distúrbios psicossociais, redução de oportunidades durante a vida, infecções agudas e crônicas, levando a um elevado gasto pelo setor saúde, particularmente relacionado às necessárias intervenções cirúrgicas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005a).

Apresenta geralmente maior prevalência em adulto do sexo masculino (ALBUQUERQUE et al., 1995; BONFIM et al., 2003; DAS et al., 1990; DUNYO et al., 1996; MACIEL et al., 1994; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE., 2005a). Em regiões endêmicas os sinais mais comuns são decorrentes do dano genital com hidrocele e elefantíase do pênis e escroto. Também é freqüente o acometimento de pernas, braços, vulva e mamas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005a).

A OMS (2005a) estima que cerca de um bilhão de pessoas se encontram sob risco de adquirir a infecção, o que corresponde a aproximadamente 20% da população mundial. Cerca de 80 milhões são microfilarêmicos e mais de 120 milhões já estão infectados pela filariose linfática, dos quais em torno de 40 milhões apresentam a doença em sua forma mais grave, com séria incapacidade e desfiguração; 15 milhões têm linfedema e 25 milhões apresentam hidrocele. Acredita-se ainda que esses dados possam estar subestimados, uma vez que não incluem a população de amicrofilarêmicos que apresentam sinais da infecção através da positividade do teste antigênico, que correspondem a cerca de 18% da população endêmica.

Dentre os 83 países que apresentam os casos, um terço das pessoas se localiza na Índia, um terço na África e os demais se distribuem no sul da Ásia, Pacífico e nas Américas.

É uma doença cuja transmissão e manutenção da brancofitose está fortemente relacionada às condições sócio-econômicas, ambientais e à ocupação do espaço urbano (ALBUQUERQUE, 1993; BRAGA; ALBUQUERQUE; MORAIS, 2004; BONFIM, 2002). Como afirma Sen (2002), a eliminação da filariose é também uma guerra contra a pobreza.

Conforme indicado no relatório apresentado pela Comissão de Macroeconomia e Saúde, dentre os 38 países mais pobres do mundo, 32 são endêmicos nessa enfermidade e quarenta e cinco por cento da população destes apresentam os maiores riscos de transmissão e infecção. Reduzir a filariose significa reduzir a pobreza e melhorar a qualidade de vida dessas pessoas, pois lhes dá a oportunidade de tornarem-se economicamente ativas e contribuir com o crescimento da produtividade. (GLOBAL ALLIANCE TO ELIMINATE LYMPHATIC FILARIASIS, 2002).

No Brasil, atualmente, a endemia está localizada na Região Metropolitana do Recife, (Pernambuco), Maceió (Alagoas) e Belém (Pará), estimando-se em 49 mil o número de infectados e que três milhões de indivíduos residam em áreas consideradas de risco (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2000a; MEDEIROS, 2003;). Em Pernambuco, estudos têm demonstrado a permanência de transmissão ativa nos três principais municípios da região metropolitana do Recife e em processo de expansão: Olinda, Recife e Jaboatão dos Guararapes (ALBUQUERQUE et al., 1995; BONFIM et al., 2003; MACIEL et al., 1994; MEDEIROS, 2003).

O principal vetor para a *Wuchereria bancrofti* nas áreas urbanas e peri-urbanas são os mosquitos culicíneos, os anofelinos mais comumente em áreas rurais, particularmente da África, e alguns da espécie *Aedes* em áreas endêmicas das ilhas do Pacífico. Mas a infecção também pode ser causada pela *Brugia malayi*, que também pode atingir algumas espécies de felinos e macacos, porém com ciclos de transmissão diferentes dos humanos. Para o parasito *Brugian*, os mosquitos da espécie *Mansonia* são os principais vetores, embora haja transmissão por anofelinos. Porém esse tipo de infecção está confinado em áreas do leste e sul da Ásia especialmente Índia, Malásia, Indonésia, Filipinas e China (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005a).

No Continente Americano está relacionada especificamente a *Wuchereria bancrofti* e o principal vetor o *Culex quinquefasciatus*, considerado o mais eficiente entre os mosquitos transmissores (ROCHA; FONTES, 1998) e responsável por cerca da metade dos casos no mundo, acometendo, além das Américas, o Egito, o leste da África, a Índia Subcontinental, Indonésia e o Sudeste da Ásia (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002a). Entretanto a *Wuchereria Bancrofti* é largamente transmitida pelo mosquito *Anopheles* em cerca de 40 países da África e sub-região Papua, e por mosquitos *Aedes* na maioria dos países do Pacífico. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002a). É uma doença que há muitos anos desperta o interesse científico, como pode ser verificado, por exemplo, pelos estudos desenvolvidos no Brasil ainda na década de 1950 por René Rachou que identificou a transmissão da filariose linfática em 11 localidades do país (MEDEIROS, 1998), porém com pouca repercussão no âmbito da política de saúde.

Até a década de 1990, não se observam movimentos e publicações importantes no âmbito dos organismos internacionais (OMS e OPAS) no sentido de fomentar a discussão e implementação de ações de controle da doença. É a partir dessa década que os avanços alcançados com as pesquisas começam a influenciar as decisões políticas acerca das estratégias de controle da doença e a Força Tarefa Internacional para a Erradicação das Doenças decide em 1993 incluir a filariose linfática na lista de doenças erradicáveis ou potencialmente erradicáveis (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1999; 2002a; ROCHA; FONTES, 1998) e definiu um Programa Global para a Eliminação da Filariose Linfática até 2020 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002a; 2005a).

Conforme Sen (2002), esse Programa Global apresenta duas estratégias principais: a primeira, voltada para a interrupção da transmissão através da identificação e mapeamento da endemia nas áreas afetadas, associado ao tratamento profilático de massa nas populações consideradas de risco. A segunda, direcionada para o tratamento dos doentes, procurando reduzir os sintomas e as deformidades.

A coalizão tradicional químico-dependente mantém historicamente grande influência no modelo de controle adotado tanto internacionalmente como no Brasil, que consiste basicamente do tratamento do indivíduo parasitado e o combate ao vetor com aplicação de inseticidas químicos.

Braga, Albuquerque e Morais (2004) referem que no início da década de 1980 o Ministério da Saúde declarava o sucesso do Programa de Controle da Filariose, porém, estudos demonstravam que a doença avançava em regiões localizadas do país. Desse modo, surgiu a necessidade do desenvolvimento do Programa de Pesquisas em Filariose, sediado particularmente no Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães em Pernambuco, que além da realização de estudos também propunha o desenvolvimento de assistência especializada à população.

Em 1989 o Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, em Recife (Pernambuco) foi sede do Workshop Nacional sobre Filariose (SUPERINTENDÊNCIA DE CAMPANHAS DE SAÚDE PÚBLICA, 1989), que tinha o objetivo de:

1. Reavaliar o problema da filariose no Brasil e o Programa de Controle.
2. Analisar e solucionar aspectos problemáticos específicos da clínica, da epidemiologia, do diagnóstico, da terapêutica e do controle.
3. Reorientar, atualizar e aprimorar as ações de controle. (SUPERINTENDÊNCIA DE CAMPANHAS DE SAÚDE PÚBLICA, 1989, p. 1).

Naquele momento Belém (Pará) já revelava tendência à redução da morbidade pela filariose, embora a então SUCAM desenvolvesse as ações sem o envolvimento de outras instituições. O estado do Ceará apresentava um foco na cidade de Taboleiro do Norte, onde a SUCAM já havia iniciado os trabalhos de avaliação e controle. E Pernambuco já mostrava ser o estado com o principal foco do país, localizado na Região Metropolitana do Recife, particularmente Recife, Olinda e Jaboatão dos Guararapes. (SUPERINTENDÊNCIA DE CAMPANHAS DE SAÚDE PÚBLICA, 1989).

O país contava com o Programa de Controle da Filariose Bancroftiana (PCFB), cujo objetivo principal era de interromper a transmissão nos focos residuais pela atuação em duas linhas: a) o controle das fontes de infecção, através da identificação e tratamento dos portadores de microfilaremia, detectados por exames hemoscópicos periódicos, em ciclos, e tratados com Dietilcarbamazina (DEC) na dose recomendada pela OMS equivalente a 6mg/kg de peso corporal/dia, durante 12 dias consecutivos; e b) o controle do vetor, através do manejo ambiental para a eliminação dos criadouros do *Culex quinquefasciatus*.

No tocante à relação com o Sistema de Saúde que se iniciava, registra-se a preocupação em desenvolver ações articuladas entre os diferentes níveis do governo e com o

envolvimento das instituições, porém aponta aquele momento como uma *etapa intermediária com vistas ao Sistema Único de Saúde*:

As instituições envolvidas com as atividades de controle da Filariose no Brasil não têm mantido a desejada articulação programática, o que redundou em desperdício de recursos e diminuição da eficácia das ações, enfim, em níveis mais baixos de controle da doença, com prejuízo final para a população atingida.

É necessário, indicado e urgente que essas ações sejam desenvolvidas de uma forma articulada, integrada e harmônica em todos os níveis e fases. Assim, dentro do que preceitua a reforma sanitária (um sistema unificado, descentralizado de saúde, como etapa intermediária em direção ao Sistema Único de Saúde), as ações que visam o controle da Filariose devem ser planejadas, executadas, acompanhadas e avaliadas em conjunto por todas as instituições envolvidas. (SUPERINTENDÊNCIA DE CAMPANHAS DE SAÚDE PÚBLICA, 1989, p. 4).

Como recomendações principais do evento, destacam-se: a necessidade de se instituir um Grupo Técnico-Científico Assessor do Programa; maior articulação interinstitucional; e a manutenção da centralização das ações, denominadas no relatório final, como ‘centralização normativa’, como forma de “garantir a uniformidade necessária ao Programa de Controle através de suas normas administrativas, de forma a possibilitar a comparabilidade de ações e avaliação de resultados”. (SUPERINTENDÊNCIA DE CAMPANHAS DE SAÚDE PÚBLICA, 1989, p. 9).

Mantinha-se um modelo de controle da filariose centralizado e se acreditava que a endemia seria facilmente controlada e gradativamente extinta no país. Entretanto, estudos posteriores demonstraram que a filariose permanecia endêmica e em processo de expansão, particularmente na Região Metropolitana de Recife (BRAGA; ALBUQUERQUE; MORAIS, 2004; BONFIM, 2002; 2003; MEDEIROS, 2003).

Na perspectiva de erradicar a doença, o Ministério da Saúde brasileiro, através da Fundação Nacional de Saúde e em parceria com Instituições de Pesquisa, Universidades Federais e Secretarias de Saúde de áreas endêmicas, inicia em 1995 a elaboração do Programa Nacional de Eliminação da Filariose Linfática no Brasil (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1995b) que culminou no ano seguinte, de 1996, com o “Plano Nacional para Eliminação da Filariose Linfática”, que foi recomendado pelo Conselho Nacional de Saúde através da Resolução nº. 190 de 13/06/96 (BRASIL. Ministério da Saúde, 1996c).

Os objetivos do Plano eram de erradicar a filariose linfática no território brasileiro, com a interrupção da transmissão nos focos, esgotamento das fontes de infecção e assistência integral aos doentes. (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1995b; ROCHA; FONTES, 1998).

As suas principais orientações são:

1. Reavaliação epidemiológica dos focos ativos e dos considerados extintos;
2. Mobilização das comunidades nas áreas endêmicas;
3. Tratamento em massa das populações nessas áreas, através da administração anual ou semestral de DEC em massa, na dose de 6mg/kg de peso corporal;
4. Controle de vetores, adequado à realidade local, porém com destaque para que esta não seja uma medida exclusiva, mas complementar ao programa que é baseado principalmente na administração de drogas;
5. Atenção aos casos humanos.

O Plano previa que a coordenação das atividades de controle ficasse compartilhada nos três níveis de governo, sendo que a promoção sob a responsabilidade da FNS e das Secretarias Estaduais de Saúde e a execução das ações sob a responsabilidade dos estados e principalmente municípios (Quadro 7); e contava ainda com a assessoria de Comitês Técnico-gerenciais na esfera nacional e estadual.

Com o avanço do conhecimento acerca da filariose e das novas oportunidades para a sua eliminação, a Organização Mundial da Saúde em sua Assembléia Geral aprova a resolução 50.29 destacando que “urge aos Estados Membros [...] direcionar atividades no sentido de eliminar a filariose linfática como um problema de saúde pública e orienta que o Diretor Geral mobilize suporte para o desenvolvimento de atividades de eliminação global e nacional”. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1997).

Instituição	Atribuições
Fundação Nacional de Saúde (FNS)	<ul style="list-style-type: none"> • Promoção • Articulação geral • Normatização • Apoio logístico e material • Capacitação • Execução suplementar • Avaliação
Secretarias Estaduais de Saúde (SES)	<ul style="list-style-type: none"> • Promoção • Articulação no âmbito estadual • Planejamento • Capacitação • Execução • Avaliação
Secretarias Municipais de Saúde (SMS)	<ul style="list-style-type: none"> • Promoção • Articulação no âmbito estadual • Planejamento • Capacitação • Execução • Avaliação
Instituições de Ensino Superior e Centro de Pesquisa	<ul style="list-style-type: none"> • Fundamentação técnico-científica • Capacitação • Assessoria técnica • Avaliação
OPAS/OMS	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio técnico • Consultoria

Quadro 7: Atribuições das instituições envolvidas com o Plano Nacional para Eliminação da Filariose Linfática, 1996.

Fonte: FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1995b.

As estratégias têm o objetivo de:

- Interrupção da transmissão através de administração em massa de drogas (MDA) para toda a população em área endêmica utilizando:
 - a. Dose única, uma vez ao ano, associação de duas drogas, durante 6-6 anos, ou
 - b. Sal fortificado com DEC por um ano.
- Manejo de seqüelas com:
 - a. Cuidados domiciliares de longo termo
 - b. Aumento do acesso a hidrocelectomia
 - c. Cuidados comunitários, inclusão e aconselhamento.

No Brasil, o Ministério da Saúde publica o Programa de Eliminação da Filariose Linfática, como resultado da revisão e atualização do Plano Nacional de Eliminação da Filariose Linfática, realizados durante o Seminário Internacional sobre Filariose Linfática, realizado em Brasília nesse mesmo ano (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1997). Foram mantidos os objetivos e redefinidas a metodologia e as estratégias de trabalho e, na mesma ocasião, foram repassados para a responsabilidade dos Planos Operativos Estaduais a parte relativa ao planejamento, ao controle e disposição de recursos financeiros, e a organização dos recursos humanos e materiais (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2000a).

Há a constatação de que a doença persiste como “uma das maiores causas de morbidade clínica e um fator de comprometimento do desenvolvimento sócio-econômico de algumas áreas do país” e, aproximando-se da coalizão ecossistêmica, afirma que seu crescimento relaciona-se principalmente ao “crescimento urbano desordenado e à deterioração das condições de moradia e de saneamento” (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2000a). Naquele momento, a doença apresentava focos persistentes em Pernambuco, Pará e Alagoas, com prevalências altas em muitos bairros da cidade do Recife e sua Região Metropolitana; e as ações de controle têm se limitado à realização de exames hemoscópicos e tratamento seletivo dos portadores de microfilaremia, com cobertura parcial dos focos. (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2000b).

O objetivo do Plano continua a ser a eliminação da doença no território brasileiro, com a interrupção da transmissão nos focos endêmicos através da quimioterapia e do controle do vetor; além do esgotamento das fontes de infecção e a assistência integral aos portadores da parasitose.

Dentre as ações previstas para o Plano destacam-se:

1. O tratamento com DEC, na dose de 6mg/kg de peso corporal, em dose única anual, antes do pico da sazonalidade do vetor, a ser continuado por um período de 10 anos/;
2. A mobilização da comunidade;
3. O controle de vetores, com *Bacillus sphaericus* a ser utilizado na fase larvária do mosquito e ações de saneamento básico, particularmente voltado para a instalação e recuperação de fossas. Esta segunda ação já demonstrando a influência da coalizão ecossistêmica.

Em 1998 o Diretor Geral da OMS e o Chefe Executivo da SmithKline Beecham (atual GlaxoSmithKline) assinaram o termo de compromisso de '*Colaboração entre SB/WHO para a Eliminação Global da Filariose Linfática*'⁶², que incluía a doação de medicamentos e outros níveis de assistência nos 20 anos seguintes ou até a eliminação da filariose linfática (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000a).

Durante esse ano, houve grande investimento no sentido do fortalecimento do Plano e também a criação de novas parcerias que culminou com a criação da Aliança Global para a Eliminação da Filariose que envolve organizações dos setores público e privado, sendo que a OMS atua como secretaria. Seus membros reafirmaram as metas do programa como sendo de instituir o tratamento em massa e o controle da morbidade. Seu primeiro encontro aconteceu em maio de 2000 em Santiago de Compostela, quando se reafirmou o suporte às atividades do programa e os planos para sua futura regionalização (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2000b).

Concomitantemente à construção da Aliança, constituiu-se um grupo consultivo para a OMS, o Technical Advisory Group (TAG), formado por especialistas selecionados por sua experiência científica ou gerencial com a filariose linfática, que realizam encontros anuais com a finalidade de elaborar recomendações acerca das questões relacionadas aos objetivos de eliminação da doença em todas as regiões do mundo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000a), além de compatibilizar o gerenciamento dos dados, definir as principais questões teóricas e recomendar as pesquisas operacionais para o desenvolvimento de ferramentas e estratégias (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2002d).

No Brasil a implementação do Plano Nacional caminha na perspectiva de descentralização para os estados, e destaca-se a preocupação com o seu principal foco, como pode ser demonstrado pela Proposta de Indicadores para o Acompanhamento e Avaliação do Programa de Eliminação da Filariose Linfática na Região Metropolitana do Recife (ALBUQUERQUE; MORAIS, 1998), como resultado de uma consultoria prestada à Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. O que demonstra a participação da coalizão ecossistêmica na definição do modelo de intervenção a ser implementado.

⁶² Tradução livre para "SB/WHO Collaboration for the Global Elimination of Lymphatic Filariasis".

Essa consultoria revela que algumas secretarias de saúde da Região Metropolitana do Recife estavam em processo de estruturação para a realização do diagnóstico situacional da endemia e implantação das intervenções.

São propostas duas importantes mudanças conceituais no Plano. A primeira se refere ao deslocamento do enfoque de uma perspectiva de risco individual para de risco coletivo, que relaciona o processo de transmissão da doença com a ocupação do espaço urbano. A segunda, diz respeito à introdução da descentralização das ações, numa lógica de territorialização, como estratégia de intervenção, rompendo com o modelo clássico verticalizado e campanhista (ALBUQUERQUE; MORAIS, 1998). O território deixou de ser percebido como um todo homogêneo, passando para um espaço socialmente organizado que deveria ser estratificado conforme o risco ambiental.

O Plano seguiu a proposta nacional com base, fundamentalmente, no tratamento em massa da população endêmica, com enfoque para a redução ou eliminação da carga microfilaremic da população. Porém apresentou alguns avanços operacionais e deu ênfase às atividades de controle integrado vetorial, incluindo o controle biológico como estratégia.

A implantação da proposta de intervenção previa a realização de seis etapas: o diagnóstico situacional; a identificação das áreas prioritárias de intervenção em cada município; a identificação e estimativa da quantidade dos criadouros; a identificação das condições sanitárias do meio ambiente; o levantamento dos serviços de saúde existentes no município desagregado em Distrito Sanitário ou outro critério de descentralização; e o levantamento dos equipamentos sociais existentes nos municípios.

A realização do diagnóstico situacional baseava-se na identificação das áreas urbanas e classificação do grau de risco de transmissão (alto, médio e baixo), “conforme indicador sintético construído a partir de variáveis sócio-econômicas referidas ao espaço” (ALBUQUERQUE; MORAIS, 1998, p.2); e, do inquérito de morbidade na população, seja através da gota espessa (para detecção da microfilaremia) ou do Cardtest (para detecção da antigenemia), a ser definido pelo município, conforme suas condições operacionais.

Para a identificação das áreas prioritárias de intervenção em cada município, recorria-se ao indicador construído a partir da avaliação da situação de risco ambiental de transmissão e nível de endemicidade.

Um entrevistado, entretanto, relata que a construção desse programa estadual para controle da filariose coincidiu com a participação de duas pesquisadoras na gestão, mas ele nunca chegou a ser implementado:

Em noventa (*década de 1990*) houve um encontro de vários representantes estaduais e municipais, promovido pela Secretaria Estadual de Saúde, onde se construiu um programa para o estado que contemplava o conhecimento que foi produzido, que era o modelo de risco espacializado, territorializado, mas por acaso Fátima e Heloisa⁶³ estavam lá, foram contratadas pelo Estado para elaborar esse plano naquele momento, mas esse plano nunca foi implementado. (Informação verbal)⁶⁴.

Ainda nessa década, durante o ano de 1999, a OMS publicou o documento ‘Building partnerships for lymphatic filariasis – strategic plan’⁶⁵ (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1999) cuja meta é de eliminar a filariose como um problema de saúde pública até o ano de 2020 e seus objetivos:

1. Reduzir e eliminar a transmissão da filariose linfática
2. Reduzir e prevenir a morbidade e o sofrimento nos indivíduos acometidos
3. Tratar a população endêmica com os vermes adultos com o uso de Albendazol
4. Proporcionar o fortalecimento dos serviços de saúde

As metas definidas relacionam-se à interrupção da transmissão, ao controle da morbidade e, de modo auxiliar, um programa de monitoramento da relação entre a filariose linfática e outras parasitoses intestinais, imunização e outros programas de saúde:

- Interrupção da Transmissão: para os próximos cinco anos, alcançar a ampliação da cobertura do tratamento em massa, com vistas a atingir 200 milhões de pessoas até o ano de 2004;
- Controle da Morbidade: para os próximos dois anos produzir material de treinamento, atividades e redes de colaboração em todos os países com programas de eliminação da filariose linfática em progresso;

⁶³ Fátima e Heloisa foram pesquisadoras contratadas para a consultoria referida anteriormente e autoras da ‘Proposta de Indicadores para o Acompanhamento e Avaliação do Programa de Eliminação da Filariose Linfática na Região Metropolitana do Recife’.

⁶⁴ Entrevista com P3.

⁶⁵ Numa tradução livre: ‘Construindo parcerias para a Filariose linfática – Plano estratégico’.

- **Benefício Auxiliar:** para os próximos dois anos implantar um programa de monitoramento da relação entre a filariose linfática e outras parasitoses intestinais, imunização e outros programas de saúde.

Para interromper a propagação da infecção, o plano baseia-se em duas estratégias: o tratamento em massa e o controle de vetores. O princípio norteador da proposta é o tratamento em massa para toda a população sob risco. Acredita-se que essa estratégia permita a efetiva interrupção da transmissão da filariose linfática através da redução do número de parasitos no sangue para níveis baixos, nos quais os vetores não possam transmitir a infecção. O tratamento de escolha baseia-se no uso uma vez ao ano de uma dose única de duas drogas administradas juntas (Albendazol associada à Ivermectina ou DEC) durante um período de quatro a seis anos; ou, o uso exclusivo de sal fortificado com DEC durante um a dois anos.

Destaca-se que a estratégia de controle de vetores assume importante papel no controle da filariose linfática e que as ações para reduzir a densidade de insetos e/ou o contato humano atuam como um suplemento útil ao tratamento em massa para a redução da transmissão, porém não devem ser a única medida a ser assumida nas ações de controle da doença. O documento aponta que as estratégias mais promissoras até aquele momento eram: os biocidas (BS), bolas de polystireno, mosquiteiros e cortinas impregnados com inseticidas e aplicação de inseticidas residuais com longa vida ativa. A introdução do controle biológico indica a influência das idéias da coalizão ecossistêmica.

Em junho de 2000, ao assumir nova gestão municipal, ocorreu em Recife uma Reunião de Avaliação do Programa Nacional de Eliminação da Filariose Linfática - PNEFL (BRASIL. Ministério da Saúde, 2000). Com base em diversos estudos realizados nos municípios endêmicos do país, destacou-se que a doença ainda se constitui em um importante problema de saúde pública, pois, apesar dos níveis diferenciados de endemicidade entre as regiões, há uma tendência de queda acentuada, particularmente no Pará e Alagoas. No Estado de Pernambuco as pesquisas têm demonstrado a gravidade do problema que acomete principalmente a sua capital e alguns municípios da região metropolitana.

O documento registra que embora ainda existam questões a serem definidas:

Os fundamentos científicos para a eliminação da filariose já estão definidos, restando como maior desafio o desenvolvimento, motivação e manutenção de parceiros individuais e coletivos para uma aliança efetiva nos programas de saúde pública. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2000, p.12).

Reafirma-se a factibilidade da eliminação da filariose no Brasil considerando que o país apresenta um número reduzido de casos, com 1,8% da população encontrando-se sob risco, assim como pela disponibilidade de ferramentas adequadas e de reconhecida capacidade técnica, inclusive responsável por significativa contribuição para os conhecimentos sobre a doença.

Nesse momento a coalizão ecossistêmica atua estrategicamente e como resultados do evento há recomendações para a utilização do controle biológico de vetores em detrimento do controle químico no intra e peridomicílio, assim como de mosquiteiros impregnados de inseticida. Também foi aprovada uma série de propostas político-administrativo e técnicas, que variam desde as ações a serem implementadas pela gerência nacional do PNEFL, aquelas descentralizadas para os estados endêmicos em filariose, e também as atividades específicas de: epidemiologia, controle vetorial, diagnóstico, tratamento e caracterização da morbidade (Quadro 8).

Nível de Governo/Atividade	Propostas
Para a Gerência Nacional	a. Criação do Comitê Nacional para acompanhamento do PNEFL b. Definir instituições e técnicos de referências para as áreas de epidemiologia, informação, controle vetorial, diagnóstico, tratamento e morbidade c. Elaborar Manual para o PNEFL d. Acompanhar os Programas Estaduais e Municipais para a Eliminação da Filariose Linfática e. Apoiar técnica e financeiramente a execução de ações estratégicas para as atividades de: <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação epidemiológica • Capacitação • Inquérito de prevalência, morbidade e vetorial • Criação e implementação de sistemas de informação • Comunicação, educação e participação comunitária • Projetos de saneamento • Desenvolvimento de pesquisas f. Adequar o PNEFL às normas internacionais para a eliminação da Filariose Linfática g. Encaminhar aos organismos internacionais OPAS/OMS a proposta de criação de um Comitê para a Eliminação da Filariose Linfática nas Américas.
Para o Estado de Alagoas	a. Criar o Comitê Estadual do Programa de Eliminação da Filariose Linfática b. Manter as ações de inquérito hemoscópicos c. Dar continuidade às ações de tratamento seletivo d. Realizar inquérito entomológico e. Levantar, mapear e caracterizar os criadouros f. Executar ações de saneamento e controle biológico g. Desenvolver ações de vigilância e monitoramento do controle vetorial.
Para o Estado da Bahia	a. Criar o Comitê Estadual do Programa de Eliminação da Filariose Linfática b. Definir área estratégica para a realização de inquérito imunológico c. Implantar programa de controle da morbidade d. Realizar ações necessárias para a obtenção do Certificado de Eliminação da doença.

Quadro 8: Propostas Aprovadas na Reunião de Avaliação do PNEFL, 2000.

Nível de Governo/Atividade	Propostas
Para o Estado do Pará	<ul style="list-style-type: none"> a. Criar o Comitê Estadual do Programa de Eliminação da Filariose Linfática b. Promover avaliação epidemiológica para estratificação das áreas de risco c. Definir estratégias para a manutenção dos exames hemoscópicos de rotina d. Definir área estratégica para a realização de inquérito imunológico e. Dar continuidade às ações de tratamento seletivo f. Realizar inquérito entomológico g. Levantar, mapear e caracterizar os criadouros h. Criar comissões intersecretarias municipais para o planejamento e execução das intervenções físicas e biológicas i. Elaborar proposta de saneamento
Para o Estado de Pernambuco	<ul style="list-style-type: none"> a. Criar o Comitê Estadual do Programa de Eliminação da Filariose Linfática b. Criar Comitês Municipais do Programa de Eliminação da Filariose Linfática nos municípios com casos positivos c. Designar técnico para acompanhar e avaliar a situação epidemiológica e entomológica nos municípios que realizaram inquérito hemoscópico e não apresentaram casos positivos d. Priorizar a conclusão do inquérito hemoscópico nos municípios de Jaboatão dos Guararapes e Paulista e. Considerar os municípios de Recife, Olinda e Jaboatão dos Guararapes prioritários para o desenvolvimento das ações do programa de eliminação f. Definir as áreas para a realização dos tratamentos seletivos e de massa nos municípios prioritários g. Realizar inquérito de morbidade nos municípios prioritários h. Dar continuidade às ações de assistência aos portadores de morbidade filarêmica i. Levantar, mapear e caracterizar os criadouros j. Criar comissões intersecretarias municipais para o planejamento e execução das intervenções físicas e biológicas k. Executar ações de saneamento nas áreas identificadas como críticas l. Realizar ações de vigilância e monitoramento entomológico
Epidemiologia e Informação	<ul style="list-style-type: none"> a. Criar grupo de trabalho com a participação de técnicos das esferas municipal, estadual e federal para definir e implementar o sistema de informações b. Definir os formulários para a notificação c. Promover a análise epidemiológica dos inquéritos hemoscópicos, para a estratificação das áreas, segundo critérios de risco d. Elaborar proposta de sistema informatizado compatível com o SINAN e. Produzir informações que possibilitem avaliação epidemiológica e entomológica referentes ao agravo.
Controle Vetorial	<ul style="list-style-type: none"> a. Levantar, mapear e caracterizar os criadouros b. Formar comissões intersecretarias para o planejamento e execução das intervenções físicas e biológicas necessárias c. Criar sistema de vigilância e monitoramento do controle vetorial
Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> a. Definir laboratório de referência para o controle da qualidade das ações de rotina e dos inquéritos b. Adquirir equipamentos necessários para o laboratório de referência c. Reavaliar as áreas indenes com a utilização de testes imunológicos
Tratamento	<ul style="list-style-type: none"> a. Definir áreas prioritárias para o desenvolvimento das ações de tratamento b. Estratificar as áreas para intervenções seletivas e de massa c. Utilizar Dietilcarbamazina como droga de escolha para intervenções medicamentosas
Caracterização da Morbidade	<ul style="list-style-type: none"> a. Realização de inquéritos de morbidade em áreas historicamente endêmicas b. Capacitação de recursos humanos para acompanhamento dos inquéritos c. Aquisição de material necessário para a assistência aos casos diagnosticados d. Definição de unidade ambulatorial e cirúrgica de referência.

Continuação do Quadro 8: Propostas Aprovadas na Reunião de Avaliação do PNEFL, 2000.

Fonte: REUNIÃO DE AVALIAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE ELIMINAÇÃO DA FILARIOSE LINFÁTICA NO BRASIL (2000)

Como desdobramentos dessa reunião, destacam-se a reformulação do PNEFL com incorporação das propostas aprovadas (BRASIL. Ministério da Saúde, 2000c); e o encaminhamento em julho do mesmo ano, do Projeto para Estruturação do Sistema de Informação para a Vigilância epidemiológica e Monitorização do Plano de Eliminação da Filariose Linfática (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2000b), com a finalidade de:

Produzir informações compatíveis com a necessidade de diferentes níveis, garantindo uma avaliação permanente das ações executadas e do impacto sobre a situação da doença, além de poder contribuir para o desenvolvimento dos profissionais de saúde e para a construção de uma consciência sanitária coletiva, que amplie o exercício do controle social e da cidadania. (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2000b, p.7)

Outra questão que destaca a importância dessa Reunião de Avaliação foi a organização do Programa de Eliminação da Filariose na cidade do Recife. Alguns pesquisadores entrevistados destacam que ele representa a primeira ação concreta e que acompanha as mudanças implementadas pelo SUS, particularmente no que diz respeito à descentralização das ações e organização das atividades:

Na época da SUCAM não existia uma coisa sincronizada, era meio anárquica, não existia uma organização, uma estrutura, sempre se mudava de coordenador, de 86 em diante, e depois com a descentralização, como não existia uma coisa montada e como eram vários municípios, isso foi repassado sem muita padronização. Agora, os municípios estão assumindo com essa proposta de eliminação. Acho que é o primeiro período em que se vê algo diferente do que se fazia em 1950. Antes, até pouco tempo, se resumia a fazer o fura-dedo por solicitação política ou solicitação de uma associação de moradores, não existia uma estratégia, um olhar de territorialização, um olhar de necessidades maiores. (Informação verbal)⁶⁶.

Mas o que aconteceu de concreto foi recentemente, com a criação do Programa de Controle da Filariose pela Prefeitura (do Recife). Isso aí, pra mim, foi de fato uma ação, uma medida, um programa que foi instalado como uma medida bem concreta de controlar a filariose. No campo do tratamento dos pacientes e dos vetores. Eu não tenho conhecimento de um programa assim com o objetivo claro e preciso o desenho bem estruturado. (Informação verbal)⁶⁷.

Nesse mesmo ano, a OMS aprova e publica nova versão do Programa Global de Eliminação da Filariose Linfática (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2000b) que reafirma os dois pilares básicos para a eliminação da doença como sendo: interrupção da transmissão e prevenção, manejo e reabilitação de seqüelas.

⁶⁶ Entrevista com P10.

⁶⁷ Entrevista com P7.

No relatório de atividades do Programa publicado em 2000 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000b), registra-se que foram desenvolvidas atividades que culminaram com o mapeamento da distribuição global da filariose, com definição das atividades de monitoramento relacionadas ao suprimento de drogas e diagnósticos, a doença (linfedema, elefantíase, hidrocele), distribuição de drogas para o tratamento e parâmetros epidemiológicos de avaliação parasitológica e da infecção. Também se registram a criação do Centro Internacional de Treinamento em Filariose Linfática na Universidade Federal de Pernambuco e avanços científicos relacionados ao regime de co-administração segura de duas drogas (albendazol associado à DEC e albendazol associado à ivermectina).

Como principais desafios para a eliminação da doença apontados para o ano de 2001 destacam-se:

- Expansão dos programas nacionais de 14 existentes para 16 países que deverão introduzir o tratamento em massa
- Mapeamento prevalência da filariose linfática, incluindo as seqüelas
- Implantação dos Centros de Treinamento em Gerenciamento do Programa em cada regional da OMS
- Desenvolvimento de um sistema de informações
- Estratégia de controle de seqüelas
- Desenvolvimento de um guia de avaliação de ausência de infecção ou certificado de eliminação
- Integração com os programas de controle de doença
- Regionalização do gerenciamento e implementação do programa
- Financiamento de projetos e modelos de programas
- Registro documental de impacto e desenvolvimento de um modelo de avaliação
- Iniciativas de mobilização social

- Reavaliação do papel do controle biológico de vetores no Programa Global de Eliminação da Filariose Linfática
- Criação de uma estratégia de financiamento do programa e do plano de ação.

No Primeiro Encontro Regional de Gerentes de Programas de Eliminação da Filariose nas Américas realizado na República Dominicana em 2000 (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2000) destaca-se que a doença está presente em sete países americanos: Brasil, Costa Rica, República Dominicana, Guiana, Haiti, Suriname e Trinidad e Tobago.

No encontro, reafirma-se o princípio conceitual de eliminação da filariose linfática como um problema de saúde pública através da implementação de um programa efetivo, socialmente responsável e integrado aos demais programas e sistemas de saúde. Os objetivos preconizados no Programa Global de interrupção da transmissão e prevenção de seqüelas também são reforçados, utilizando-se as estratégias já definidas de tratamento em massa para a população endêmica.

O documento ainda registra que, embora o *Culex* seja o único mosquito transmissor da filariose linfática na região, as medidas de controle vetorial não têm sido consideradas nas estratégias de eliminação, e observa que intervenções mínimas nesse caminho seriam importante suporte para atingir o status de eliminação desejado.

Nesse evento o Brasil apresenta que o Programa Nacional se organizou sob a coordenação do Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI), órgão da Fundação Nacional de Saúde e está em processo de criação do Comitê Consultivo. Aponta que o Plano Nacional prevê:

- A efetivação do Comitê Nacional para monitorar o Programa Nacional de Eliminação da Filariose Bancroftiana
- Elaboração de um Manual do Programa Nacional de Eliminação da Filariose Bancroftiana
- Desenvolvimento de inquérito epidemiológico para verificar a prevalência e morbidade

- Mapeamento da infecção e criadouros
- Desenho e implementação de um sistema de registros
- Treinamento de pessoal
- Desenvolvimento de um plano para diagnóstico, tratamento e controle de morbidade
- Desenvolvimento de material educativo para estimular a participação comunitária
- Atualizar o Programa Nacional para estar em conformidade com as novas diretrizes internacionais de eliminação da doença.

Para 2001 o Programa Global de Eliminação da Filariose Linfática teve como objetivos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002a) :

- O tratamento em massa para cobrir uma população de 25 milhões de pessoas associado a ações de mobilização social;
- Desenvolver uma estratégia global de prevenção e controle de seqüelas através de cuidados individuais de higiene e limpeza das regiões afetadas e realização de atividades físicas;
- Organizar o primeiro workshop para gerentes de programas de treinamento com a finalidade de finalizar o módulo de treinamento de distribuição de drogas, treinamento de recursos humanos da saúde para o controle e prevenção de seqüelas; e,
- Desenvolvimento de pesquisas para garantir a sustentabilidade e sucesso do programa.

Nesse mesmo ano o Ministério da Saúde brasileiro publica Programa de Eliminação da Filariose (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2001) que incorporou os principais pontos discutidos durante a Reunião de Avaliação ocorrida no ano anterior em Recife, assim como as recomendações e propostas aprovadas e apresentadas em seu relatório final.

O documento de apresentação do Programa destaca que apesar dos movimentos recentes, as atividades continuavam “centradas no diagnóstico e quimioterapia dos pacientes portadores de microfilárias, além do tratamento dos casos clínicos e portadores de morbidade”. (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2001, p. 3). Uma demonstração clara da força da coalizão hegemônica, tradicional químico-dependente.

Não se registram grandes mudanças nas propostas para o período de 2001 e 2002. Algumas ações propostas na Reunião de Avaliação foram implantadas e o novo programa apenas propõe que sejam continuadas, reforçadas ou intensificadas, e em sua maioria estão relacionadas à Gerência Nacional do Programa e algumas dos estados endêmicos. As demais, particularmente vinculadas às ações específicas, não foram encaminhadas e foram reapresentadas (Quadro 9).

Nível de Governo/Atividade	Proposta
Para a Gerência Nacional	a. Nomear e realizar reunião do Comitê Nacional para acompanhamento do PNEFL b. Formalizar a definição das instituições e técnicos de referências para as áreas de epidemiologia, informação, controle vetorial, diagnóstico, tratamento e morbidade c. Dar continuidade à elaboração do Manual para o PNEFL d. Intensificar o apoio técnico e financeiro na execução de ações estratégicas para as atividades de: <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação epidemiológica • Capacitação • Inquérito de prevalência, morbidade e vetorial. • Criação e implementação de sistemas de informação • Comunicação, educação e participação comunitária. • Projetos de saneamento • Desenvolvimento de pesquisas e. Manter o Programa Nacional atualizado em relação às normas internacionais para a eliminação da Filariose Linfática f. Encaminhar aos organismos internacionais OPAS/OMS a proposta de criação de um Comitê para a Eliminação da Filariose Linfática nas Américas.
Para o Estado de Alagoas	a. Implementar as reuniões do Comitê Estadual do Programa de Eliminação da Filariose Linfática b. Manter as ações de inquérito hemoscópicos c. Dar continuidade às ações de tratamento seletivo d. Realizar inquérito de morbidade e. Realizar inquérito entomológico f. Levantar, mapear e caracterizar os criadouros g. Executar ações de saneamento e controle biológico h. Desenvolver ações de vigilância e monitoramento do controle vetorial.
Para o Estado da Bahia	a. Definir estratégia para a realização de inquérito imunológico b. Implantar programa de controle da morbidade c. Realizar ações necessárias para a obtenção do Certificado de Eliminação da doença.

Quadro 9: Propostas para Implementação do Programa de Eliminação da Filariose no Período 2001/2002.

Nível de Governo/Atividade	Propostas
Para o Estado do Pará	a. Realizar reunião do Comitê Estadual do Programa de Eliminação da Filariose Linfática b. Promover reavaliação epidemiológica para estratificação das áreas de risco c. Definir estratégias para a manutenção dos exames hemoscópicos de rotina d. Definir área estratégica para a realização de inquérito imunológico e. Dar continuidade às ações de tratamento seletivo f. Realizar inquérito entomológico g. Levantar, mapear e caracterizar os criadouros. h. Criar comissões intersecretarias municipais para o planejamento e execução das intervenções físicas e biológicas i. Elaborar proposta de saneamento
Para o Estado de Pernambuco	a. Intensificar as reuniões do Comitê Estadual do Programa de Eliminação da Filariose Linfática b. Criar Comitês Municipais do Programa de Eliminação da Filariose Linfática nos municípios com casos positivos c. Designar técnico para acompanhar e avaliar a situação epidemiológica e entomológica nos municípios que realizaram inquérito hemoscópico e não apresentaram casos positivos d. Avaliar a conclusão do inquérito hemoscópico nos municípios de Jaboatão dos Guararapes e Paulista e. Considerar os municípios de Recife, Olinda e Jaboatão dos Guararapes prioritários para o desenvolvimento das ações do programa de eliminação f. Definir as áreas para a realização dos tratamentos seletivos e de massa nos municípios prioritários g. Realizar inquérito de morbidade nos municípios prioritários h. Dar continuidade às ações de assistência aos portadores de morbidade filarêmica i. Levantar, mapear e caracterizar os criadouros j. Criar comissões intersecretarias municipais para o planejamento e execução das intervenções físicas e biológicas k. Executar ações de saneamento nas áreas identificadas como críticas l. Realizar ações de vigilância e monitoramento entomológico
Epidemiologia e Informação	a. Dar continuidade ao grupo de trabalho com a participação de técnicos das esferas municipal, estadual e federal para definir e implementar o sistema de informações b. Definição de formulário para a notificação c. Promoção de análise epidemiológica dos inquéritos hemoscópicos, para a estratificação das áreas, segundo critérios de risco d. Elaboração de proposta de sistema informatizado compatível com o SINAN e. Produção de informações que possibilite avaliação epidemiológica e entomológica referentes ao agravo.
Controle Vetorial	a. Levantar, mapear e caracterizar os criadouros b. Formar comissões intersecretarias para o planejamento e execução das intervenções físicas e biológicas necessárias c. Criar sistema de vigilância e monitoramento do controle vetorial
Diagnóstico	a. Definir laboratório de referência para o controle da qualidade das ações de rotina e dos inquéritos b. Adquirir equipamentos necessários para o laboratório de referência c. Reavaliar as áreas indenes com a utilização de testes imunológicos
Tratamento	a. Definir áreas prioritárias para o desenvolvimento das ações de tratamento b. Estratificar as áreas para intervenções seletivas e de massa c. Utilizar Dietilcarbamazina como droga de escolha para intervenções medicamentosas
Caracterização da Morbidade	e. Realização de inquéritos de morbidade em áreas historicamente endêmicas f. Capacitação de recursos humanos para acompanhamento dos inquéritos g. Aquisição de material necessário para a assistência aos casos diagnosticados h. Definição de unidade ambulatorial e cirúrgica de referência.

Continuação do Quadro 9: Propostas para Implementação do Programa de Eliminação da Filariose no Período 2001/2002.

Fonte: FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2001.

O Relatório Anual do Programa Global deste ano (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002a) mais uma vez reafirma os pilares básicos com vistas à eliminação da doença, justificando-se que pela dificuldade associada ao controle vetorial, as principais medidas baseiam-se no tratamento em massa para a população sob risco em áreas geográficas, embora seja importante o desenvolvimento de atividades de controle integrado de vetores.

Em 2002 o Programa Global registra que houve um crescimento do número de países que implementaram programas nacionais de eliminação que passam a ser 32, dez a mais do que em 2001 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003a). Os objetivos para este ano foram:

- Fortalecer as capacidades dos países endêmicos para acessar e mapear a distribuição da filariose linfática com vistas ao tratamento em massa. O mapeamento permite a categorização das áreas como endêmicas ou com transmissão, não – endêmicas e incertas;
- Atingir 50 milhões de pessoas nos países endêmicos com a estratégia de tratamento em massa associada a atividades de educação e comunicação com vistas à mudança de comportamento. Nesse sentido, a OMS se disponibiliza propõe a promover treinamento adequado para a implementação do método COMBI (Communication for Behavioural Impact) através de sua Unidade de Treinamento e Mobilização Social;
- Desenvolver ferramentas de comunicação e defesa do problema para sensibilizar os formuladores de política chaves;
- Desenvolver e implementar estudos de Conhecimento, Atitude e Práticas (Knowledge, Attitude and Practice – KAP) com vistas a balisar as adaptações regionais necessárias para o treinamento de prevenção de seqüelas na comunidade, voltado para o paciente, sua família, amigos e vizinhos;
- Concluir os princípios básicos e modelo de intervenção para a prevenção de seqüelas decorrentes da filariose linfática.

As metas definidas, relacionadas à interrupção da transmissão, ao controle da morbidade e ao programa são apresentadas no quadro 10.

Ação Específica	Meta		
	Até 2010	Até 2015	Até 2020
Interrupção da Transmissão	Implantação de tratamento em massa iniciado ou completado em todas as áreas de risco dos 80 países	Interrupção da transmissão em todos os países endêmicos	
Morbidade	Implantação de programas de controle de seqüelas em todos os países endêmicos.		Implantação de assistência domiciliar para todos os pacientes com linfedema ou cirurgia para todos com hidrocele.
Programa	Interrupção da transmissão em 10 países endêmicos.		Implantar a vigilância de crianças nascidas após 2015 para verificar a ausência de transmissão em todos os países reconhecidamente endêmicos

Quadro 10: Plano Estratégico do Programa Global de Eliminação da Filariose Linfática, 2002.

Fonte: TOWARDS (2004).

O Relatório do Programa para o ano de 2002 registra queda no número de casos nos países Brasil, Costa Rica, República Dominicana, Suriname e Trinidad e Tobago. No Brasil, destaca-se que Belém e Maceió talvez já tenham atingido a meta de eliminação da doença e que o principal foco do país, localizado em Recife, estava implementando as ações.

Acredita-se que para se atingir a meta de eliminação global da filariose linfática até 2020, a transmissão precisa ser reduzida para o nível de incidência de 1 por 1000 em crianças nascidas numa determinada área onde houve a introdução do tratamento em massa, até o ano de 2015. Os cinco anos restantes, 2015 a 220, ficam reservados para a vigilância de incidência em crianças nascidas após o encerramento do tratamento em massa.

Em janeiro de 2002 a OMS publica os resultados de uma consulta informal sobre o papel do controle vetorial no Programa Global de Eliminação da Filariose Linfática (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002b). Também se discutiu a possibilidade de se avaliar a prevalência de filariose por amostragem e experimentos com os vetores, o chamado xenomonitoramento.

A consulta teve como objetivos:

- Rever e analisar o controle de vetores nos programas de controle da filariose linfática;
- Identificar situações epidemiológicas especiais onde o controle vetorial possa assumir um papel importante para acelerar e elevar os efeitos positivos do tratamento em massa;
- Definir as estratégias de controle vetorial sustentável e com maior custo-benefício;
- Definir o potencial do papel do xenomonitoramento no Programa Global.

Embora o foco principal do controle da filariose linfática no Programa Global seja o tratamento em massa, acredita-se ser provável que medidas de controle vetorial possam acelerar a interrupção da transmissão e há certo estímulo para o desenvolvimento de controle integrado de vetores, inclusive com outras doenças transmitidas por vetores, e melhoria das condições sanitárias como atividades a serem implementadas nos programas nacionais, que também devem implementar ações de mobilização social e envolvimento comunitário. Entretanto, destaca-se a necessidade de priorizar os recursos para o tratamento em massa em áreas endêmicas devido a sua rapidez de cobertura, deixando o controle vetorial integrado para situações de comprovado custo-benefício.

No documento se reconhece a utilidade prática dos ensaios com PCR para detectar a infecção filarial em mosquitos e recomenda a sua introdução nos programas, por serem mais economicamente factíveis do que a detecção de antígeno, nos casos de xenomonitoramento da prevalência de microfilária em populações humanas e verificar a interrupção da transmissão.

Ainda em 2002 aconteceu o Segundo Encontro da Aliança Global para a Eliminação da Filariose em Nova Deli, no qual o Brasil não esteve representado. Porém, registra-se em seu relatório final que o país já tem o quadro epidemiológico mapeado e desenvolvido ações de mobilização social, porém os demais componentes não foram iniciados. O desafio do programa nacional é obter o empenho político do Ministério da Saúde e incluir ações de prevenção da doença e das seqüelas num plano nacional.

O encontro resolve como prioridades, desenvolver ações voltadas para:

- Finalizar o mapeamento da distribuição da filariose até 2005;
- Dar maior abrangência aos programas nacionais de eliminação para promover o aumento da cobertura requerida de uma população de risco de 350 milhões de pessoas até 2005;
- Manter o empenho para a prevenção de seqüelas e concentrar os esforços para que até 2005 50% dos programas tenham uma estratégia de prevenção de seqüelas como parte do plano nacional;
- Fazer todos os esforços para obter recursos adicionais para os propósitos anteriores como um suplemento de contribuição para os países endêmicos.

Em encontro do Programa Regional de Eliminação da Filariose Linfática nas Américas (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2002a), destaca-se que o objetivo principal seria concentrar esforços nos quatro países onde a filariose linfática continua sendo um importante problema de saúde pública: República Dominicana, Haiti, Guiana e Brasil. Os demais países antes considerados de importância para o controle da doença (Costa Rica, Suriname e Trinidad e Tobago), se encontravam naquele momento bem encaminhados na meta de eliminação da doença.

Nesse encontro o Brasil relatou que completou o levantamento de morbidade em Maceió e seus planos para realizá-lo em Recife em 2003 e destaca a necessidade urgente de se ter o envolvimento de setores da academia como parte da força tarefa local. Registra que embora tenha sido proposta a criação de Comitês Técnicos Nacional e Locais, estes ainda não foram oficializados. No período entre 1998 e 2002 foi realizado um levantamento da microfilaremia em oito municípios do Estado de Pernambuco (Recife, Olinda, Jaboatão, Itamaracá, Camaragibe, Moreno, Cabo e Paulista), sendo que quatro deles apresentaram positividade: Recife, Olinda, Jaboatão e Paulista.

Os principais objetivos do programa brasileiro apresentados nesse evento são a interrupção da transmissão dos focos nacionais através de tratamento medicamentoso e controle de vetores, além de garantir a assistência aos pacientes acometidos pela doença.

Para atingir esses objetivos o país propõe a realização das seguintes atividades:

- Detecção de casos com tratamento seletivo;
- Busca ativa a detecção passiva de casos associada;
- Tratamento individual de microfilarêmicos e casos clinicamente confirmados;
- Controle da morbidade;
- Controle de Vetores;
- Saneamento ambiental.

Para a cidade do Recife, principal foco da filariose linfática no país, atingir o objetivo principal de eliminar a doença se traduziu na necessidade de:

- Melhorar a cobertura de diagnóstica;
- Tratar todos os indivíduos positivos;
- Identificar os focos com alta prevalência, para desenvolvimento de ações coletivas;
- Desenvolver o controle integrado de vetores em colaboração com os setores; responsáveis pelo saneamento e a educação;
- Implementar infra-estrutura urbana na cidade.

Dentre as estratégias previstas para o país, destacam-se:

- Descentralização do controle da doença para estados e municípios;
- Assimilação das recomendações técnicas;
- Desenvolvimento de ações de combate ao vetor;
- Tratamento em massa nos focos bem circunscritos.

Ainda nesse encontro a gestão municipal da cidade do Recife destaca como objetivos principais do Programa local reduzir a transmissão da filariose linfática através de medidas de redução dos fatores de risco ambientais e do tratamento dos indivíduos infectados, além de

desenvolver e conduzir atividades de promoção e prevenção para a população sob risco e garantir o tratamento para as pessoas com quadros severos e crônicos. Aqui, se evidencia a maior participação da coalizão ecossistêmica nessa esfera de governo e como consequência, ações diferenciadas são implementadas.

A organização do Programa de Controle da Filariose Linfática da Cidade do Recife levou em consideração os critérios de endemicidade e condições sócio-ambientais, e integra o Programa de Saúde Ambiental do município. Com base nesses critérios, o município foi dividido em microáreas conforme grau de prioridade. As áreas de prioridade 1 correspondem às comunidades com nível de endemicidade alta e intermediária; nas áreas de prioridade 2 estão as comunidades com nível de endemicidade intermediária e risco social muito alto; nas áreas de prioridade 3, as comunidades com endemicidade intermediária, porém com risco social moderado ou baixo; as áreas de prioridade 4 correspondem às comunidades com baixa endemicidade; e as áreas de prioridade 5 não apresentam casos detectados da doença.

As atividades adotadas para o tratamento da população variam conforme o grau de risco da área. Dessa maneira, numa área de prioridade 1 com uma comunidade com alta endemicidade, se introduz o tratamento em massa. Numa área em que a endemicidade não é tão elevada, aplica-se o tratamento expandido para a população infectada e seus familiares. E nas demais áreas prioritárias será introduzido o tratamento individual.

Registra-se ainda nesse ano, através de entrevista com um pesquisador, o reconhecimento pelo Ministério da Saúde brasileiro do Serviço de Referência em Filariose do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, tendo sido firmado o primeiro convênio com a FUNASA:

Em 2002 nós formatamos um convênio com a FUNASA e aí sim, com um projeto formal para obtenção de recursos para a demanda do serviço de referência, para o diagnóstico e o tratamento clínico, em nível ambulatorial. Pela primeira vez nós fomos reconhecidos formalmente como Serviço de Referência no Brasil para o Ministério da Saúde. (Informação verbal)⁶⁸.

O Plano Estratégico do Programa Global de Eliminação da Filariose Linfática para o período entre 2003 e 2005 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004b), aprovado pelo Grupo Técnico Consultor (TAG) em março de 2003, apresenta as linhas estratégicas para

⁶⁸ Entrevista com P1.

subsidiar os Grupos Revisores do Programas Regionais e para os Gerentes dos Programas Nacionais.

A operacionalização do Plano propõe a regionalização das ações, para que sejam desenvolvidas de acordo com as especificidades locais; desenvolvimento do Plano vinculado aos sistemas de saúde existentes, para que não haja ações paralelas e reforce os sistemas locais; a sua sinergia com os demais programas nacionais de controle ou eliminação de doenças, como forma de melhorar a eficiência e operacionalização das ações; o compromisso dos gestores com a inclusão do Plano dentro das estratégias de desenvolvimento nacionais; e a criação de parcerias envolvendo os setores público, privado, organizações não governamentais e a sociedade civil para dar suporte ao desenvolvimento das ações.

Os objetivos estratégicos para atingir a meta de eliminação da filariose até 2020 prevêm a implementação do Programa de Eliminação da Filariose Linfática em todos os países endêmicos, de modo crescente, sendo que para o período 2003-2005 a meta era atingir 46 países; no período seguinte, 2006-2010, ampliar para os demais países endêmicos; e o período restante, 2010-2020, ter a interrupção da transmissão até 2015 e a sua eliminação até 2020 (Quadro 11).

O Programa de Eliminação da Filariose Linfática no Brasil (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2003) registra para esse mesmo ano que a Gerência Nacional continuaria procurando adequar este e os demais programas estaduais e municipais, às diretrizes do Programa Global recomendado pela OMS. Destaca também que atenção especial será direcionada aos municípios de Recife, Olinda e Jaboatão em Pernambuco, que iniciaram as atividades de tratamento em massa; Maceió, Alagoas; e Belém, Pará. Expressa ainda o “desejo dos técnicos de implementar uma cobertura total das áreas endêmicas, com o sal fortificado com DEC” (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2003, p.2).

Para a cidade do Recife, Pernambuco, destaca que foi finalizada a análise do inquérito de morbidade, realizado no período entre 1999 e 2000, que identificou a maior prevalência da doença no Distrito Sanitário II (Quadro 12), onde teve a implementação de uma intervenção piloto de tratamento em massa na área.

O Distrito Sanitário II está localizado na zona norte da cidade e se organiza nas Microrregiões 1, 2 e 3, que registraram respectivamente prevalências de 2,42%, 5,81% e 2,27%. Com base nesses dados, definiu-se a Microrregião 2 como prioritária para a

intervenção, especificamente nos bairros de Água Fria e Alto de Santa Terezinha, que apresentaram as maiores prevalências da cidade, com 6,21% e 10,37% , respectivamente. O núcleo da intervenção foi definido pelas maiores prevalências localizadas em três localidades posicionadas na área de intersecção dos dois bairros (Córrego do Deodato, Alto do Deodato e Alto do Pascoal).

2003–2005
Mapeamento completo das unidades de implementação no âmbito dos países onde ocorre a transmissão da filariose linfática.
Ampliação do programa para 46 países e 350 milhões de pessoas.
Implantação de programas de prevenção de seqüelas em pelo menos 23 países.
Avaliação de impacto e demonstração do sucesso do tratamento em massa.
2006–2010
Início do tratamento em massa em todas as unidades de implementação até o fim de 2010.
Ampliação para 80 países e toda a população endêmica.
Verificação da interrupção da transmissão em 10 países.
Implantação de programas de prevenção de seqüelas em todos os países endêmicos.
2011–2020
Interrupção da transmissão em todos os países endêmicos até 2015.
Vigilância de crianças nascidas após o fim do ano de 2015 nas localidades de todos os países.
Tratamento domiciliar para todos os pacientes com linfedema e hidrocele.

Quadro 11: Objetivos Estratégicos do Programa Global de Eliminação da Filariose Linfática, por períodos.

Fonte: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2004b).

Distrito Sanitário	Prevalência (%)
Distrito Sanitário I	1,98
Distrito Sanitário II	3,96
Distrito Sanitário III	1,02
Distrito Sanitário IV	0,56
Distrito Sanitário V	1,12
Distrito Sanitário VI	0,22
Cidade do Recife	1,34

Quadro 12: Prevalência de Filariose Linfática por Distrito Sanitário a Cidade do Recife, 2003.

Fonte: FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (2003).

Para a cidade de Olinda registra-se que a prevalência geral da filariose identificada no inquérito hemoscópico realizado entre 1999 e 2000 foi de 1,3%, sendo que as áreas de maior endemicidade localizavam-se no Distrito Sanitário I, que se limita geograficamente com as áreas focos de Recife. Os bairros com maiores índices microfilarêmicos foram: Alto da Conquista e alto de Nova Olinda, com prevalência de 9,2% cada, e de Águas Compridas, com 5,8%.

Em Jaboatão dos Guararapes, a prevalência identificada a partir do mesmo inquérito foi de 1,7%, sendo o Distrito Sanitário III a área de maior importância epidemiológica, onde se destaca o bairro de São Sebastião que apresentou prevalência de 11%.

O município de Paulista não realizou o inquérito hemoscópico, mas foi incluído no Programa Nacional por apresentar casos positivos identificados nos serviços de saúde.

Em Belém, Pará, a prevalência da filariose linfática identificada pelos inquéritos hemoscópicos realizados nos últimos anos vêm mostrando resultados praticamente zero, e a proposta foi de que se iniciasse o processo de avaliação da interrupção da transmissão no foco.

Alagoas, Maceió, também apresentava baixa prevalência e boa cobertura do tratamento em massa, dessa maneira, propõe-se a continuidade do monitoramento das ações, com vistas à certificação de eliminação da doença, iniciando-se pela reavaliação dos pacientes pelo ICT.

No Relatório Anual do Programa Global de Eliminação da Filariose Linfática referente ao ano de 2003 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005b), se destaca que o uso do ICT-Card (Immuno-Chromatographic Test) como uma ferramenta rápida e prática de diagnosticar a filariose linfática tem facilitado a expansão das atividades de mapeamento da distribuição da doença nos países endêmicos. Dessa forma, até o final de 2003, 45 países (54% dos países endêmicos) completaram o seu mapeamento e outros 17 países (20%), dentre eles o Brasil, haviam implementado e estavam desenvolvendo os seus mapeamentos.

O relatório destaca também a importância de ações de mobilização social no sentido de se garantir apoio político, geração de recursos nacionais e estímulo à construção de parcerias entre os setores público e privado.

Suas conclusões apontam para a necessidade de se buscar uma nova visão da saúde pública, com a introdução do tratamento em massa através de intervenções rotineiras, não

campanhistas e que sejam integradas ao controle integrado de doenças. Nessa perspectiva, sugerem que as ações sejam direcionadas para as diversas doenças consideradas negligenciadas, utilizando-se tratamento em massa anual ou bianual, para a população infectada ou sob risco de infecção de esquistossomose, parasitose intestinal, oncocercose e tracoma, que estão diretamente relacionadas com a perpetuação da pobreza (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005a).

Em dezembro desse mesmo ano, acontece em Filadélfia, Estados Unidos, o Fórum de Pesquisa em Filariose Linfática que contou com a participação de 66 pesquisadores titulares e especialistas oriundos de 21 diferentes países que discutiram e elaboraram o Plano Estratégico de Desenvolvimento de Pesquisas para dar suporte ao Programa Global de Eliminação da Filariose Linfática (TOWARDS, 2004).

Seu relatório final contou também com a participação de 24 representantes de outros 11 países, que não puderam estar presentes no evento, e destaca que apesar dos avanços conseguidos com o programa, tem se observado negligenciamento no desenvolvimento de pesquisas operacionais e básicas que lhe dêem suporte.

Para os membros do Fórum, uma característica essencial para o sucesso dos programas de saúde pública é o envolvimento continuado de uma comunidade científica pronta para apresentar soluções para os problemas identificados pelos programas no momento em que eles surgem, assim como para os problemas e barreiras previstos que podem aparecer durante o desenrolar das atividades. Além do mais, as pesquisas operacionais precisam estar direcionadas para os programas e ter o objetivo de eliminação da doença limitado a um determinado espaço de tempo.

No tocante ao controle de vetores este é referido como desafio para os programas devido ao grande número de espécies presentes nos países, o que exige uma detalhada compreensão acerca da ecologia dos insetos na área, assim como de métodos que avaliem o impacto dessas ações e monitorem a sua eficiência. Além do mais, essas ações devem estar integradas aos demais programas de controle de doenças de transmissão vetorial (TOWARDS, 2004). Essas considerações são indicativas da presença da coalizão ecossistêmica.

Para o ano de 2004 o plano de ação brasileiro destacou a importância do desenvolvimento de ações integradas de educação, saneamento, tratamento e controle para se

alcançar os objetivos do Programa de Controle da Filariose Linfática no país (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2004). Agora a coalizão ecossistêmica se encontra mais presente nas definições da política, graças ao espaço de participação política na gestão municipal da cidade do Recife, que assume importante papel na definição das orientações do Plano Nacional.

Recife e sua Região Metropolitana continuavam a apresentar o foco principal da doença no país. Porém registram-se alguns importantes avanços do programa de eliminação:

- Ampliação do número de unidades de coleta de sangue para exame da filaremia de 19 para 100;
- Crescimento do número de unidades de tratamento de 7 para 130;
- O inquérito de prevalência conduzido no Distrito Sanitário II mostrou queda para valores menores do que 5% nas áreas prioritárias que correspondem aos bairros de Água Fria e Alto de Santa Terezinha;
- Decréscimo na densidade de vetor no Distrito Sanitário II de 34 insetos por armadilha (julho de 2003) para 12 por insetos por armadilha (julho de 2004);
- Realização de um convênio com o Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães para assessoramento ao Programa e realização de exames laboratoriais e hemoscopia;
- Parceria com a Secretaria Municipal de Saneamento e a ENLURB (Empresa de Limpesa Urbana); e,
- Envolvimento da comunidade nas ações.

Propunha-se então a realização de melhorias sanitárias no Distrito Sanitário II e a realização de inquérito nas demais áreas da cidade e implementar ações de vigilância de efeitos colaterais e avaliação da situação no pós-tratamento a ser realizada com o envolvimento do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães.

Para Maceió (Alagoas) previa-se a implementação do controle vetorial, outro ciclo de tratamento da população infectada e o monitoramento dos pacientes com linfedema, além de ações de mobilização social.

Para Belém (Pará) as propostas foram de realização de inquéritos hemoscópico e entomológico com vistas à certificação de eliminação da transmissão nos focos, além de ações de mobilização comunitária.

O Programa Global de Eliminação da Filariose Linfática teve seu Plano Estratégico revisado durante o Terceiro Encontro da Aliança Global realizado em 2004 (TOWARDS, 2004) e passou a propor como metas relacionadas a interrupção da transmissão, a morbidade e ao programa (Quadro 13).

Ação Específica	Meta		
	Até 2010	Até 2015	Até 2020
Interrupção da Transmissão	Implantação de tratamento em massa iniciado ou completado em todas as áreas de risco dos 80 países	Interrupção da transmissão em todos os países endêmicos	
Morbidade	Implantação de programas de controle de seqüelas em todos os países endêmicos.		Implantação de assistência domiciliar para todos os pacientes com linfedema ou cirurgia para todos com hidrocele.
Programa	Interrupção da transmissão em 10 países endêmicos.		Implantar a vigilância de crianças nascidas após 2015 para verificar a ausência de transmissão em todos os países reconhecidamente endêmicos.

Quadro 13: Plano Estratégico do Programa Global de Eliminação da Filariose Linfática, 2004.

Fonte: TOWARDS (2004).

No Relatório Anual desse ano (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005b), registra-se um total de 52 países com o mapeamento da distribuição da filariose linfática concluído e 16 outros prestes a completar essa atividade. Após análise histórica dos dados epidemiológicos dos países americanos se destaca que Costa Rica, Suriname e Trinidad e Tobago parece ter conseguido a interrupção da transmissão, necessitando apenas confirmação posterior. Destaca que o Brasil continuava mapeando a distribuição da doença e estava na segunda campanha do tratamento seletivo com DEC em algumas áreas do Recife.

O Relatório Anual do Programa Global de Eliminação da Filariose Linfática referente ao ano de 2005 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2006b) registra que conseguiu

alcançar aproximadamente metade da população global sob o risco da doença com o tratamento em massa até o fim de 2005.

Dos 83 países endêmicos, 42 implementaram o tratamento em massa, 59 completaram o mapeamento, 11 estavam desenvolvendo essa atividade e 13 ainda precisam dar início. Em inquéritos realizados no Cabo Verde, China, República Democrática Popular do Laos, República da Coreia, Ilhas Salomão, Costa Rica, Suriname e Trinidad e Tobago indicam que esses países não apresentam mais focos ativos de transmissão da doença e não mais precisam de tratamento em massa no futuro.

O relatório destaca que o Brasil persiste com dois focos, um na Região Metropolitana de Recife (Pernambuco), considerado o foco principal, e em Maceió (Alagoas), onde a transmissão é considerada em fase de pré-eliminação. Em Belém (Pará), há fortes indícios de que o foco de transmissão foi eliminado. O mapeamento dos focos ativos está praticamente completo, restando Recife concluir. A estratégia utilizada no país consiste no inquérito sorológico, seguido de tratamento seletivo dos indivíduos. Desde 2003, parte da Região Metropolitana do Recife introduziu o tratamento em massa com DEC e em 2005 conseguiu atingir 87% de um grupo populacional de 63.800 pessoas que foram consideradas elegíveis para tratamento. Na conclusão, reafirma a importância do desenvolvimento de ações intersetoriais e a inclusão do Programa de Eliminação da Filariose em todas as esferas do Sistema de Saúde, para se atingir a meta de eliminação da doença.

Como só nos anos mais recentes, a coalizão ecossistêmica tem tido maior influência na definição política do modelo de controle da filariose linfática no país, para alguns gestores, durante todo o trajeto de implementação do Programa de Eliminação da Filariose ele tem mantido as mesmas orientações definidas ainda durante o período em que era coordenado pela SUCAM:

O programa de filariose, ele foi herdado da antiga SUCAM e eu diria que até muito recentemente toda a abordagem foi mantida na lógica da SUCAM. Mesmo que a partir de 1990 a SUCAM tenha sido extinta e já se pense em trabalhar no sentido de buscar uma outra lógica, aqueles agravos que antes eram tradicionalmente assistidos pela SUCAM eles, por motivos óbvios, permaneceram ainda com a mesma lógica. (Informação verbal)⁶⁹.

⁶⁹ Entrevista com G7.

Porém, na opinião dos pesquisadores, diferentemente dos momentos anteriores, no momento atual tem havido maior comprometimento dos gestores com o controle e eliminação da doença:

O que eu acho que aconteceu aqui ao longo dos anos, diferentemente da atualidade, foi que os gestores nunca investiram em filariose, nunca vestiram a camisa. Eu acho que agora a coisa está caminhando, está tendo continuidade, está se acreditando, diferentemente do passado. Recife chegou aos níveis que chegou porque não houve nenhum investimento. (Informação verbal)⁷⁰.

Entretanto, outros acreditam que embora passos importantes tenham sido dados, o trabalho encaminhado ainda é tímido na cidade do Recife:

Estão fazendo um trabalho na Secretaria de Saúde (*da cidade do Recife*) que eu diria ainda tímido, mas que já é alguma coisa. Creio que do jeito que estão fazendo, ao invés de acabarem em 4 anos talvez levem cerca de 10 anos para acabar (*com a filariose*). (Informação verbal)⁷¹.

Essa opinião também se assemelha com a de um gestor federal que observa que as ações implementadas são limitadas e precisam ser ampliadas.

Basicamente o que eu vejo é falta de aplicação das estratégias de controle com a cobertura que é necessária. Um trabalho desse é muito bom, mas é limitado. Naquela área em que foi bem aplicado, no Alto de Santa Terezinha, os indicadores já mostram um resultado muito bom, mas só lá. E lá vai ter que ser mantido por uns 5 a 6 anos para poder se ter uma garantia. E o problema é que se tem um resultado muito bom ali, mas se não tratar as áreas arredores vai realimentar de novo. (Informação verbal)⁷².

Destaca-se ainda a ausência do Ministério da Saúde brasileiro e a Secretaria Estadual da Saúde, que segundo relato de um dos pesquisadores, não tem assumido os seus papéis de coordenadores do processo e serem os líderes do processo em seu nível de comando do SUS. Desse modo, a OPAS passa a liderança do processo, substituído inclusive o nível federal, mas permanece um vácuo no que se refere a existência de uma política específica:

Uma coisa que eu acho que é intrigante é que durante todo esse tempo quem assumiu o papel do Ministério da Saúde foi a OPAS. A OPAS tem uma penetração enorme. Ele que tem os programas e o Ministério está totalmente omisso e sempre esteve. Não há uma política do Ministério como há para hanseníase, para tuberculose e que as coisas vêm de lá, o papel dele de coordenar é inexistente. Fica a cargo de cada grupo. É uma doença que está restrita ao nordeste, fora do eixo sul, muito localizada, mais na região metropolitana do Recife, e eu acho que isso é um ponto fraco do programa: a

⁷⁰ Entrevista com P1.

⁷¹ Entrevista com P2.

⁷² Entrevista com G10.

ausência do Ministério como normatizador, o que coordena todo o processo. Fica tudo muito disperso. O estado por sua vez não tem um papel de liderança que deveria assumir e fica cada um por si (Informação verbal)⁷³.

Porém o gestor estadual destaca que a Secretaria de Saúde do Estado tem participado e que tem a função de acompanhar o desenvolvimento das ações e de fazer a ligação entre os municípios e o nível federal:

A nossa parte aqui no Estado é mais de acompanhamento, de assessoramento e intercâmbio entre eles e o Ministério, porque a filariose está em outro patamar. Por ela ter sido a primeira endemia a ter sido descentralizada, isso favoreceu em alguns aspectos. (Informação verbal)⁷⁴.

E o Gestor federal relata o seu envolvimento na construção da proposta, com a participação da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde:

Recife fez uma proposta em conjunto com a Secretaria de Vigilância, uma proposta que nós apoiamos com recursos, uma proposta que previa em primeiro lugar uma abordagem mais ampla do que só o tratamento em massa. (Informação verbal)⁷⁵.

4.1.2.3 O Sistema de Crenças e Idéias das Coalizões

As duas coalizões presentes no subsistema de controle de doenças transmitidas por vetores apresentam compreensões distintas que compõem o sistema de crenças e idéias que se traduzem na concepção da política e na sua implementação. Para a melhor compreensão do sistema de idéias aqui caracterizado, as principais concepções das coalizões são apresentadas no Quadro 14.

No Núcleo Profundo da política, a coalizão tradicional químico-dependente se caracteriza por suas concepções fragmentadas do conhecimento científico, de corte positivista, baseadas em disciplinas como a microbiologia, a clínica médica e a toxicologia, e em modelos de causalidade a partir de fatores ligados ao agente etiológico, ao hospedeiro e ao ambiente. O ambiente é compreendido como uma externalidade e não como fruto das relações e da interdependência com a saúde da população.

⁷³ Entrevista com P3.

⁷⁴ Entrevista com G4.

⁷⁵ Entrevista com G8.

	Coalizão Tradicional Químico-Dependente	Coalizão Ecológica
Núcleo Profundo	<ul style="list-style-type: none"> • Concepções positivistas. • Fragmentação do conhecimento • Lastreada por disciplinas como a microbiologia e a toxicologia. • Baseada em modelos de causalidade a partir de fatores ligados ao agente etiológico, ao hospedeiro e ao ambiente. • Ambiente como uma externalidade e não fruto de relações e de interdependência com a saúde da população. 	<ul style="list-style-type: none"> • Concepções sociológicas e ecológicas. • Interdisciplinaridade e complexidade. • Incorporação de determinantes sociais no processo saúde-doença da população. • Internalização do ambiente como espaço socialmente construído. • Relação ambiente-saúde com a qualidade de vida das pessoas e o desenvolvimento sustentável.
Núcleo Central da Política	<ul style="list-style-type: none"> • Concepção descontextualizada e fragmentada. • Concepção de base individual, focalizada nos fatores de risco. • Erradicação do agente etiológico e/ou de seus vetores. • Para Dengue, a erradicação do vetor, o mosquito <i>Aedes aegypti</i>. • Para a Filariose, a eliminação do helminto <i>Wuchereria bancrofti</i> e, com menor força, o combate ao mosquito <i>Culex quinquefasciatus</i>, vetor da doença. 	<ul style="list-style-type: none"> • Perspectiva crítica e sistêmica. • Preconiza o melhor equilíbrio do ecossistema. • Concepção de base coletiva, que incorpora as condições de vida e a percepção social do risco, com repseito às especificidades dos grupos populacionais. • Controle das doenças baseado em ações coletivas e participação ativa da população. • Intervenções integradas nos condicionantes sócio-ambientais que interferem na saúde humana.
Aspectos Secundários	<ul style="list-style-type: none"> • Utilização de produtos químicos. • Para o Dengue: inseticidas químicos para a erradicação dos mosquitos. • Para a Filariose, a utilização de quimioterápicos administrado para toda a população sob risco e uso de inseticidas químicos contra o <i>Culex</i>. • Centralização das decisões. • Intervenção através de programas ou campanhas pontuais e descontinuadas. • Participação passiva da população. 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementação de medidas de saneamento ambiental. • Controle mecânico e biológico dos vetores partir da compreensão das inter-relações complexas que conformam o ecossistema. • Tratamento dos doentes para evitar o agravamento da doença, sendo que de maneira seletiva, no caso da filariose. • Descentralização do poder e da execução compatíveis com a capacidade de cada nível de governo. • Intersetorialidade e gestão territorializada. • Participação ativa da sociedade durante todo o processo.

Quadro 14: Principais Concepções das Coalizões Tradicional Químico-Dependente e Ecológica, conforme Núcleo Profundo, Núcleo Essencial da Política e Aspectos Secundários.

A coalizão ecossistêmica está calcada em concepções sociológicas e ecológicas, com compreensão do conhecimento de forma interdisciplinar. Está pautada por um modelo de causalidade complexo que incorpora os determinantes sociais no processo saúde-doença da população, no qual o ambiente é internalizado enquanto espaço socialmente construído com intrínseca relação com a saúde, a qualidade de vida das pessoas e o desenvolvimento sustentável.

O Núcleo Central da Política da coalizão tradicional químico-dependente apresenta o foco principal na busca pela erradicação do agente etiológico e/ou de seus vetores, a partir da concepção de base individual, de modo que as pessoas são responsabilizadas pelas ações, e participam de forma passiva no processo. Numa perspectiva acrítica, limita-se a seguir as orientações produzidas no seu campo de conhecimento disciplinar. No caso da dengue, a erradicação do vetor, o mosquito *Aedes aegypti* assume papel de destaque. No caso da filariose, a eliminação do helminto *Wuchereria bancrofti* parece ter mais força, embora que também se proponha o combate ao mosquito *Culex quinquefasciatus*, vetor da doença.

A coalizão ecossistêmica por outro lado, opta por uma perspectiva crítica e sistêmica que preconiza o melhor equilíbrio do ecossistema e o controle das doenças baseado em ações coletivas integradas e prioritariamente voltadas para os fatores de risco sócio-ambientais que interferem na saúde humana a partir da concepção de base coletiva, que incorpora as condições de vida e a percepção social do risco, com respeito às especificidades dos grupos populacionais, que participam ativamente do processo.

Quanto aos Aspectos Secundários, a coalizão tradicional químico-dependente se fundamenta na utilização de inseticidas químicos para a erradicação dos mosquitos, especialmente no caso do dengue. Para a filariose, a utilização de quimioterápicos, como a Dietilcarbamazina e a Ivermectina, administrados para toda a população sob risco, para aniquilar com os helmintos é a estratégia essencial. Para o controle vetorial preconiza o uso de inseticidas. As definições são tomadas no nível central, deixando às demais esferas de governo apenas a execução das ações que são geralmente implementadas através de programas e campanhas pontuais e descontinuadas, sem envolvimento da população.

A coalizão ecossistêmica propõe a implementação de medidas de saneamento ambiental, o controle biológico dos vetores, a partir dos conhecimentos acerca do ecossistema e o tratamento dos doentes para evitar o agravamento da doença, sendo que para a filariose,

não considera adequado o tratamento em massa, propondo que seja de maneira seletiva. Preconiza a descentralização do poder e da execução das ações compatíveis com a capacidade de gestão em cada nível de governo, de forma intersetorial e territorializada, com ampla participação da sociedade durante todo o processo.

4.2 A Produção Científica Relacionada à Dengue e Filariose

4.2.1 Características Gerais

Com a finalidade de analisar a produção científica relacionada com a problemática das doenças de transmissão vetorial, foram identificados 923 artigos científicos nas bases bibliográficas com referências em meio eletrônico relativas ao estudo de diferentes aspectos da dengue ou filariose, dos quais, 544 eram especificamente relacionados à dengue e 379 à filariose.

Dentre os periódicos investigados, os cinco que apresentaram maior número de artigos publicados no período entre 1990 e 2005, foram: *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, responsável por 20,8% (191) de total publicado; seguido pelo *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, que publicou 18,4% (169) dos artigos, *Journal of Medical Entomology*, com 10,1% (93), *Tropical Medicine and International Health*, com 9,2% (85) e o *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz* com 8,5% (78). (Tabela 1).

O gráfico 2 evidencia que o número de publicações foi crescente no período, partindo de 10 artigos em 1990, chegando a 131 artigos em 2004, seguindo-se de uma pequena queda no ano seguinte para o número de 92.

Tabela 1: Número e percentual de artigos publicado sobre dengue e filariose bancroftiana, por periódico, no período 1990-2005.

PERIÓDICOS	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Total	%
Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene	5	8	9	5	17	13	23	10	16	12	19	14	14	9	10	7	191	20.7
American Journal of Tropical Medicine and Hygiene									29	18	11	24	23	34	19	11	169	18.3
Journal of Medical Entomology											16	19	2	9	31	16	93	10.1
Tropical Medicine and International Health							4	1	8	7	7	9	10	8	16	15	85	9.2
Memórias do Instituto Oswaldo Cruz					3		2	6	5	6	4	7	10	15	11	9	78	8.5
Revista de Saúde Pública	2	3	3	5	2	2	2	4	5	2	4	6	5	14	8	5	71	7.7
The Lancet (British Edition)	1	1	1		4	2	1	6	4	4	4	1	8	2	1	5	45	4.9
Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical								3	1	8	7	2	6	1	9	7	44	4.8
Cadernos de Saúde Pública		1		2	3		1	2	4	2	3	3	3	4	4	2	34	3.7
Nature				1		2	3	1	1		4			4	10	4	30	3.3
Bulletin of the World Health Organization	2	1	1	6		2	1	1	1	1		1		1	1	4	23	2.5
Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo						2	1	5	3	1		1	1	4	3	2	23	2.5
Revista Pan Americana de Salud Pública		1						3		2	3	1		2	2	3	17	1,8
The Brazilian Journal of Infectious Disease													1	2	2	3	8	0.9
The Lancet Infectious Diseases													2	2		2	6	0.7
Revista Brasileira de Epidemiologia													2	1	2		5	0.5
Revista Brasileira de Análises Clínicas															1		1	0.1
Total	10	15	14	19	29	23	38	42	77	63	82	88	87	112	130	95	923	100,2
%	1,1	1,6	1,5	2,1	3,1	2,5	4,1	4,6	8,4	6,8	8,9	9,6	9,4	12,2	14,1	10,3	100,2	

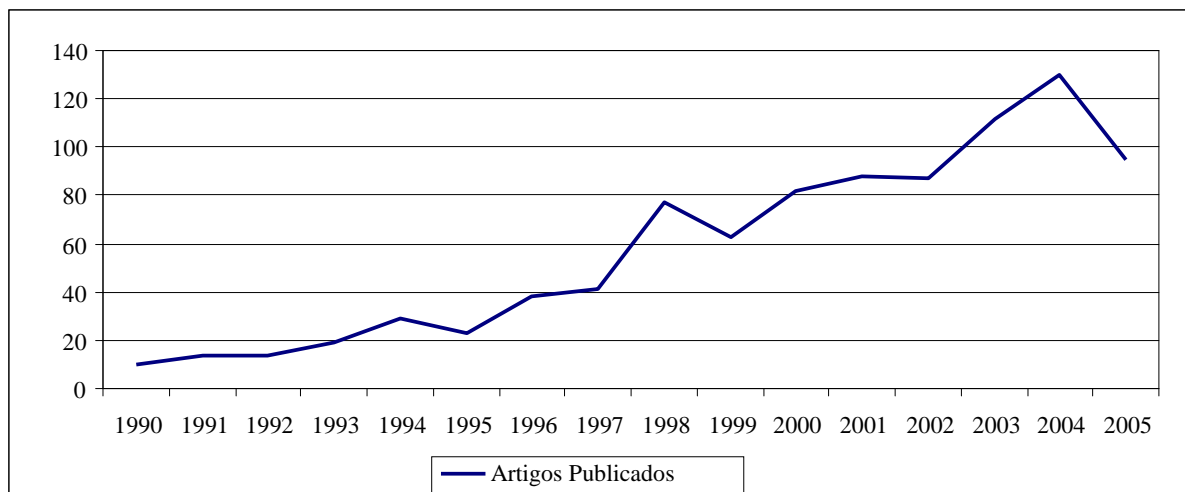


Gráfico 2: Número de artigos publicados sobre dengue e filariose bancroftiana no período de 1990 a 2005.

4.2.2 Produção Científica sobre Dengue

No que se refere à produção específica sobre dengue, observa-se na tabela 2, no apêndice, que os cinco periódicos com maior produção foram: American Journal of Tropical Medicine and Hygiene, com 23,5% (128); Journal of Medical Entomology com 12,1% (66); Revista de Saúde Pública com 11,8% (64); Memórias do Instituto Oswaldo Cruz com 9,6% (52); Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene com 7% (38). A Revista Brasileira de Análises Clínicas não registra nenhum artigo nessa área no período disponibilizado para consulta por meio eletrônico.

Destaca-se que a maioria dos artigos foi publicada na língua inglesa correspondendo a 80,7% (439) do total e apenas 19,3% em português. Dentre os periódicos analisados não houve publicações em outras línguas diferentes dessas. O português foi utilizado apenas em alguns dos periódicos nacionais: Revista Brasileira de Epidemiologia, Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, Cadernos de Saúde Pública, Memórias do Instituto Oswaldo Cruz e Revista de Saúde Pública.

Do mesmo modo que expresso para o total de artigos publicados, observa-se que o número de publicações foi crescente no período, partindo de um artigo em 1990, chegando a publicar 92 artigos em 2004, seguindo-se de uma pequena queda no ano seguinte para 67 (Gráfico 3).

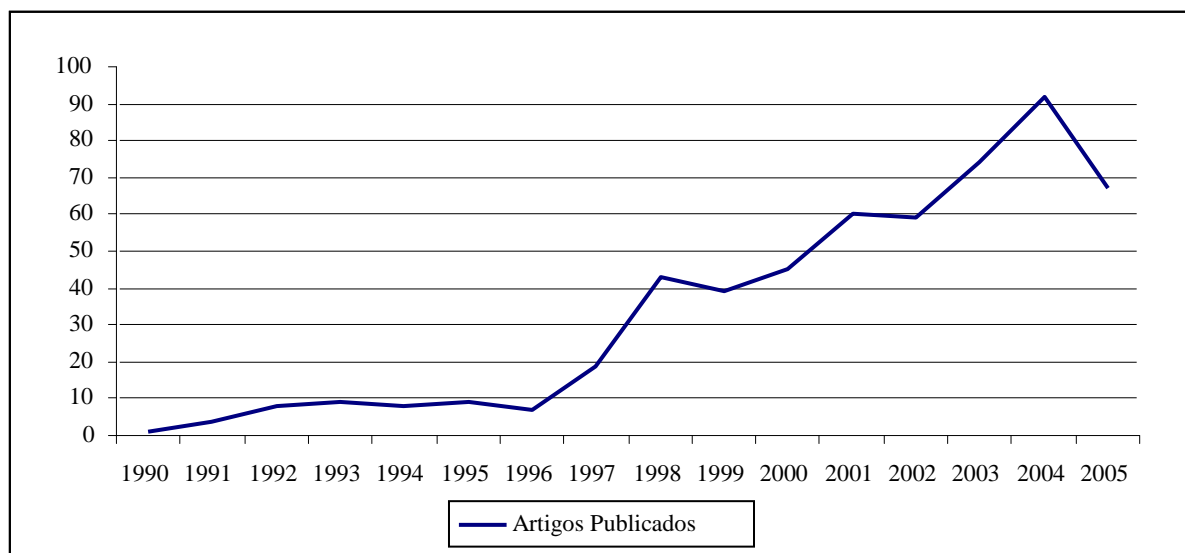


Gráfico 3: Artigos publicados sobre dengue no período de 1990 a 2005.

Em sua maioria, os estudos foram desenvolvidos nos países onde a dengue está presente ou estes forneceram o material para outros centros estrangeiros. Conforme pode ser observado na tabela 3, no apêndice, dentre os países referidos, o Brasil esteve presente em 36,9% dos artigos (201), seguido dos Estados Unidos com 14,9% (81), da Tailândia com 9,7% (53) e de Porto Rico com 4,6% (25).

Os países que participaram em número inferior a 1% do total levantado foram em ordem decrescente: Cuba, França, Itália, Trinidad e Tobago, Venezuela, Alemanha, Canadá, Guiana Francesa, Áustria, Bolívia, Camboja, Colômbia, Coreia, Equador, Haiti, Holanda, Honduras, Nicarágua, África, África do Sul, Arábia Saudita, Bangladesh, Barbados, Burkina Faso, El Salvador, Fiji, Filipinas, Gabão, Granada, Guiana, Ilhas Caiman, Jamaica, Japão, Kenia, Madagascar, Micronésia, Nepal, Nigéria, Nova Zelândia, Pacífico Sul, Palau, Panamá, Paquistão, República Djibouti, República Dominicana, Suíça.

Quanto ao financiamento das pesquisas, os Estados Unidos despontam com o maior número de pesquisas financiadas, com 37,4% (89), seguidos pelo Brasil com 16% (38) e pela Austrália com 10,5% (25). Porém, é importante destacar que apenas 43,8% dos artigos (238)

apresentaram claramente a fonte de financiamento, sendo os demais omissos nessa informação (Tabela 4, no apêndice).

Boa parte dos estudos financiados pelo Brasil obteve recursos de instituições governamentais de pesquisa como o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), e Fundações Estaduais de Amparo à Pesquisa (FAPs). Já os Estados Unidos financiaram principalmente por meio das forças armadas e do sistema de saúde nacional, e a Austrália principalmente com recursos do sistema de saúde.

O Brasil também se destaca entre os países com maior participação em autoria dos artigos publicados, respondendo por 38,4% (209) destes, sendo seguido pelos Estados Unidos com 24,6% (134), a Tailândia com 7,9% (43), a Austrália e a Inglaterra com 4,6% (25) artigos cada (Tabela 5, no apêndice).

Quanto aos objetivos declarados nos artigos, estes foram categorizados nos seguintes temas específicos: epidemiologia da dengue; biologia e ecologia do inseto; controle vetorial biológico (bactérias, parasitos e predadores, planta, armadilha, copépode, peixe); diagnóstico laboratorial; quadro clínico e patogenia; controle vetorial químico, inseticidas, repelentes; produção de vacina; genética do inseto e inseto transgênico; genética do agente biológico (vírus); competência vetorial do inseto/infecção no inseto; percepção da população sobre a doença e os riscos; uso de modelo matemático para avaliação de risco; características do vírus; avaliação de programas de controle; avaliação de custo; e outros objetivos não incluídos nos anteriores.

Dentre estes, destacam-se os estudos voltados para a epidemiologia da doença, que corresponderam a 21% dos artigos (114), a biologia e ecologia do inseto, que envolvem aspectos relacionados ao comportamento, fecundidade, reprodução e distribuição do mosquito da espécie *Aedes* particularmente o *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*, correspondendo a 20,6% (112), e o controle biológico de vetores presentes em 12,1%(66) dos estudos. Dentre estes, destacam-se principalmente os estudos relacionados ao uso de parasitos, predadores e bactérias como o *Bacillus thuringiensis var. Israelensis* e *Bacillus sphaericus*. Os voltados para o diagnóstico laboratorial corresponderam a 9,4% (51); quadro clínico e patogenia da dengue, a 8,3% (45); o controle vetorial químico, bem como o uso de inseticidas e repelentes,

corresponderam a 7,4% (40) e aqueles voltados para a produção de vacina que representaram 5,3% (29).

No gráfico 4 pode-se visualizar que alguns objetivos temáticos foram mantidos durante todo o período estudado, como a ‘biologia e ecologia do inseto’, a ‘epidemiologia da doença’, o ‘controle vetorial biológico’, ‘controle vetorial químico’, ‘quadro clínico e patogênica da dengue’ e ‘diagnóstico laboratorial’. Outros vão aparecendo no cenário no decorrer dos anos como os estudos abordando a ‘genética do inseto e do agente biológico’ assim como a ‘produção de vacinas’ que começam a aparecer no ano de 1997 e crescem com maior força a partir do ano 2000. Os aspectos relacionados à ‘competência vetorial do inseto’ embora tenham registro em 1993, passa a ter maior número a partir de 1999.

A tabela 6, no apêndice, mostra que os estudos em sua maioria envolveram pesquisas com insetos ou seres humanos, correspondendo a 46% (250) e 41,4% (225) respectivamente. 4,8% estudaram aspectos do agente biológico (vírus) e 4,6% (26) envolveram na mesma pesquisa seres humanos e insetos como populações estudadas. Quanto ao tipo de abordagem utilizada, 89,9% dos artigos (489) foram estudos quantitativos.

No que se refere ao modelo de causalidade utilizado, destaca-se que em 85,3% (464) dos artigos foi do tipo monocausal, 9,4% (51) multicausal e 0,2% (1) teve uma compreensão complexa relacional de múltiplos condicionantes.

Quanto ao tipo de construção do conhecimento, evidencia-se que em 52,8% dos artigos (287) foram multidisciplinares; e 46,7% (254) foram disciplinares e 0,2% (1) foi de tipo interdisciplinar.

Foram identificadas 33 diferentes áreas de conhecimento mobilizadas nos estudos publicados, sendo que aquelas que tiveram maior representatividade foram a entomologia em 53,1% (289), virologia em 27,4% (149) e epidemiologia em 23% (125) (Tabela 7, no apêndice).

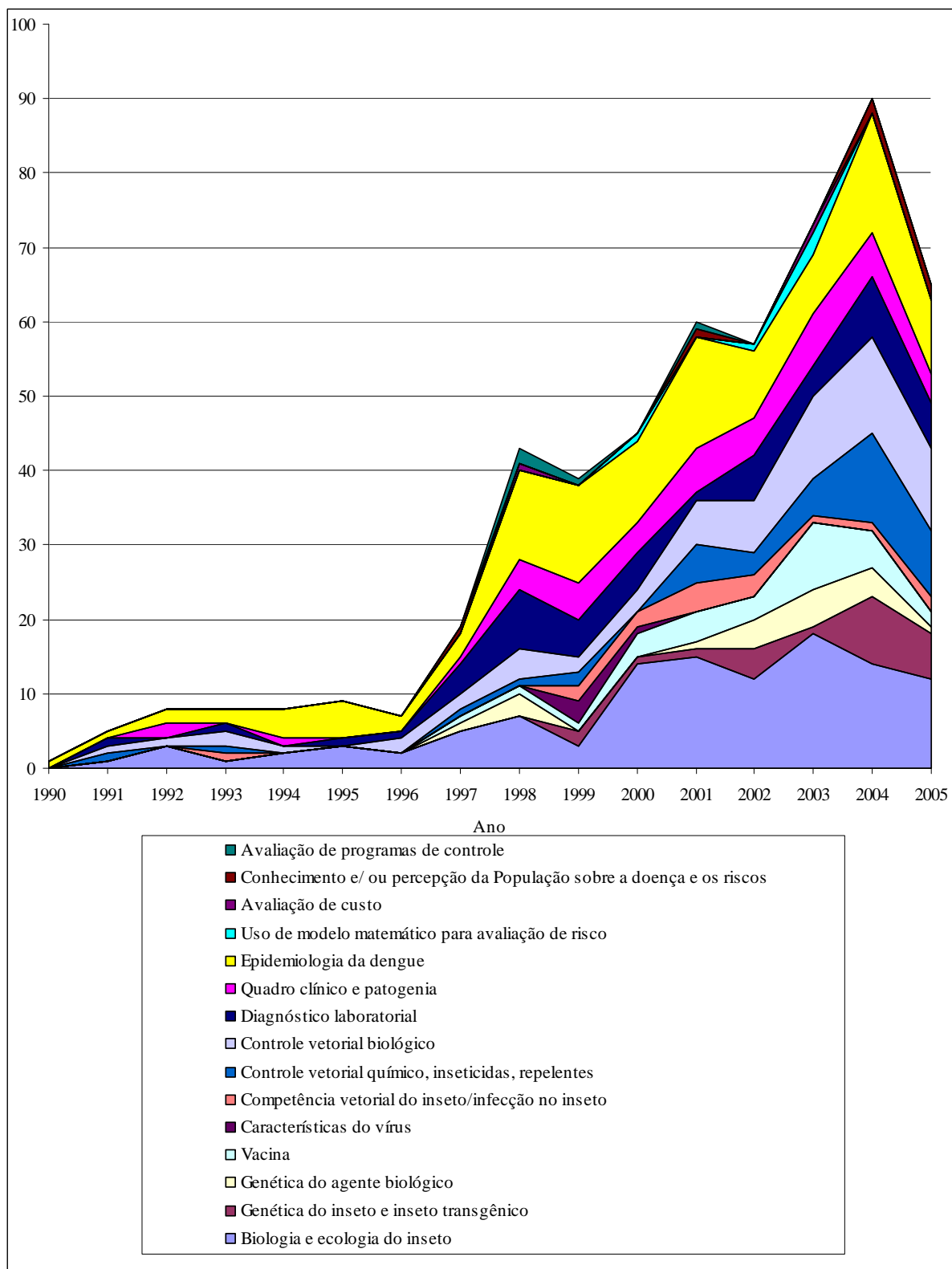


Gráfico 4: Objetivos temáticos principais dos artigos sobre dengue no período de 1990 a 2005.

4.2.3 Produção Científica Sobre Filariose Linfática

Conforme pode ser observado na tabela 8, no apêndice, os estudos voltados para a filariose bancroftiana foram a sua maioria publicados na *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* que apresentou 40,6% do total de artigos (153). Outros que também se destacaram, porém com percentuais bem inferiores foram *Tropical Medicine and International Health*, correspondendo a 13,3% dos artigos (50), *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, com 10,9% (41), *Journal of Medical Entomology*, com 7,2% (27) e *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, com 6,9% (26). Não houve artigos sobre filariose no periódico *The Brazilian Journal of Infectious Disease* no período.

O número de artigos publicados mostrou um perfil irregular, com vários picos e quedas em anos alternados. Mesmo quando tende para uma discreta estabilidade, como nos anos 2001 e 2002, logo foi seguido de uma ascensão em platô nos dois anos seguintes, 2003 e 2004, para apresentar nova queda em 2005 (Gráfico 5). Apesar do traço ondulado, evidencia-se tendência crescente no número de publicações.

Seguindo o mesmo padrão já evidenciado quando da análise dos dados gerais e também os relacionados à dengue, evidencia-se que a maioria quase absoluta dos artigos foi publicada na língua inglesa, correspondendo a 93,6% (353) do total. Apenas 6,3% (24) utilizaram outras línguas, como português, em alguns periódicos nacionais (*Revista Brasileira de Análises Clínicas*, *Revista Brasileira de Epidemiologia*, *Revista de Saúde Pública*, *Cadernos de Saúde Pública* e *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*), e francês, no *Bulletin of the World Health Organization*.

Os principais países a participar como objeto dos estudos ou fornecendo material para o seu desenvolvimento em centros estrangeiros foram o Brasil e a Índia, correspondendo respectivamente a 22% (84) e 18,7% (71). Em seguida, na ordem de importância, estão a Tanzânia, presente em 7,9% (30), os Estados Unidos em 5,8% (22) e Gana, em 5,5% (21) (Ver tabela 9, no apêndice). Os países que corresponderam a menos de 1% dos artigos foram, em ordem decrescente: África, Burkina Faso, França, Argentina, Austrália, Cuba, Granada, Ilhas do Pacífico, Malawi, Trinidad e Tobago, Venezuela, Benin, Camarões, China, Colômbia, Filipinas, Gâmbia, Guiana, Malásia, Mali, Nicarágua, Pacífico Sul, Suriname,

Uganda, Vanuatu, Vietnã. São países endêmicos da doença, excetuando-se os Estados Unidos, Inglaterra, Suíça, Austrália e França.

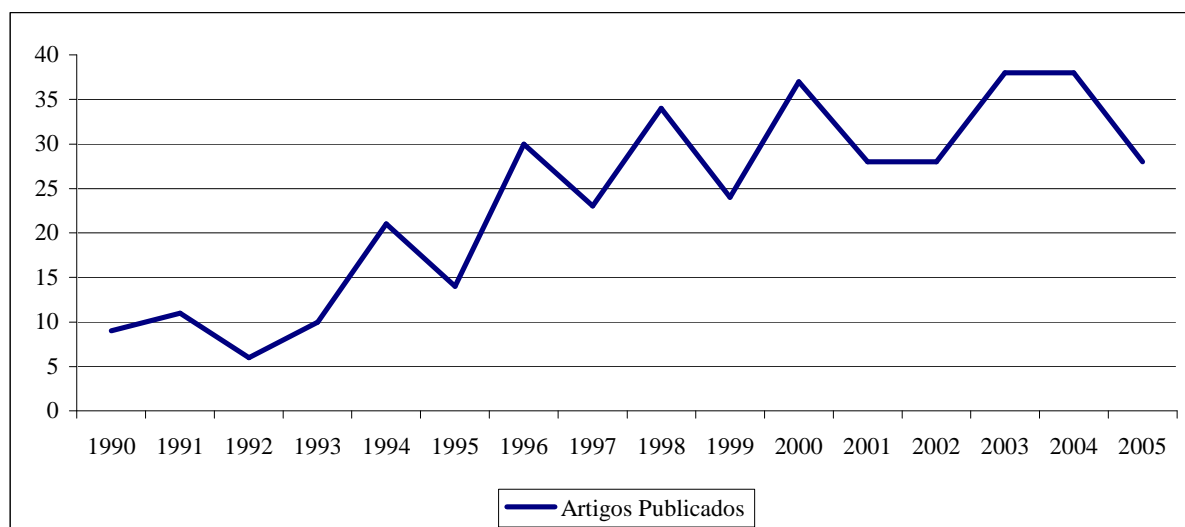


Gráfico 5: Artigos publicados sobre filariose bancroftiana no período de 1990 a 2005.

A maioria das pesquisas recebeu financiamento da Organização Mundial da Saúde, que deu suporte para 35,8% (86), seguido pelos Estados Unidos, com 20% (48), a Dinamarca, com 9,2% (22), o Brasil e Inglaterra, ambos dando suporte para 6,3% dos estudos publicados (15) (Tabela 10, no apêndice).

As fontes de financiamentos explicitadas em 69,2% (238) dos artigos e, em sua maioria foram oriundas de organismos governamentais. Organização Mundial da Saúde viabilizou recursos através do Programa Especial para Pesquisa e Treinamento em Doenças Tropicais (*Special Program for Research and Training in Tropical Diseases - TDR*), em parceria com o Banco Mundial. A participação dos Estados Unidos, assim como no caso da dengue, deveu-se principalmente a recursos provenientes das Forças Armadas Americanas ou do Sistema Nacional de Saúde. A Inglaterra proveu recursos através de organismos de fomento a pesquisas governamentais (por exemplo, United Kingdom Overseas Development Administration) e não governamentais (como por exemplo, a Wellcome Trust). O Brasil garantiu suporte especificamente através de órgãos governamentais como a Fundação Nacional de Saúde e Fundação Oswaldo Cruz, do Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), e as Fundações Estaduais de Amparo à Pesquisa de Pernambuco e São Paulo. E a Dinamarca, por meio do Conselho de Desenvolvimento de Pesquisa (*Council for Development Research - DANIDA*).

Quanto à autoria dos trabalhos (Tabela 11, no apêndice), os Estados Unidos, Brasil e Índia se destacam no período contemplando respectivamente 24,3% (92), 20,8 % (79) e 18,2% (69) dos artigos publicados. Em seguida aparecem a Inglaterra com 11,6% (44) e a Dinamarca, com 9% (34).

Os objetivos temáticos dos estudos sobre filariose bancroftiana foram agrupados em: avaliação do tratamento; a epidemiologia da filariose; o diagnóstico laboratorial; o quadro clínico e patogenia da doença; o controle vetorial biológico (por meio da utilização de bactérias como *Bacillus sphaericus* e *Bacillus thuringiensis var. Israelensis*, parasitos e predadores, copéode, armadilhas, bolas de poliestireno, planta); a biologia e ecologia do inseto (comportamento, fecundidade, reprodução, distribuição); o controle vetorial químico, incluindo-se o uso de inseticidas e repelentes; a competência vetorial do inseto/infecção no inseto; o uso de ultra-sonografia para diagnóstico da doença e controle do tratamento; a avaliação de custos e outros aspectos econômicos da doença; o uso de modelo matemático para avaliação de risco; a genética do inseto e produção de mosquito transgênico; a genética do agente biológico (nematóide); avaliação do conhecimento e/ou percepção da população sobre a doença e os riscos; avaliação de programas de controle; e controle integrado (químico/biológico).

Dentre tais objetivos temáticos os que mais se destacaram foram as avaliações de tratamentos, correspondendo a 23,7% (90) das publicações, onde também se incluem estudos relacionados às drogas medicamentosas, como a introdução de novas drogas, a associação entre elas e as diversas alternativas de tratamento (seletivo ou em massa, se dose única ou múltipla); 23% (87) dos artigos são de avaliações epidemiológicas da filariose; 14,8% (56) se referem a estudos de técnicas laboratoriais diagnósticas; 9,2% (35) são sobre quadro clínico e patogenia da doença; e 7,4% (28) sobre controle vetorial biológico.

Ao observar a distribuição dos objetivos temáticos no decorrer do período desse estudo (1990-2005), evidencia-se que aqueles relacionados ao tratamento, à epidemiologia, ao diagnóstico laboratorial e ao controle vetorial, seja químico ou biológico, foram mantidos durante todo o período, com um crescimento importante no ano de 1998, particularmente relacionados ao maior número de estudos voltados para aspectos da epidemiologia e técnicas de diagnóstico laboratorial da filariose (Gráfico 6).

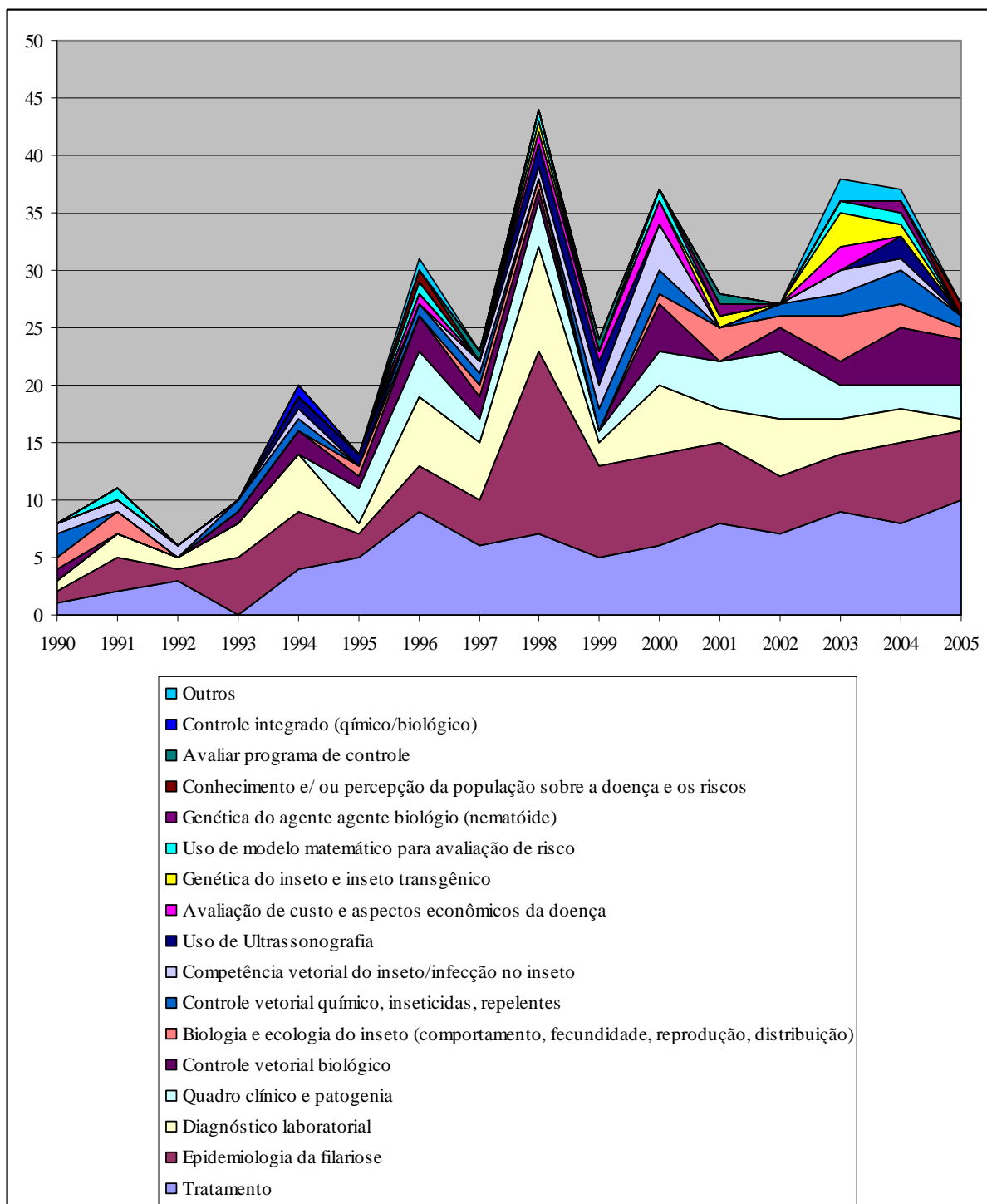


Gráfico 6: Objetivos principais dos artigos sobre filariose bancroftiana no período de 1990 a 2005.

Os estudos abordando a competência vetorial estão presentes de maneira intermitente no período, com anos de ausência de artigos nessa área (1993, 1995, 1996, 2001 e 2002), tendo o período de 1997 a 2000 um crescimento considerável. Já os aspectos da biologia e ecologia do inseto apareceram nos primeiros anos, reapareceram em 1995, depois em 1997 e apresentaram maior número a partir de 2000.

Estudos envolvendo a genética do vetor, o mosquito *Culex quinquefasciatus*, inclusive a perspectiva de criação de inseto transgênico, surgem em 1998 e apresentaram maior número entre 2003 e 2004. Enquanto que estudos nessa área, porém relacionados ao agente biológico, a *Wulchereria bancrofti*, só aparecem em 2001 e 2004 e são de pouca expressão.

A tabela 12, no apêndice, mostra que a maioria dos artigos foi desenvolvida com populações humanas, correspondendo a 68,9% (261), seguido de experimentos com insetos presentes em 24,3% (92). Em 97,6% (368) dos estudos, a abordagem foi do tipo quantitativo e mediante modelo de causalidade do tipo monocausal em 90,8% (343). A abordagem qualitativa tem baixa expressão, correspondendo a apenas 2,9% (11) dos estudos; e a multicausalidade foi o modelo de opção de 9% (34) dos estudos. Identificou-se uma pesquisa (0,3%) com abordagem pautada pela complexidade. Quanto ao tipo de conhecimento, em 84,2% (319) múltiplas disciplinas estiveram envolvidas no estudo, 15,8% (60) foram disciplinares e um (0,3%) interdisciplinar.

Dentre as áreas de conhecimento envolvidas nos trabalhos, a parasitologia se destaca por estar presente em 57,8% (219). Em seguida encontra-se a entomologia com 30,3% (115), a epidemiologia com 24,5% (91), a farmacologia com 21,4% (81) e a imunologia com 20,1% (75). (Ver tabela 13, no apêndice).

4.3 A Utilização de Conhecimentos Científicos e as Articulações Entre a Academia e a Gestão Para o Controle de Dengue e Filariose

Este capítulo se organiza com a apresentação dos resultados da seguinte forma: no primeiro momento com uma breve caracterização da inserção dos sujeitos entrevistados, na pesquisa e/ou na gestão. Em seguida, serão abordadas as suas percepções quanto aos estudos utilizados no processo político, as características para que sejam úteis, as contribuições para a tomada de decisão, a possibilidade de uso no processo político, o nível de governo mais adequado para a utilização das pesquisas e o que é responsável e capaz de produzi-las, assim como a importância da articulação academia-serviço-academia. Por último serão caracterizados os meios utilizados para se estabelecerem canais de comunicação entre os gestores e os pesquisadores.

4.3.1 Caracterização da Inserção dos Sujeitos na Pesquisa e na Gestão

Observa-se que dentre os pesquisadores, um deles, P2, na década de 1980, coordenou um grande projeto de intervenção no controle da filariose na cidade do Recife, cuja finalidade extrínseca também era de reorganizar e reestruturar um centro de pesquisas. Através desse projeto, conseguiu agregar outros pesquisadores (P1, P3, P4, P5, P7, P8 e P10), sendo que alguns já desenvolviam atividades de pesquisa voltadas para o estudo do controle da filariose (P1, P7 e P10). Três dos entrevistados (P1, P7 e P10) integravam um grupo de pesquisa dedicado ao estudo da filariose. Um outro (P3) se encontrava vinculado ao serviço de saúde e durante a realização de um curso de saúde pública foi convidado a integrar a equipe de pesquisa, qualificando-se no método científico em seguida e tem se dedicado ao estudo da filariose e posteriormente da dengue. Um dos que se envolveu inicialmente com o grande projeto de controle da filariose, desde então tem se dedicado à pesquisa na área de doenças tropicais (P4). Três pesquisadores desenvolvem estudos relacionados ao controle dos mosquitos *Aedes aegypti* e *Culex quinquefasciatus*, transmissores da dengue e filariose respectivamente (P2, P5 e P8).

Pode-se destacar que dentre os pesquisadores entrevistados, três se dedicam exclusivamente ao estudo da filariose, dois se dedicam à pesquisa voltada para o dengue,

cinco têm se dedicado a ambas as enfermidades, e um além da filariose, atua no campo das doenças tropicais.

Embora atuem prioritariamente na pesquisa, evidencia-se que três, dentre os entrevistados, relataram experiência no desenvolvimento de serviços de saúde, na gestão ou na assistência à saúde: um dos que foi convidado para integrar o projeto inicial da filariose (P3), outro com ampla experiência na gestão de serviços de saúde pública e que, desde 1996, tem desenvolvido estudos relacionados ao modelo de controle do dengue (P6) e um outro com larga experiência no serviço de saúde pública, particularmente no controle do dengue e que nos últimos anos integrou-se a um grupo de pesquisa voltado para o estudo do controle dessa enfermidade (P9).

Quanto aos gestores entrevistados, nove atuavam na esfera federal do Sistema Único de Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde; dois na estadual, pertencentes à Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco; e seis, na municipal, na Secretaria de Saúde da Cidade do Recife, e dois pertencentes a outras instituições (CONASS e CONASEMS). Dentre os vinculados ao Ministério da Saúde, quatro são especialistas (P5, P10, P11, P14), dois mestres (P1, P7), e três doutores (P6, P8 e P13); na esfera estadual, um tem especialização (P12) e outro é mestre (P4); e, na municipal, dois especialistas estavam cursando mestrado (P15 e P19), e os demais eram todos mestres (P2, P9, P17, P18), dos quais, dois se encontravam cursando doutorado (P17 e P18).

Esses dados mostram que entre o grupo de pesquisadores poucos têm experiência direta com a gestão de políticas ou serviços de saúde. O grupo de gestores, nível de pós-graduação, a maioria escolaridade em nível de doutorado ou mestrado (concluídos ou em desenvolvimento), e cinco com especialização, indicando uma proximidade maior com a produção do conhecimento técnico-científico.

A pequena vivência dos pesquisadores com a gestão da política de saúde, especificamente de controle de endemias vetoriais, pode ser um fator de delimitação da integração entre a produção do conhecimento e a sua aplicação às necessidades da política de saúde. Por outro lado, o interesse dos gestores em ter boa qualificação profissional pode ser traduzido numa maior facilidade destes em procurar se aproximar da academia. Essas duas questões denotadas serão abordadas a seguir.

4.3.2 Estudos Utilizados no Processo Político

Apenas um dos pesquisadores entrevistados destacou não perceber a utilização de pesquisas na definição da política, embora que o estudo desenvolvido por ele tenha uma implicação direta na ação de controle de endemias:

A pesquisa se propunha a comparar a intervenção com o tratamento dos infectados e o outro tipo que era o tratamento em massa mais o controle integrado. [...] Os resultados alcançados com esse e os demais estudos não foram incorporados na política até recentemente quando se deu nova retomada com a gestão do atual prefeito de Recife. (Informação verbal)⁷⁶.

Todos os demais ilustram com estudos realizados, que subsidiaram mudanças no percurso da política, como pode ser verificado nos depoimentos seguintes, em que P1 destaca a introdução de análise de filaremia em homens na faixa etária de 20 a 30 anos, como indicador para a definição de área com doença controlada; P7 destaca o uso de Ultrassonografia no diagnóstico e acompanhamento do controle de cura dos portadores de filariose linfática; P10 identifica o estudo sobre a periodicidade do pico filarêmico:

Então a partir desse estudo de Belém, a parte epidemiológica, a parte de construção dos indicativos ora históricos, ora ecológicos que existem em filariose, e contando também com a facilidade de se encontrar o homem numa faixa de 20 a 30 anos, que é uma faixa prevalente da infecção, nós montamos uma forma de avaliação com a introdução de homens na faixa de 20 a 30 anos, como indicador de avaliação de uma área controlada. (Informação verbal)⁷⁷.

Por exemplo, nós fizemos aqui alguns trabalhos que são marcos no país e outros no mundo. Nosso grupo foi o primeiro grupo que conseguiu localizar, identificar e acessar o verme adulto da filária no organismo humano que era uma caixa preta. [...] Você poder acessar agora, ter uma ferramenta de controle de cura do paciente, coisa que nós só tínhamos de forma indireta, você agora pode acessar a infecção diretamente através de ultrassonografia, que embora seja uma técnica já conhecida, ela foi adaptada para o diagnóstico da filariose e isso foi conseguido aqui, por esse grupo. (Relato verbal)⁷⁸.

Tem, por exemplo, o estudo da periodicidade, um artigo de 1996; e depois de 10 anos nós conseguimos que fosse reconhecido que trabalhar às 18 horas não adiantava, então começaram a trabalhar às 22 horas. Mas o pico é de 23

⁷⁶ Entrevista com P4.

⁷⁷ Entrevista com P1.

⁷⁸ Entrevista com P7.

a 1 hora. Mas já é alguma coisa, é melhor às 10 do que às 6. (Informação verbal)⁷⁹.

Observa-se certa dificuldade dos gestores na identificação de estudos específicos que tenham sido utilizados no processo de definição da política de controle da dengue e filariose, apesar de qualificados com nível de formação elevados. No nível federal identifica-se uma interlocução com as organizações internacionais, como a OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde), que têm uma cultura de base técnico-científica, a quem recorrem para suprir as suas necessidades desse tipo de conhecimento. No âmbito estadual, se busca as informações disponibilizadas pelo nível federal. Entre os gestores da Cidade do Recife, há valorização da pesquisa, referindo algumas que têm subsidiado a opção política do governo municipal. Há uma particularidade no que diz respeito a produtos de estudos desenvolvidos por pessoas que também fazem parte do quadro de funcionários da secretaria de saúde do município.

Na verdade a OPAS tem cumprido muito esse papel... a gente (*Nível Federal*) busca os trabalhos que vão sendo realizados, em todas as áreas, estudos de morbidade, de controle da contaminação, de diagnóstico. (Informação verbal)⁸⁰.

A gente (*Nível Estadual*) tem uma ferramenta que é a internet, então a gente sempre entra no site da SVS que tem colocado a gente sempre bem informada. Além disso, tem as reuniões microrregionais do Ministério da Saúde onde se é discutido e avaliado as questões de dengue, e lá são levadas experiências bem sucedidas. O Ministério sempre disponibiliza via site ou manda pra gente, no site da SVS. (Informação verbal)⁸¹.

A gente (*Nível Municipal*) tem utilizado também alguns produtos já acabados. Por exemplo, a tese de Maria José⁸², apesar dela ter trabalhado com a mortalidade infantil, mas a metodologia de classificação dos bairros da cidade do Recife em estratificados por condição de vida foi fundamental para uma série de políticas que a gente traçou aqui. A própria política de controle da filariose utilizou também o mapa de condição de vida dessa tese para a gente poder categorizar os bairros em uma hierarquia de prioridades. [...] Recentemente Ridelane está fazendo uma dissertação de mestrado, utilizando as ovitrampas.... Então eu acho que o produto da dissertação de mestrado dela, que tem sido feita com todo o rigor metodológico, vai poder comprovar e a gente vai ter inclusive argumentos para o próprio ministério da saúde de dizer que essa é uma alternativa viável e a gente pode investir recursos, logística nessa estratégia para o controle vetorial. (Informação verbal)⁸³.

⁷⁹ Entrevista com P10.

⁸⁰ Entrevista com G10.

⁸¹ Entrevista com G4.

⁸² Maria José B. Guimarães é autora da tese de doutorado '*Mortalidade infantil: uma análise das desigualdades intra-urbanas no Recife*', defendida em 2003 no Instituto Oswaldo Cruz/Fiocruz.

⁸³ Entrevista com G18.

4.3.3 Características que o Trabalho Científico Deve Apresentar Para Ser Considerado Útil no Processo Político

4.3.3.1 A Percepção dos Pesquisadores

A principal característica apontada espontaneamente pelos pesquisadores entrevistados foi de que os estudos devem ter uma **aplicabilidade no âmbito da política, das ações**.

Particularmente neste caso, do trabalho desse grupo que eu participo, é pelo caráter aplicativo da pesquisa que foi feita. [...] Um trabalho que pudesse ser transposto pro dia-a-dia do controle, do diagnóstico, do tratamento. (Informação verbal)⁸⁴.

Também foram destacados os estudos que tinham **baixos custos e linguagem acessível aos técnicos**:

Primeiro esse mútuo produto. Para o pesquisador só é atrativo se ele conseguir produzir artigos, e para o serviço, se ele conseguir reproduzir dentro do serviço sem muitos custos, que seja numa linguagem que seus técnicos consigam se apropriar para que isso seja reproduzido... Pelas necessidades do serviço e o desejo de estudo do pesquisador. (Informação verbal)⁸⁵.

4.3.3.2 A Percepção dos Gestores

Dentre os gestores, a idéia principal também foi de que o estudo seja **aplicável no desenvolvimento das ações, que consiga dar respostas para as necessidades da gestão**.

Para resumir, nós só adotamos, só recomendamos e trabalhamos para adotar determinada estratégia quando se tem o reconhecimento dos resultados, resultados do ponto de vista técnico, da aplicabilidade e eu volto a insistir que nós estamos lidando com uma coisa séria. (Informação verbal)⁸⁶.

Buscar realmente a viabilidade das respostas para as perguntas que se colocam no dia-a-dia. Aí eu acho que é a questão da necessidade técnica, estritamente falando. (Informação verbal)⁸⁷.

⁸⁴ Entrevista com P7.

⁸⁵ Entrevista com P10.

⁸⁶ Entrevista com G5.

⁸⁷ Entrevista com G7.

Além desse aspecto relacionado à aplicabilidade da pesquisa, os gestores apontaram outras seis características a serem consideradas para a utilização de um determinado estudo no processo decisório: que tenha protocolo de investigação bem definido (método claro e resultados esperados explicitados); confiabilidade; credibilidade do pesquisador e da instituição de pesquisa; dê suporte às idéias do gestor; esteja contextualizado na realidade local; responda em tempo hábil a uma prioridade do serviço e possa ser aplicado com baixo custo.

- **Protocolo de investigação bem definido (método claro e resultados esperados explicitados)**

Neste aspecto, destaca-se a percepção que coloca ênfase nas características relacionadas aos preceitos normativos da ciência, expressos pela necessidade de clareza metodológica:

Qualquer inovação, qualquer alternativa primeiramente deve ter um protocolo escrito, porque nós estamos mexendo com ciência, não estamos fazendo coisa empírica, é o extrato da planta que faz não sei o que e vai resolver o problema da dengue, etc. Quando se fala de aplicação no serviço, que é uma aplicação em larga escala, a primeira condição que deve ter, até para ser respeitada é a existência de um protocolo elaborado, isso tem que estar disponível e às claras, porque se pode verificar qual o método que vai ser utilizado, quais os resultados esperados e ao final se tem condições de fazer uma análise desses resultados. (Informação verbal)⁸⁸.

- **Confiabilidade do estudo**

Outra característica, que à semelhança da anterior se reporta aos cânones da ciência, é a possibilidade de que o estudo possa ser reproduzido em outras situações, que expressa a sua confiabilidade:

É o que diz respeito à reprodutividade desses resultados, porque existe, e eu não vou citar obviamente, que são inclusive propalados como excelentes, que só funcionam se o idealizador dele estiver do lado. (Informação verbal)⁸⁹.

- **Credibilidade do pesquisador e da instituição de pesquisa**

A credibilidade dos pesquisadores e da instituição da pesquisa também é apontada, e está relacionada com a maior aproximação com o contexto local:

Eu acho que a credibilidade do pesquisador, a credibilidade da instituição da pesquisa, são extremamente importantes, e a proximidade daquela pesquisa com a realidade, a contextualização com a nossa necessidade. Pesquisas que

⁸⁸ Entrevista com G5.

⁸⁹ Entrevista com G5.

levem em conta a realidade, inclusive o contexto cultural, social. (Informação verbal)⁹⁰.

Mas também, pela experiência com pesquisa reconhecida por suas publicações e conhecimentos sobre o problema:

A portaria do ministro coloca isso, pode inclusive convocar outras pessoas para temas específicos e aí o critério é a notoriedade do cientista. Se você tem um pesquisador que é reconhecido por um trabalho publicado, se ele conhece bem do manejo do paciente com dengue, etc. (Informação verbal)⁹¹.

- **Contextualização com a realidade local**

A maior aproximação com a realidade local é outro aspecto considerado importante pelos gestores, na medida em que se torna possível a melhor apreensão do contexto:

Eu acho que são trabalhos que sempre usam o serviço como fonte de dados, como campo de experimentação e isso faz com que haja uma proximidade maior com a realidade. E isso para gente é importante. Um experimento que foi feito em outro lugar, por exemplo, na Inglaterra, pode dar certo lá e aqui não, mas se ele é feito aqui mais próximo, há uma probabilidade maior de dar certo. (Informação verbal)⁹².

- **Suporte às idéias dos tomadores de decisão**

Também se considera importante que o estudo dê suporte científico às concepções do gestor para a tomada de decisão:

O componente ambiental da filariose acontece dentro do programa de saúde ambiental, mas também tem o subprograma de controle de tratamento dos susceptíveis, tratamento dos microfilarêmicos e isso têm sido feito numa parceria muito estreita com o pessoal do Aggeu Magalhães que tem possibilitado a gente identificar onde é exatamente a área foco, porque a filariose não acontece de forma igual na cidade toda, o que nos deu respaldo para assumir a questão do tratamento em massa. Se tinha que ter o respaldo da academia por trás por que era uma coisa inédita e se precisava do respaldo da academia por trás para que a gente tivesse a coragem de fazer com a garantia que daria certo. (Informação verbal)⁹³.

- **Resposta em tempo hábil para uma questão prioritária aplicação com baixo custo**

A disponibilidade do estudo no momento em que o gestor necessita dar resposta para um determinado problema prioritário da gestão é outra característica a ser considerada,

⁹⁰ Entrevista com G9.

⁹¹ Entrevista com G5.

⁹² Entrevista com G9.

⁹³ Entrevista com G9.

especialmente se a isto somar-se o fato de sua aplicação requerer poucos recursos para a sua aplicação:

Que seja de prioridade para o serviço; que sua aplicação seja de baixo custo; que responda a causalidade do problema local em tempo hábil para que sejam adotadas recomendações adequadas. (Informação verbal)⁹⁴.

Destaca-se o relato de um gestor (G13) vinculado à Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, para quem, no processo de definição das pesquisas a serem financiadas por essa secretaria, considera-se que a pesquisa precisa contribuir de maneira útil para o estado do conhecimento sobre o assunto e subsidiar a tomada de decisão.

4.3.4 Características da Produção Científica e Sua Utilidade

As tabelas 14 e 15 apresentam as características do trabalho científico classificadas conforme grau de utilidade expressos pelos pesquisadores e gestores, respectivamente, a partir das respostas à questão objetiva.

Os resultados evidenciam que, do ponto de vista dos pesquisadores (Tabela 14), as 10 principais características que levam um trabalho científico a ser considerado útil pelos gestores são:

- 1º) Recomendações reforçadas pelos dados
- 2º) Alta qualidade técnica
- 3º) Resultados internamente consistentes e sem ambigüidades
- 4º) Acréscimo no conhecimento prático
- 5º) Objetivo/imparcial
- 6º) Relação com uma questão de alta prioridade
- 7º) Implicação direta sobre a ação
- 8º) Generalizável para outras populações (confiabilidade do estudo)
- 9º) Acréscimo de conhecimento

⁹⁴ Entrevista com G15.

10º) Necessidade de mudança na filosofia, organização ou serviços

Observa-se que dentre estas características, 6 são relacionadas diretamente à qualidade da pesquisa (recomendações reforçadas pelos dados, alta qualidade técnica, resultados internamente consistentes e sem ambigüidades, objetivo/imparcial, generalizável, acrescenta conhecimento) e 3 características relacionam-se à dimensão 'orientação da ação', ou seja, podem ser aplicadas no âmbito dos programas ou ações correntes.

Para os gestores (Tabela 15), as 10 principais características levadas em consideração para definir um trabalho científico como útil são:

- 1º) Objetivo/imparcial
- 2º) Aplicável no âmbito do política/programa atual
- 3º) Recomendações reforçadas pelos dados
- 4º) Resultados internamente consistentes e sem ambigüidades
- 5º) Relação com uma questão de alta prioridade
- 6º) Variável independente manipulável
- 7º) Acréscimo de conhecimento prático
- 8º) Implicação direta sobre a ação
- 9º) Existência de recomendações explícitas
- 10º) Acrescenta novas questões ou oferece novas perspectivas

Dentre essas características apontadas por esse grupo, seis relacionam-se particularmente com a dimensão 'orientação da ação' (aplicável no âmbito do política/programa atual, relação com uma questão de alta prioridade, variável independente manipulável, acrescenta conhecimento prático, tem implicação direta sobre a ação, contém recomendações explícitas) e três com a dimensão 'qualidade da pesquisa' (objetivo/imparcial, recomendações reforçadas pelos dados e resultados internamente consistentes e sem ambigüidades). Embora em número menor, essas características se apresentam entre as que obtiveram maior valor percentual dentre as respostas, o que denota a preocupação dos gestores com a qualidade da pesquisa.

Houve coincidência entre os dois grupos ao considerar desnecessários ou inúteis os itens: ‘estatisticamente sofisticado’, ‘desafia os pressupostos atuais e a organização institucional’, ‘dá suporte a posições já defendidas pelo usuário’ e ‘achados inesperados ou novos’.

Na tabela 16 observa-se que dentre as características relacionadas ‘qualidade da pesquisa’, para os pesquisadores as ‘recomendações reforçadas pelos dados’ foi considerada a característica mais relevante, enquanto os gestores destacam o ‘estudo objetivo ou imparcial’ como importante. Ambos opinam de modo semelhante quanto às demais características, destacando-se as ‘recomendações reforçadas pelos dados’ e os ‘resultados internamente consistentes e sem ambigüidades’ como as que apresentam maiores valores percentuais.

No que se refere à dimensão ‘conformidade com as expectativas do usuário’ (tabela 17), as quatro características apresentadas não pareceram ser muito fortes na opinião de ambos, pesquisadores e gestores. Duas delas foram consideradas muito úteis ou úteis por ambos (‘consistente com conhecimento prévio’ e ‘compatível com as idéias e valores do usuário’) e duas obtiveram maior percentual como desnecessárias ou inúteis (‘dá suporte a posições já defendidas pelo usuário’ e ‘achados inesperados ou novos’).

As características relacionadas à dimensão ‘orientação da ação’(tabela 18), foram classificadas por ambos, pesquisadores e gestores, dentre as categorias essenciais, muito úteis e úteis, com baixos percentuais nas demais. Dentre os pesquisadores, os itens que apresentam maior valor são: ‘acrescenta conhecimento prático’, ‘variável independente manipulável’ e ‘relação com uma questão de alta prioridade’. Dentre os gestores destacam-se: ‘ser aplicável no âmbito da política/programa’, ‘relação com uma questão de alta prioridade’ e ‘variável independente manipulável’. Evidencia-se, portanto certo consenso entre a opinião de ambos os grupos, no que concerne a essas duas últimas características.

Nenhuma dessas características foi classificada como inútil para os gestores e apenas um dos pesquisadores considerou inútil uma das características (‘tem implicação direta sobre a ação’).

Os dois grupos foram unânimes em classificá-las como essenciais, muito úteis ou úteis, com baixo percentual de avaliações na qualidade de desnecessária ou inútil. Sendo que os pesquisadores destacam o fato de o estudo acrescentar conhecimento prático, ter variável independente manipulável e ter relação com uma questão de alta prioridade. Além dessas

características, os gestores também apontam para a sua aplicabilidade no âmbito da política/programa.

Quanto à dimensão ‘desafio ao *status quo*’ (tabela 19), dentre as características apontadas, houve certa aproximação das opiniões dos pesquisadores e gestores. Três obtiveram maiores valores percentuais na classificação ‘essencial ou muito útil’ (‘resultados politicamente aceitáveis’ e ‘acrescenta novas questões ou oferece novas perspectivas’ e ‘sugere a necessidade de mudança na filosofia, organização ou serviços’) e uma foi fortemente caracterizada como desnecessária ou inútil (‘desafia os pressupostos atuais e a organização institucional’).

As opiniões dos dois grupos foram bastante semelhantes, definindo como essenciais ou muito úteis os estudos cujos resultados são politicamente aceitáveis, os que acrescentam novas questões ou oferecem novas perspectivas, e aqueles que sugerem a necessidade de mudança na filosofia, organização ou serviços.

Desafiar os pressupostos atuais e a organização institucional foi considerado uma característica desnecessária ou inútil, o que demonstra certa contradição, na medida em que o estudo apresenta maior discordância com a política e prática institucional vigente, ele provavelmente não será utilizado.

Ao comparar os resultados obtidos na entrevista com os da questão objetiva, observa-se que, ambos os grupos referiram características relacionadas com as dimensões ‘orientação da ação’, e os gestores apontaram ainda algumas relacionadas à ‘qualidade da pesquisa’ e ‘conformidade com as expectativas do usuário’.

Os pesquisadores apontaram três características: aplicabilidade no âmbito da política, das ações, terem baixo custo e linguagem acessível aos técnicos, sendo que, essa última, embora relacionada à orientação da ação, não integra a lista apresentada na questão objetiva.

A partir da fala dos gestores, evidencia-se que das oito características apontadas, quatro relacionam-se à dimensão ‘orientação da ação’: aplicável no desenvolvimento das ações, ou seja, que consigam dar respostas para as necessidades da gestão; respondam em tempo hábil uma necessidade da gestão; terem baixo custo; e estão contextualizadas na realidade local. Esta última característica não faz parte da lista apresentada, mas também diz respeito a essa dimensão.

Dentre as demais características, três relacionam-se com a dimensão ‘qualidade da pesquisa’ e uma com a dimensão ‘conformidade com as expectativas do usuário’. Para a qualidade da pesquisa, os gestores apontaram: a confiabilidade do estudo; ter um protocolo de investigação bem definido, o método claro e os resultados esperados, o que pode ser caracterizado como ‘alta qualidade técnica’, ao comparar com os itens presentes na questão objetiva; e credibilidade do pesquisador e da instituição de pesquisa, que também é um acréscimo à lista da questão objetiva.

4.3.5 Contribuição dos Estudos Científicos Para a Tomada de Decisão

No que se refere a essa categoria, dois pesquisadores demonstraram ceticismo em relação às contribuições que os estudos possam trazer para a tomada de decisão, justificando não pelos aspectos da ciência em si, mas devido a problemas relacionados ao processo de decisão política:

Quando eu tinha 50 eu pensava que com mais cinco anos a filariose seria acabada. Hoje estou com 67 e vejo que ela não vai ser acabada em cinco. Isso dá uma angústia tão grande porque o meu dia não é mais um dia de 24 horas, é um dia de 15, 16 horas. Talvez o pessoal do ministério tenha um dia de 26, 30 horas, então pode se dar ao luxo de não utilizar as ferramentas disponíveis hoje, porque o dia deles é muito longo, o meu dia é curto. Então essa diferença e, sobretudo essa angústia que eu sinto de uma coisa que poderia ser acabada e não é acabada, e por descaso, porque ninguém venha me dizer que faltam recursos... Não sou desiludido cientificamente não, acho que vou trabalhar até enquanto eu puder. Mas a relação ciência-autoridade eu sou descrente. (Informação verbal)⁹⁵.

Esse projeto para mim forneceu elementos importantes que deveriam ter sido aplicados na definição das ações. [...] Houve uma descontinuidade das ações por falta de investimento dos gestores. (Informação verbal)⁹⁶.

⁹⁵ Entrevista com P2.

⁹⁶ Entrevista com P4.

TABELA 14: Características do trabalho científico segundo grau de utilidade, conforme opinião dos pesquisadores, 2005.

CARACTERÍSTICA	1 INDISPENSÁVEL, ESSENCIAL		2 MUITO ÚTIL		3 ÚTIL		4 DESNECESSÁRIO		5 INÚTIL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Recomendações reforçadas pelos dados	8	80			2	20				
Alta qualidade técnica	7	70	1	10			1	10	1	10
Resultados internamente consistentes e sem ambigüidades	6	60	4	40						
Acrescenta conhecimento prático	6	60	3	30	1	10				
Objetivo/imparcial	5	50	2	20			2	20	1	10
Relação com uma questão de alta prioridade	4	40	5	50	1	10				
Tem implicação direta sobre a ação	4	40	3	30	1	10	1	10	1	10
Generalizável	4	40	2	20	4	40				
Acrescenta conhecimento	4	40	2	20	3	30			1	10
Sugere a necessidade de mudança na filosofia, organização ou serviços	4	40	3	30			3	30		
Resultados politicamente aceitáveis	4	40	3	30	2	20	1	10		
Aplicável no âmbito do política/programa atual	3	30	4	40	3	30				
Variáveis explicativas	3	30	4	40	2	20	1	10		
Dados quantitativos	3	30	3	30	2	20	2	20		
Contém recomendações explícitas	3	30	2	20	4	40	1	10		
Dá suporte a posições já defendidas pelo usuário	3	30	2	20	1	10	4	40		
Variável independente manipulável	2	20	7	70	1	10				
É barato	2	20	5	50	3	30	1	10		
Compatível com as idéias e valores do usuário	2	20	5	50	2	20	1	10		
Acrescenta novas questões ou oferece novas perspectivas	2	20	5	50	1	10	2	20		
Achados inesperados ou novos	2	20	2	20	1	10	5	50		
Consistente com conhecimento prévio	1	10	4	40	3	30	2	20		
Focalizado (poucas variáveis dependentes)	1	10	4	40	3	30	2	20		
Desafia os pressupostos atuais e a organização institucional	1	10	2	20	2	20	3	30	2	20
Em tempo para uma decisão pendente (*)			3	33,3	6	66,				
Estatisticamente sofisticado			2	20	3	30	3	30	2	20

(*) Um pesquisador não respondeu esta questão.

TABELA 15: Características do trabalho científico segundo grau de utilidade, conforme opinião dos gestores, 2005.

CARACTERÍSTICA	1 INDISPENSÁVEL, ESSENCIAL		2 MUITO ÚTIL		3 ÚTIL		4 DESNECESSÁRIO		5 INÚTIL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Objetivo/imparcial	13	68,4	4	21,1	2	10,				
Aplicável no âmbito do política/programa atual	12	63,2	4	21,1	3	15,				
Recomendações reforçadas pelos dados	12	63,2	3	15,8	3	15,	1	5,3		
Resultados internamente consistentes e sem ambigüidades	11	57,9	6	31,6	2	10,				
Relação com uma questão de alta prioridade	10	52,6	8	42,1	1	5,3				
Variável independente manipulável	9	47,4	6	31,6	4	21,				
Acrescenta conhecimento prático	7	36,8	9	47,4	3	15,				
Tem implicação direta sobre a ação	7	36,8	9	47,4	2	10,	1	5,3		
Contém recomendações explícitas	7	36,8	7	36,8	4	21,	1	5,3		
Acrescenta novas questões ou oferece novas perspectivas	6	31,6	8	42,1	5	26,				
Alta qualidade técnica	6	31,6	6	31,6	7	36,				
Resultados politicamente aceitáveis	6	31,6	5	26,3	4	21,	4	21,1		
Consistente com conhecimento prévio	6	31,6	5	26,3	4	21,	3	15,8	1	5,3
Em tempo para uma decisão pendente	5	26,3	11	57,9	2	10,	1	5,3		
Variáveis explicativas	5	26,3	9	47,3	5	26,				
Focalizado (poucas variáveis dependentes) (*)	3	16,7	3	16,7	10	55,	2	11,1		
Sugere a necessidade de mudança na filosofia, organização ou serviços	3	15,8	10	52,6	3	15,	3	15,8		
Generalizável	3	15,8	9	47,4	5	26,	2	10,5		
Acrescenta conhecimento	2	10,5	13	68,4	4	21,				
É barato	2	10,5	10	53,6	5	26,	2	10,5		
Compatível com as idéias e valores do usuário	2	10,5	9	47,4	5	26,	3	15,8		
Dados quantitativos	2	10,5	6	31,6	10	52,	1	5,3		
Dá suporte a posições já defendidas pelo usuário	1	5,3	7	36,8	4	21,	7	36,8		
Desafia os pressupostos atuais e a organização institucional	1	5,3	5	26,3	6	31,	6	31,6	1	5,3
Achados inesperados ou novos			10	52,6	4	21,	4	21,1	1	5,3
Estatisticamente sofisticado					5	26, 3	13	68,4	1	5,3

(*)Um gestor não respondeu esta questão.

TABELA 16: Características do trabalho científico, quanto à qualidade da pesquisa, segundo grau de utilidade, conforme opinião dos pesquisadores e gestores, 2005.

CARACTERÍSTICA	1 INDISPENSÁVEL, ESSENCIAL				2 MUITO ÚTIL				3 ÚTIL				4 DESNECESSÁRIO				5 INÚTIL			
	P		G		P		G		P		G		P		G		P		G	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Alta qualidade técnica	7	70,0	6	31,6	1	10,0	6	31,6			7	36,8	1	10,0			1	10,0		
Estatisticamente sofisticado					2	20,0			3	30,0	5	26,3	3	30,0	13	68,4	2	20,0	1	5,3
Objetivo/imparcial	5	50,0	13	68,4	2	20,0	4	21,1			2	10,5								
Dados quantitativos	3	30,0	2	10,5	3	30,0	6	31,6	2	20,0	10	52,6	2	20,0	1	5,3				
Resultados internamente consistentes e sem ambigüidades	6	60,0	11	57,9	4	40,0	6	31,6			2	10,5								
Recomendações reforçadas pelos dados	8	80,0	12	63,2			3	15,8	2	20,0	3	15,8			1	5,3				
Variáveis explicativas	3	30,0	5	26,3	4	40,0	9	47,3	2	20,0	5	26,3	1	10,0						
Generalizável	4	40,0	3	15,8	2	20,0	9	47,4	4	40,0	5	26,3			2	10,5				
Acrescenta conhecimento (causalidade/descrição/teoria)	4	40,0	2	10,5	2	20,0	13	68,4	3	30,0	4	21,1					1	100		

TABELA 17: Características do trabalho científico, quanto à conformidade com as expectativas do usuário, segundo grau de utilidade, conforme opinião dos pesquisadores e gestores, 2005.

CARACTERÍSTICA	1 INDISPENSÁVEL, ESSENCIAL				2 MUITO ÚTIL				3 ÚTIL				4 DESNECESSÁRIO				5 INÚTIL			
	P		G		P		G		P		G		P		G		P		G	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Dá suporte a posições já defendidas pelo usuário	3	30,0	1	5,3	2	20,0	7	36,8	1	10,0	4	21,1	4	40,0	7	36,8				
Consistente com conhecimento prévio	1	10,0	6	31,6	4	40,0	5	26,3	3	30,0	4	21,1	2	20,0	3	15,8			1	5,3
Compatível com as idéias e valores do usuário	2	20,0	2	10,5	5	50,0	9	47,4	2	20,0	5	26,3	1	10,0	3	15,8				
Achados inesperados ou novos	2	20,0			2	20,0	10	52,6	1	10,0	4	21,1	5	50,0	4	21,1			1	5,3

TABELA 18: Características do trabalho científico, quanto à orientação da ação, segundo grau de utilidade, conforme opinião dos pesquisadores e gestores, 2005.

CARACTERÍSTICA	1 INDISPENSÁVEL, ESSENCIAL				2 MUITO ÚTIL				3 ÚTIL				4 DESNECESSÁRIO				5 INÚTIL			
	P		G		P		G		P		G		P		G		P		G	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Contém recomendações explícitas	3	30,0	7	36,8	2	20,0	7	36,8	4	40,0	4	21,1	1	10,0	1	5,3				
Variável independente manipulável	2	20,0	9	47,4	7	70,0	6	31,6	1	10,0	4	21,1								
Focalizado (poucas variáveis dependentes) (*)	1	10,0	3	16,7	4	40,0	3	16,7	3	30,0	10	55,6	2	20,0	2	11,1				
Tem implicação direta sobre a ação	4	40,0	7	36,8	3	30,0	9	47,4	1	10,0	2	10,5	1	10,0	1	5,3	1	10,0		
Relação com uma questão de alta prioridade	4	40,0	10	52,6	5	50,0	8	42,1	1	10,0	1	5,3								
Aplicável no âmbito do política/programa atual	3	30,0	12	63,2	4	40,0	4	21,1	3	30,0	3	15,8								
Acrescenta conhecimento prático	6	60,0	7	36,8	3	30,0	9	47,4	1	10,0	3	15,8								
É barato	2	20,0	2	10,5	5	50,0	10	53,6	3	30,0	5	26,3	1	10,0	2	10,5				
Em tempo para uma decisão pendente(**)			5	26,3	3	33,3	11	57,9	6	66,7	2	10,5			1	5,3				

(*)Um gestor não respondeu esta questão.

(**) Um pesquisador não respondeu esta questão.

TABELA 19: Características do trabalho científico, quanto ao desafio ao status quo, segundo grau de utilidade, conforme opinião dos pesquisadores e gestores, 2005.

CARACTERÍSTICA	1 INDISPENSÁVEL, ESSENCIAL				2 MUITO ÚTIL				3 ÚTIL				4 DESNECESSÁRIO				5 INÚTIL			
	P		G		P		G		P		G		P		G		P		G	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Desafia os pressupostos atuais e a organização institucional	1	10,0	1	5,3	2	20,0	5	26,3	2	20,0	6	31,6	3	30,0	6	31,6	2	20,0	1	5,3
Sugere a necessidade de mudança na filosofia, organização ou serviços	4	40,0	3	15,8	3	30,0	10	52,6			3	15,8	3	30,0	3	15,8				
Acrescenta novas questões ou oferece novas perspectivas	2	20,0	6	31,6	5	50,0	8	42,1	1	10,0	5	26,3	2	20,0						
Resultados politicamente aceitáveis	4	40,0	6	31,6	3	30,0	5	26,3	2	20,0	4	21,1	1	10,0	4	21,1				

Por outro lado, a maioria dos pesquisadores entrevistados acredita que os trabalhos produzidos têm conseguido penetrar no processo de tomada de decisão política e serem incorporados na execução das ações, como pode ser observado nos trechos de falas, a seguir:

A grande maioria dos nossos trabalhos são aplicáveis e um trabalho que repercutiu bastante e alertou muito foi o tratamento da elefantíase que hoje está sendo trabalhado em todas as áreas do mundo. O que fizemos aqui está sendo aplicado na África, no Sri Lanka, na China... Muitos de nossos conhecimentos produzidos foram retirados das prateleiras e aplicados na comunidade. (Informação verbal)⁹⁷.

Tem um dos artigos da minha tese que demonstra que há uma diferença de gênero, a filariose acomete mais os homens do que as mulheres e eu estudei muito isso, fiz o trabalho, inquérito analisando essa diferença, e isso foi incorporado. (Informação verbal)⁹⁸.

Eu acho que nos últimos anos tem havido, em relação à filariose, essa preocupação em utilizar o conhecimento científico, de buscar fontes de conhecimento. (Informação verbal)⁹⁹.

No tocante aos gestores, esse tema não fica claro nas falas da maioria dos entrevistados. Entretanto, observa-se que parece existir uma compreensão de que no processo de definição das políticas há a incorporação do conhecimento científico existente. Alguns exemplos foram dados por um dos gestores que relata que as contribuições se deram a partir da capacitação de pessoal, introdução do território como unidade política, a construção do sistema de informações em saúde ambiental e as mudanças no modelo de controle de doenças transmitidas por vetores a partir da introdução do *Bacillus thuringiensis israelensis* (Bti) e das ovitrampas para o controle entomológico:

Eu acho que existe sim uma incorporação, mas eu não sei também o que os pesquisadores esperariam que se incorporassem. Eu acho que também tem um outro lado, faces da mesma moeda, se, por exemplo, se revisa o que está escrito sobre dengue, eu diria que muito do que se vê como estratégia, como propostas de intervenção estão baseadas em conhecimento. (Informação verbal)¹⁰⁰.

O Aggeu Magalhães foi parceiro desde o início na capacitação dos ASA; na Universidade Federal de Pernambuco, o Observatório de Políticas Públicas, para rever essa questão do território e também na construção do sistema de informação georreferenciado; o Centro de Ciências Sociais e Aplicadas, também da UFPE, no sentido da capacitação dos nossos supervisores enquanto mobilizador social. [...] Foram os testes de resistência que o Aggeu fez que provaram que as larvas nossas, 60% já estavam resistentes ao temefós. Isso foi essencial para que a gente pudesse barganhar junto ao

⁹⁷ Entrevista com P1.

⁹⁸ Entrevista com P3.

⁹⁹ Entrevista com P7.

¹⁰⁰ Entrevista com G1.

Ministério da Saúde a substituição pelo Bti. A parceria nossa com o Aggeu, para as inovações do ponto de vista do controle, a introdução das ovitrampas, das armadilhas como instrumento de avaliação e controle foi fundamental. (Informação verbal)¹⁰¹.

Em relação à contribuição dos estudos científicos para a tomada de decisão, a maioria dos pesquisadores acredita que a produção acadêmica tem conseguido penetrar no processo político. O grupo de gestores, mais uma vez, não consegue perceber claramente essa contribuição, embora relate algumas experiências acadêmicas com a gestão.

4.3.6 Possibilidade de Uso de Conhecimento Científico no Processo Político

Observa-se certa homogeneidade nas opiniões dos pesquisadores quanto à relação entre a possibilidade do uso e a vontade política do gestor. Destaca-se dentre os entrevistados a idéia de que a ciência já produziu conhecimento suficiente para resolver grande parte dos problemas relacionados a algumas enfermidades, mas que a distância entre a pesquisa e a gestão está relacionada à vontade política do gestor e sua capacidade de decisão.

Uma coisa é ter sido feito o trabalho, outra coisa é eles serem aceitos pela comunidade científica, outras coisas é eles serem levados a cabo, ao nível mesmo de sua utilização. Tem um passo grande entre o laboratório até o campo... Acho que essa é uma questão de decisão política, de quem manda no programa, quem tem o poder de decisão e que deve ter o conhecimento e a capacidade de dizer 'eu vou fazer um programa para controlar, por exemplo, baratas, então que produtos existem para controlar baratas, quais os prós e os contras de cada um' e assim decide. Cabe a ele decidir. (Informação verbal)¹⁰².

Algumas opiniões expressaram ceticismo quanto à possibilidade de uso do conhecimento científico no processo político, particularmente devido à resistência do gestor em incorporar conhecimentos que contrariam as idéias do modelo oficial, ou que desafiam o *status quo*, ou que será resolvido apenas quando houver nova geração de gestores com melhor qualificação acadêmica:

Outro fator que eu reputo é um pouco a prepotência técnica no sentido de resistir às evidências que contrariam ao modelo oficial, as pessoas não querem ouvir, não querem discutir, preferem resistir. (Informação verbal)¹⁰³.

¹⁰¹ Entrevista com G9.

¹⁰² Entrevista com P8.

¹⁰³ Entrevista com P6.

No início a gente achava que com argumentos científicos seria possível mudar esse quadro. Eu começo a acreditar que não. Eu começo a acreditar que no nível da gestão nacional e várias outras instâncias, nós vamos ter que esperar uma nova geração de gestores, com uma formação mais científica. (Informação verbal)¹⁰⁴.

A idéia de que já existe um corpo de conhecimento suficiente para a definição de algumas políticas, como por exemplo, para o controle de doenças como dengue e filariose também é compartilhada pelos gestores:

Muitos dos problemas importantes também se conhece como podem ser resolvidos, ou seja, muitas das necessidades hoje não precisam pesquisar mais. Provavelmente dengue seja um caso desse tipo, que digamos para controlar os surtos epidêmicos existe um conhecimento suficiente, digamos em termos de organização de serviços. (Informação verbal)¹⁰⁵.

Agora o que eu me bato é que mesmo sem se ter novos conhecimentos, sem ter novos recursos tecnológicos, com o que já existe daria para eliminar, porque só falta mesmo a área da grande Recife. (Informação verbal)¹⁰⁶.

Importante registrar a possibilidade de uso da produção científica na formulação teórica, conceitual e de metodologias articuladas com o desenvolvimento de políticas, conforme apontadas por um dos gestores:

Nós temos tido sistematicamente publicações de saúde ambiental voltados para o fortalecimento dessa iniciativa. Isso tem sido extremamente profícuo. Não só aborda aspectos da formulação teórica e conceitual, mas também da formulação política, do ponto de vista do olhar da academia nessa área nossa, como também desenvolve metodologias, apresenta resultados do ponto de vista da epidemiologia ambiental, de quais são as relações que existem entre os riscos que nos preocupam e os seus efeitos na saúde, e acho que está abrindo aí uma via de produção acadêmica muito importante. E nós temos procurado aproveitar ao máximo as potencialidades que já existem e que já estão instaladas no Brasil. (Informação verbal)¹⁰⁷.

De opinião contrária, outro gestor acredita que os estudos são pouco considerados no processo político, porém as possibilidades de utilização se ampliam quando são pesquisas aplicadas que conseguem dar resposta às necessidades e problemas. Ou seja, retoma-se a idéia de que a pesquisa aplicada é considerada a mais útil, na visão dos gestores.

Apesar de essas informações serem bastante úteis e necessárias, são pouco consideradas nas tomadas de decisões. As possibilidades são ampliadas quando esses conhecimentos são provenientes de pesquisas aplicadas em

¹⁰⁴ Entrevista com P5.

¹⁰⁵ Entrevista com G1.

¹⁰⁶ Entrevista com G10.

¹⁰⁷ Entrevista com G6.

serviços públicos e que de fato respondam sobre a causalidade e soluções dos problemas. (Informação verbal)¹⁰⁸.

A possibilidade de uso de conhecimento científico no processo político foi consensual entre ambos os grupos de entrevistados, que também compartilham da opinião de que a produção científica existente na atualidade é suficiente para conseguir resolver a maioria dos problemas. E os pesquisadores acrescentam ainda que falte a vontade política para implementar as ações necessárias.

Nesse aspecto, houve também falas de pesquisadores que expressam descrédito devido à resistência do gestor para incorporar conhecimentos que contrariam as idéias do modelo oficial, que desafiam o *status quo*. O que está em acordo com os resultados obtidos na avaliação desta dimensão.

4.3.7 Produção e Utilização de Pesquisas nas Esferas Governo

Ao serem questionados quanto à responsabilidade com a produção e utilização de pesquisas nas diferentes esferas governamentais do SUS, gestores e pesquisadores apontaram ser a esfera municipal a mais adequada para usar o conhecimento produzido e houve questionamentos quanto ao papel dos serviços de saúde em produzir conhecimento, uma atividade própria das instituições acadêmicas.

4.3.7.1 Quanto à Utilização

De um modo geral, os pesquisadores acreditam que o nível local é o mais adequado e o que tem maior possibilidade de utilizar os conhecimentos produzidos pela pesquisa, pois é onde de fato o problema ocorre. Também há uma preocupação expressa em melhorar a comunicação com o nível federal, onde são tomadas as grandes decisões orientadoras das políticas:

¹⁰⁸ Entrevista com G15.

No problema de saúde você tem mais conhecimento gerado na prática onde o problema existe, aquele foco do problema, as pessoas estão mais envolvidas, por isso então, naturalmente, na prática, sejam os pesquisadores daquela região, a comunidade, os gestores, têm mais aproximação com o problema e têm conhecimento melhor sobre o problema do ponto de vista aplicável. Mas eu acho que ainda é preciso que haja maior aproximação entre a academia, especialmente no nível federal em divulgar mais o conhecimento. (Informação verbal)¹⁰⁹.

Essa mesma opinião é compartilhada pelos gestores, que apontam ser a esfera municipal maior beneficiário das pesquisas, por ser o responsável pela execução das ações:

Acredito ser o nível municipal por ser responsável pela execução das ações. (Informação verbal)¹¹⁰.

4.3.7.2 Quanto à Produção

As discussões com os pesquisadores caminharam mais no sentido do papel dos serviços em produzir conhecimento. Houve certa confluência de opiniões no sentido de que a atividade de pesquisa não é sua função e nem tem viabilidade no âmbito dos serviços, cuja demanda de ações é grande e diversificada e apresenta carência de recursos humanos para a sua execução. Porém, também se destaca a possibilidade de que os próprios municípios desenvolvam estudos na medida em que os técnicos mais bem qualificados tenham motivação para refletir sistematicamente sobre as práticas e demandas dos serviços:

Você precisa dar respostas para o serviço. Você não tem tempo de analisar, de pesquisar, não tem tempo, não tem nem recursos humanos suficientes pra você dizer, 'não, eu vou me dedicar à pesquisa, vou fazer isso me dedicando à pesquisa. (Informação verbal)¹¹¹.

Eu acho que é pertinente e que dá para fazer muitas parcerias e que o próprio município também poderia fazer, se eles têm massa crítica, podem fazer. Não acredito que esse seja um papel deles, mas podem fazer. No geral os técnicos fazem isso para se capacitarem e continuar no próprio serviço'. (Informação verbal)¹¹².

No tocante aos gestores, apenas um destes questiona o papel dos serviços de saúde na produção de conhecimento, embora reconheça que isto ocorra. Argumenta que é essa a função

¹⁰⁹ Entrevista com P7.

¹¹⁰ Entrevista com G15.

¹¹¹ Entrevista com P9.

¹¹² Entrevista com P10.

primordial das instituições de pesquisa e ensino, embora o país apresente grande número de doutores inseridos em outras atividades não exclusivamente de pesquisa:

Sempre fica uma dúvida para mim sobre as vocações desses dois grupos, desses dois setores, ou seja, a vocação da pesquisa e a vocação dos gestores e dos profissionais de saúde. Não que os profissionais de saúde não tivessem capacidade para desenvolver uma pesquisa, tanto assim que grande parte da pesquisa em saúde é desenvolvida nos serviços de saúde e com profissionais de saúde participando direta ou indiretamente e por outro lado se tem um dado da realidade que mostra quantos pesquisadores com mestrado ou doutorado são incorporados onde se esperaria que se faça pesquisa, que são as universidades. Então esse é um problema que hoje se enfrenta. Se tem recém doutores hoje que estão em qualquer outro espaço menos no espaço acadêmico para o qual eles se formaram. Eu não sei se o caminho é que os profissionais de saúde se convertam em pesquisadores. (Informação verbal)¹¹³.

De um modo geral os gestores apontam para a realização de estudos no âmbito da gestão, entretanto, destacando-se o papel do Ministério da Saúde como líder desse processo. Nesse sentido, um dos gestores destaca que o nível federal é responsável pela definição das prioridades de pesquisa para o setor saúde:

Fica para o gestor, e nesse caso o gestor federal, para a secretaria (de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos) e mais especificamente para o departamento (Departamento de Ciência e Tecnologia-DECIT) fazer esse trabalho de burilar, fazer o trabalho da gestão, do tomar a decisão, como dentro de cada uma dessas agendas, você passa a pinçar e prioriza aquelas que estariam dando conta dos problemas que, digamos assim, são os mais importantes. (Informação verbal)¹¹⁴.

Boa parte dos gestores entrevistados destaca que, embora não seja essa a atividade primordial do município, alguns municípios têm condições de desenvolver estudos, desde que tenham o suporte do Ministério da Saúde que deve estar na liderança desse processo. Enfatiza-se que também é missão da gestão desenvolver e publicar pesquisas como forma de democratizar a informação e contribuir com a melhoria da qualidade do SUS:

Acho que alguns municípios têm condições, é uma questão de começar a ajudá-los. Acho que seria interessante os municípios começarem a ter esse papel. E na constituição está muito forte o papel de cada um e para o governo federal é o apoio técnico-científico e financeiro, nada impede por exemplo, não chegamos ainda mas poderemos estar discutindo isso mais para frente, que o governo federal, o Ministério da Saúde, porque para os estados é pouco claro, talvez o estado de São Paulo, ou um outro, mas começarem a estimular os municípios a desenvolverem essa linha, com apoio. Também vai ser importante para nós que o Ministério comece a ter

¹¹³ Entrevista com G1.

¹¹⁴ Entrevista com G1.

uma liderança nessa área porque aí facilita para nós porque todas as nossas questões são tripartites, então na medida em que o Ministério tem uma política mais clara vai envolver também os municípios e o CONASEMS. (Informação verbal)¹¹⁵.

Eu acho que não é a atividade primordial e preponderante do serviço. A gente não pode parar uma ação na ponta para produzir um artigo. Mas eu acho que a não democratização, porque aí eu acho que a publicação de um artigo científico, a apresentação de um trabalho em um congresso, você está também democratizando a informação e eu acho que essa não democratização é um equívoco [...]. Eu acho que é importante que o município faça isso sim. A sua ação preponderante é a atenção. Publicar um artigo sobre a dengue e fazer a ação de controle de vetor, eu tenho que optar em fazer a ação, agora se eu posso além da ação de controle do vetor, mostrar como a gente vem fazendo isso dentro da cidade e os resultados que a gente vem obtendo, eu acho que a gente está contribuindo e qualificando o próprio SUS isso é missão nossa sim. (Informação verbal)¹¹⁶.

Embora os três níveis de governo tenham condições de desenvolver estudos, alguns destacam a necessidade de observar sua abrangência e a necessidade de cada nível de governo, de modo que exista uma gradação no sentido de que o nível federal assuma aqueles de maior amplitude e se defina uma agenda, pelo menos para os grandes municípios, e os estados atuem coordenando um sistema estadual:

Eu acho que a tendência é que a gente (Ministério da Saúde) concentre as pesquisas de maior volume tanto de recursos quanto de tempo, e aqui a gente usa o nosso recurso de pesquisa para resolver problemas mais efetivamente pontuais, mas essa combinação. [...] Eu creio que eles (níveis estadual e municipal) também têm um papel. Eu acho que deve haver uma gradação. Provavelmente mobilizar um volume de recursos para uma pesquisa para o desenvolvimento de uma vacina para dengue, é impossível se dar no nível municipal. Quer dizer, eu creio que há uma agenda pelo menos para os grandes municípios, e talvez para os estados coordenando um sistema estadual, porque um pequeno município não teria escala, aí seria o estado assumindo em nome dos pequenos municípios, principalmente nessa área ultra-aplicada, pesquisas que ajudem a implantar metodologias, respeitando as características locais e tirando o melhor proveito delas, e em avaliação, além de problemas locais. (Informação verbal)¹¹⁷.

Todos os níveis podem apresentar a mesma responsabilidade, portanto depende da abrangência da pesquisa e da necessidade de cada nível de governo. (Informação verbal)¹¹⁸.

Tanto pesquisadores, quanto gestores concordam que o nível local é o mais apropriado para a utilização das pesquisas pela maior proximidade com os problemas. Embora acreditem na importância do nível federal em liderar e fomentar a pesquisa. Nesse aspecto, houve

¹¹⁵ Entrevista com G3.

¹¹⁶ Entrevista com G18.

¹¹⁷ Entrevista com G8.

¹¹⁸ Entrevista com G15.

consenso de que embora a produção científica não seja papel dos serviços, cuja demanda de ações impossibilita tal atividade, concretamente alguns serviços têm conseguido produzir trabalhos, principalmente decorrente da busca dos seus técnicos por qualificação em nível de pós-graduação.

4.3.8 Importância da Articulação Entre Academia e Serviço

Quanto à importância da articulação entre a produção acadêmica e a produção de serviços de saúde, ou seja, entre o conhecimento científico e a política, as opiniões identificadas dentre os pesquisadores estão relacionadas com a possibilidade de contribuir para a resolução dos problemas da gestão; desenvolvimento de aprendizado mútuo; subsidiar a gestão com informações e também produzir conhecimento, que é função do pesquisador.

As pessoas nos procuram constantemente, nós damos resolução aos casos, casos que não são solucionados em outros laboratórios tem ido equipe daqui para lá para ajudar a solucionar. (Informação verbal)¹¹⁹.

Eu vejo que as idéias que se discute no meio da filaríose, que muita coisa foi aplicada pela gestão. Eu acho que foi muito produtivo, eu aprendi e eles aprenderam muito no processo.(Informação verbal)¹²⁰.

Essa é uma coisa importante para a própria execução, porque a gente está tanto trazendo informações para o próprio município, como também a gente está conseguido tirar instrumentos importantes. Na minha área isso é muito importante porque tanto você aproveita um único fomento, quanto consegue trazer produtos de uso comuns a essas duas populações. (Informação verbal)¹²¹.

Para os gestores, a importância dessa articulação está vinculada à possibilidade da academia subsidiar a gestão com informações, conhecimentos novos, com conceitos referenciais para a definição da política, no sentido de proporcionar a melhoria da qualidade e a otimização dos serviços prestados. Também se observam falas que apontam para a realização de avaliações externas como elemento importante para a gestão.

E a partir do momento em que a gente começou a trabalhar com essa nova perspectiva de inserir a academia nas atividades, isso deu um salto de qualidade tremenda. [...] A academia entra auxiliando a gente exatamente na

¹¹⁹ Entrevista com P1.

¹²⁰ Entrevista com P3.

¹²¹ Entrevista com P10.

avaliação dessa ação, porque a gente precisa saber se está havendo impacto ou não. (Informação verbal)¹²².

Mas eu acredito que se a gente pode ter uma associação entre os serviços e órgãos de ensino e pesquisa, o programa pode ter vantagens. Em primeiro lugar porque quando a gente está trabalhando com novas tecnologias, eu acho que é importante que se tenha uma boa base de evidências técnico-científica que diga que aquela metodologia é segura e eficaz e que haja o acompanhamento do que vai se fazer em campo, porque muitas vezes se tem algo que funciona num projeto piloto, mas que quando colocado numa escala maior isso não acontece. (Informação verbal)¹²³.

Eles têm uma visão que a gente não tem muitas vezes. Eles têm uma amplitude maior de conhecimento, na filariose, por exemplo, porque em outras endemias a gente não tem tanta aproximação com outros serviços, com a academia ou o Aggeu, é mais com a filariose. Eles têm um acúmulo muito grande com relação à filariose e isso para gente é muito bom porque traz formas de se trabalhar melhor, em termos de otimizar mesmo. (Informação verbal)¹²⁴.

Também se percebe nessa articulação a possibilidade de se desenvolver ferramentas necessárias para o desenvolvimento das ações de controle, o que garantem o sucesso da política.

Olha essa coisa de dizer que é importante nem precisa que é chover no molhado. O que a gente quer na prática é ampliar isso e tornar uma coisa rotineira, tanto para ter instrumentos de diagnóstico bons, para inclusive que agora que há a necessidade de se ter instrumentos para se verificar a interrupção da transmissão, e para desenvolver principalmente instrumentos de intervenção que sejam mais eficientes e mais ágeis. (Informação verbal)¹²⁵.

Esse intercâmbio tem sido permanente e importante para o sucesso do nosso programa. (Informação verbal)¹²⁶.

Os dois grupos também consideram importantes as articulações entre a academia e o serviço sendo que para os pesquisadores a justificativa se dá pela possibilidade de resolver problemas; aprendizado mútuo; subsidiar a gestão com informações e também produzir conhecimento, que é função do pesquisador; e, orientar os programas sem subordinação às orientações internacionais. Nesse aspecto, os gestores relacionam com a possibilidade de a academia subsidiar a gestão com informações, conhecimentos novos, com conceitos referenciais para a definição da política que proporcionam a melhoria da qualidade e a otimização dos serviços prestados.

¹²² Entrevista com G2.

¹²³ Entrevista com G8.

¹²⁴ Entrevista com G19.

¹²⁵ Entrevista com G10.

¹²⁶ Entrevista com G18.

4.3.9 Interação Entre a Produção do Conhecimento e a Política

A partir da discussão com os sujeitos entrevistados foi possível identificar situações que se apresentam como obstáculos ou barreiras, ou seja, elementos que dificultam a interação entre o conhecimento produzido e a política; e outras que seriam as estratégias ou caminhos utilizados para que se possa estabelecer a aproximação entre.

4.3.9.3 A Percepção dos Pesquisadores

Os pesquisadores apontaram os seguintes obstáculos: ‘falta de flexibilidade junto à gestão’; ‘falta de vontade política do gestor’; ‘pesquisador ter uma idéia de que é onisciente’; ‘gestor deseja ter a certeza’; ‘discriminação de pesquisadores por parte do gestor quando este apresenta críticas’; ‘tempo da pesquisa e da gestão são diferentes’; ‘publicação internacional’; ‘gestores e pesquisadores desconhecem a realidade um do outro’; ‘pesquisadores não querem interagir com a gestão’; ‘gestor não procura os conhecimentos científicos’.

- **Falta de flexibilidade do pesquisador**

Observou-se na expressão utilizada por alguns pesquisadores a existência de certa resistência para colaborar com a gestão no processo de aplicação dos resultados de um estudo, quando esta não se dispuser a seguir estritamente as orientações que lhe são dadas:

Se não fosse da forma em que queríamos aplicar nós não nos envolvíamos, porque a gente não acreditava que se não fosse assim iria sair algo. [...] porque se fosse aplicado de uma forma diferente e não desse certo era o Aggeu Magalhães o responsável, mesmo tendo sido de uma forma que nós não queríamos. Se eu tenho um formato e sei que se aplicar aquilo vai dar certo, eu não posso corromper a minha formação. (Informação verbal)¹²⁷.

- **Falta vontade política do gestor**

Destaca-se que o conhecimento científico produzido até os dias atuais seria suficiente para a eliminação das endemias desse estudo (dengue e filariose linfática), e que depende da vontade política do gestor para que isso aconteça:

¹²⁷ Entrevista com P1.

A ciência já deu todos os elementos necessários para se eliminar essas doenças, falta agora a vontade política ou então ações mais firmes e agressivas para acabar essas doenças. A ciência faz a sua parte mas as autoridades não estão muito ligadas, algumas autoridades não estão muito ligadas com esse descobrimento científico. (Informação verbal)¹²⁸.

- **Pesquisador ter uma idéia de que é onisciente**

Na opinião de alguns pesquisadores, há uma idéia arraigada entre os seus pares, de que são detentores do conhecimento verdadeiro e que os técnicos devem se limitar a seguir as suas orientações; e que isso se deve à própria cultura hierárquica existente no meio acadêmico:

No geral eu acho que os grupos acadêmicos têm uma postura muito de ser o dono do saber e querer impor uma coisa que muitas vezes... há muito conflito. [...] Acho que a maior parte dos pesquisadores agem contribuindo com o conflito. Porque é uma cultura hierárquica, é uma cultura em que o pesquisador, o acadêmico é o que sabe de tudo. Principalmente as pessoas que trabalham em pesquisa básica e experimental que têm todas as variáveis, controladinhas ali, e eu acho que isso gera muito conflito e de achar que ele é que sabe e de achar que quem está no serviço não sabe de nada e precisa seguir as ordens (Informação verbal)¹²⁹.

- **Gestor deseja ter a certeza**

Embora a certeza científica seja algo inatingível, os gestores exigem dos pesquisadores que estes garantam a certeza de que os resultados das pesquisas se reproduzirão quando de sua utilização para a solução de um problema:

Um dos pontos de conflito é justamente a incerteza da gente. Todo conhecimento científico é incerto. Mas o gestor quer que a gente tenha certeza, ele questiona se a gente tem certeza que aquilo vai dar certo. A gente diz, 'bem as evidências mostram que o caminho melhor a seguir é esse'. Mas para quem está tomando a decisão ele quer 100% de evidências de que aquilo vai dar certo. Eu acho que isso é outro ponto que torna débil as relações entre a gestão e a academia. A gente não pode dizer 'olhe vá por esse caminho porque essa é a melhor decisão'. A gente pode sugerir 'olha essa é possivelmente a decisão que vai dar melhor resultado', mas você não pode afirmar categoricamente.' (Informação verbal)¹³⁰.

- **Discriminação por parte do gestor**

Refere-se a situações em que os gestores passam a desconsiderar pesquisadores ou instituições de pesquisa, a partir do momento em que estes apresentam críticas à política implementada ou contrariam às suas concepções:

¹²⁸ Entrevista com P2.

¹²⁹ Entrevista com P3.

¹³⁰ Entrevista com P3.

As críticas apontadas levaram a certa discriminação, por exemplo, o professor André deixou de ser convidado para participar de reuniões de discussão da política de intervenção. (Informação verbal)¹³¹.

Então o que aconteceu com o Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, nós éramos um centro de referência para a avaliação da resistência (dos mosquitos aos inseticidas químicos) e no momento em que começou a demonstrar que os mosquitos estavam resistentes e dar publicidade para isso, lhe foi retirada essa função, e sem nenhuma explicação. (Informação verbal)¹³².

- **Resistência ao conhecimento que desafia o *status quo***

O gestor tende a recusar resultados de pesquisas que contrariem o seu corpo de conhecimento prévio, mesmo que sejam comprovados cientificamente:

O Ministério ignora essa informação da academia. [...] Quer dizer, ignora qualquer coisa que possa abalar o modelo hegemônico. Quando a gente mostra um estudo como nós realizamos aqui, que a despeito do incremento cada vez maior do uso do temefós, o aumento da incidência de dengue também acompanhou esse crescimento, ou seja, com o uso de mais temefós também houve mais infestação, quer dizer, teve um efeito contrário; mas essa informação não serve, não interessa ao gestor. (Informação verbal)¹³³.

- **Tempo da pesquisa e da gestão são diferentes**

A pesquisa e a gestão se baseiam em orientações temporais distintas que interferem no processo de construção do conhecimento, no momento em que uma determinada pesquisa perpassa diferentes gestões e o problema abordado por ela não corresponde a uma prioridade da gestão seguinte:

O tempo da pesquisa não é o tempo político da gestão e às vezes a pesquisa começa no meio de uma gestão e passa para outro gestor e ele interrompe, ele não se interessa mais por aquele tema, ele não cumpre os compromissos firmados anteriormente pela outra gestão. (Informação verbal)¹³⁴.

- **Publicação internacional**

Aponta-se que publicar artigos em periódicos científicos internacionais é um fator que dificulta a interação entre a política e a gestão, na medida em que a língua utilizada é o inglês, em sua maioria, enquanto os gestores brasileiros tendem a optar por trabalhos escritos em português:

¹³¹ Entrevista com P4.

¹³² Entrevista com P6.

¹³³ Entrevista com P6.

¹³⁴ Entrevista com P6.

Porque a pesquisa tem essa coisa, nós temos que trabalhar para produzir, a nossa produção é a publicação e se dá muito mais valor às publicações que são em revistas indexadas internacionais, que são em língua inglesa ou em outras línguas, na maioria delas inglesa. Só que isto, do ponto de vista da aplicação num país como o Brasil, faz com que haja um obstáculo. E nós sentimos isso. Nós produzimos muito inicialmente em revistas internacionais e nós não conseguíamos sensibilizar as autoridades locais tão facilmente, como com a comunidade internacional que lia os artigos. (Informação verbal)¹³⁵.

Também chegou um período em que a sustentação do grupo tinha que ser feita com publicações estrangeiras, na perspectiva de se buscar financiamento e credibilidade. Então eu acho que isso também criou um distanciamento. (Informação verbal)¹³⁶.

- **Gestores e pesquisadores desconhecem a realidade um do outro**

Identifica-se que tanto gestores, quanto pesquisadores não conhecem sobre as atividades do outro, o que funcionaria como elemento que dificulta a interação:

Quem está nesse tipo de trabalho, no poder público, muitas vezes não conhece nada do lado da pesquisa e não quer conhecer. E muitas vezes, nós pesquisadores não conhecemos nada do que é executar um programa e uma série de fatores que estão associados ao trabalho deles e também, muitas vezes, não nos interessamos em saber. (Informação verbal)¹³⁷.

- **Pesquisadores não querem interagir com a gestão**

Há referência a pesquisadores que preferem desenvolver seus trabalhos sem o envolvimento com a gestão:

Agora têm muitos pesquisadores que não querem interagir a esse nível (*da gestão*). (Informação verbal)¹³⁸.

- **Gestor não procura os conhecimentos**

Destaca-se o fato do gestor não procurar se inteirar dos conhecimentos científicos existentes acerca do problema a ser enfrentado, seja diretamente nas publicações, ou por seus assessores, ou recorrendo aos pesquisadores:

Eles estão preocupados em produzir coisas burocráticas. Ao invés dele produzir tantas portarias por mês, por que ele não foi se informar, ou os

¹³⁵ Entrevista com P7.

¹³⁶ Entrevista com P10.

¹³⁷ Entrevista com P8.

¹³⁸ Entrevista com P8.

assessores, que tinha tal conhecimento sobre dengue, ou sobre a filariose, ou sobre o vetor e que poderiam ser implementados? (Informação verbal)¹³⁹.

O que sinto é que as pessoas que estão à frente da política e da execução não vêm nos buscar e nós estamos aqui pra isso, é nossa obrigação. (Informação verbal)¹⁴⁰.

No que concerne aos caminhos ou estratégias que facilitam a interação e aproximação entre os dois grupos, os pesquisadores deixam evidenciar: ‘relações interpessoais’, que foi referida por metade dos entrevistados; ‘ter assessoria’; ‘qualificação dos técnicos e gestores’; ‘pesquisador também ter experiência com a gestão’; ‘reuniões e eventos com participação de gestores e pesquisadores’; ‘pesquisador enviar relatórios de pesquisa para o gestor’; ‘publicação em congressos científicos’; ‘divulgar mais os trabalhos nos meios de comunicação de massa’; ‘produzir material técnico–didático’; ‘gestor procurar a academia’; ‘realização de pesquisa aplicada’; ‘pesquisadores e gestores compreenderem a realidade um do outro’; ‘estabelecer convênios’; ‘buscar o convencimento do gestor, sensibilizar’; ‘pesquisador não impor o seu conhecimento’; ‘publicação de estudos em português’.

- **Relações interpessoais**

Destacam-se por terem sido referidos por metade dos entrevistados. Elas dizem respeito ao fato das pesquisas serem utilizadas na medida em que se estabelece um nível de interação entre membros da gestão e pesquisadores:

Talvez se alguma das pessoas que fazem parte desse programa não tivesse uma interação a nível profissional e até pessoal, porque essas coisas acontecem também, as coisas não fluíssem de uma forma tão boa. (Informação verbal)¹⁴¹.

É porque isso vai muito de acordo com a gerência, e você sabe que a cada quatro anos se muda a gerência, e às vezes até antes. Então às vezes você tem em algumas secretarias um grupo de pesquisa vinculado a ela e outros não. Então existem essas definições. (Informação verbal)¹⁴².

- **Ter assessoria**

Aponta-se a necessidade de que o gestor tenha assessoria qualificada, com algum tipo de experiência acadêmica como forma de facilitar o acesso à informação científica, na medida em:

¹³⁹ Entrevista com P2.

¹⁴⁰ Entrevista com P8.

¹⁴¹ Entrevista com P8.

¹⁴² Entrevista com P10.

E o gestor não tem condições de ser especialista em filaríose, dengue, esquistossomose, infarto do miocárdio etc., mas ele precisa ter para cada um desses tópicos um assessoramento de indivíduos competentes que vão dizer para ele por onde seguir. (Informação verbal)¹⁴³.

Ele pode ter um assessor específico em cada área, por exemplo, se a questão é de controle de vetores, é preciso ter uma assessoria, ou é importante, ou é bom ter uma assessoria que tenha uma formação científica, que saiba buscar, que tenha familiaridade com a busca de informação científica dentro dessa área. (Informação verbal)¹⁴⁴.

- **Qualificação de gestores e técnicos**

Destaca-se que a maior qualificação profissional de gestores e técnicos, em nível de pós-graduação, especialmente no nível *stricto sensu*, amplia as possibilidades de aproximação com a academia e há maior respeito pela produção científica:

Associa-se ainda o fato de que os serviços têm mudado, eles estão buscando mais qualificação. Hoje é muito comum você ver pessoas do serviço com mestrado, com doutorado, e acaba que essas pessoas que fazem isso têm um respeito pela pesquisa, que anteriormente não existia. Então o que a gente consegue observar é que com essa qualificação maior do serviço existe um respeito do produto da pesquisa. (Informação verbal)¹⁴⁵.

A gente tem que separar, não sei se temos que separar, mas não podemos achar que o gestor tenha que fazer uma carreira científica. Não necessariamente. Mas me parece ser bom que o gestor tenha percorrido uma certa formação científica, até nível de mestrado, doutorado. (Informação verbal)¹⁴⁶.

- **Pesquisador ter experiência com gestão**

Relata-se que a experiência com a gestão, seja como formulador da política ou como técnico, possibilita a melhor compreensão desse mundo e a aproximação entre os grupos:

Na parte mais epistemológica, de estudos mais de prospecção filosófica, eu tenho como referência todo o meu trabalho empírico, do tempo em que eu era gestora do serviço da saúde, sanitarista da rede e são essas pesquisas que a gente vem realizando com algumas prefeituras aqui no nordeste que alimentam a minha reflexão epistemológica e filosófica no campo da ciência, não tem outro caminho para mim. (Informação verbal)¹⁴⁷.

Eu tenho uma situação particular porque eu já fui da gestão, eu sou funcionária da prefeitura até hoje. [...] É meio misturado na minha cabeça o papel de técnico e de pesquisador, gestor não porque eu nunca tive a decisão,

¹⁴³ Entrevista com P2.

¹⁴⁴ Entrevista com P5.

¹⁴⁵ Entrevista com P10.

¹⁴⁶ Entrevista com P5.

¹⁴⁷ Entrevista com P6.

meu papel era de dar idéias, de formular, junto, numa construção coletiva. (Informação verbal)¹⁴⁸.

- **Reuniões e eventos com participação de gestores e pesquisadores**

Aponta-se que a realização de eventos com a participação de gestores e pesquisadores funciona como facilitador da interação entre ambos, uma vez que permite o contato do gestor com o conhecimento científico produzido, ao mesmo tempo em que o pesquisador também pode se aproximar da realidade da gestão:

Daí surgiu o Primeiro Simpósio Nacional de Filariose, que foi esse simpósio que congregou vários municípios da região metropolitana do Recife e cientificamente a gente começou realmente a produzir e divulgar trabalhos e o pessoal começou a acreditar no nosso trabalho. (Informação verbal)¹⁴⁹.

Fizemos mais recentemente no ano passado, um segundo seminário, agora de caráter nacional, para a troca de experiência entre pesquisadores e também municípios, com experiências locais de controle de dengue numa perspectiva diferente da proposta do Ministério. (Informação verbal)¹⁵⁰.

- **Publicação em congressos científicos**

A publicação de resultados de pesquisas nos congressos é considerada uma estratégia importante de divulgação com os gestores, que têm participado cada vez frequentemente desse tipo de evento científico:

Então essa metodologia de vigilância e de controle com base no comportamento biológico das populações é uma coisa que começa a chegar em muitos grupos que nos procuram, que estão nos congressos de entomologia, que estão nos congressos de controle biológico, que a gente tem observado e constatado uma participação cada vez maior de gestores de saúde, cada vez maior nesses congressos. (Informação verbal)¹⁵¹.

Além disso, nós temos publicado sempre nos congressos da ABRASCO, o de epidemiologia, o de medicina tropical, sempre tem tido trabalhos, nós temos sempre feito projetos para obter financiamento e temos publicado. (Informação verbal)¹⁵².

¹⁴⁸ Entrevista com P3.

¹⁴⁹ Entrevista com P1.

¹⁵⁰ Entrevista com P6.

¹⁵¹ Entrevista com P5.

¹⁵² Entrevista com P6.

- **Pesquisador enviar relatórios de pesquisa para o gestor**

O envio de relatórios de pesquisas é apontado como uma estratégia para comunicar ao gestor sobre os resultados de uma pesquisa, na perspectiva de sensibilizá-lo com a apresentação de soluções para um determinado problema:

Depois desse programa nós fizemos um relatório que foi enviado para o Governador do Estado, Secretário de Saúde do Estado, do Município, Ministério da Saúde, SUCAM, para todas as autoridades que tinham alguma coisa a ver com a saúde nós mandamos o relatório mostrando que seria factível e que se podia erradicar a filariose no Recife. (Informação verbal)¹⁵³.

Em 99 nós tivemos um evento em que organizamos um primeiro seminário e tiramos desse seminário uma publicação, fizemos um relatório, divulgamos esse relatório para diversos níveis de gestão e publicamos numa revista científica. (Informação verbal)¹⁵⁴.

- **Divulgar os trabalhos nos meios de comunicação de massa**

Relata-se o papel relevante da divulgação de resultados de pesquisa nos meios de comunicação de massa, como estratégia de sensibilização dos gestores e também na perspectiva de apresentar soluções possíveis para uma questão prioritária:

Foi basicamente a partir da divulgação do conhecimento que foi gerado a partir do trabalho que nós produzimos. Então isso desencadeou um processo natural de busca, inicialmente por parte das universidades, dos estudantes, da imprensa... isso tornou o grupo de trabalho que eu participo, um grupo de trabalho conhecido, que naturalmente foi sendo procurado para dar contribuições no processo, primeiro de diagnóstico de uma situação que não era totalmente conhecida, e depois, para colaborar também com um processo de tentativa de controle. (Informação verbal)¹⁵⁵.

Então eu acho que a gente peca por não interagir tanto e não divulgar tanto... uma falta de iniciativa de a gente se expor um pouco mais diante dos outros grupos de trabalho que estão na execução. Se expor um pouco, mais no sentido de divulgar mais. (Informação verbal)¹⁵⁶.

- **Produzir material técnico-didático**

Destaca-se que a produção de material técnico-didático como forma de contribuir com a gestão por meio da divulgação do conhecimento científico numa linguagem acessível aos técnicos e à população:

¹⁵³ Entrevista com P2.

¹⁵⁴ Entrevista com P6.

¹⁵⁵ Entrevista com P7.

¹⁵⁶ Entrevista com P8.

Hoje nós somos um grupo reconhecido como Serviço de Referência e, dentro desse processo, nos é solicitado produzir materiais didáticos, materiais que sejam utilizados em diversos locais e nós recebemos demandas de todo o país. Nós estamos no momento nesse processo de trabalho que não é um trabalho científico, mas que é a nossa parcela de contribuição para esse programa, para essa gestão da saúde pública. (Informação verbal)¹⁵⁷.

- **Gestor procurar a academia**

Aponta-se para a necessidade de que os gestores façam o movimento de procurar os conhecimentos científicos e a aproximação com a academia:

É cada vez mais promover essa integração e o serviço, os gestores, realmente buscarem a contribuição da academia para as decisões. Isso eu acho que vai ao longo do tempo servir para quebrar essas arestas. (Informação verbal)¹⁵⁸.

O que vejo é que o gestor precisa ter uma abertura suficiente para buscar o conhecimento que existe na academia, o conhecimento virtual ou concreto, e para usar isso como um ponto de tomada de decisões. (Informação verbal)¹⁵⁹.

- **Realizar pesquisa aplicada**

Destaca-se a importância do desenvolvimento de pesquisas aplicadas como estratégia de ampliar a interação, na medida em que permite maior aproximação com a gestão numa perspectiva de fornecer subsídios para a solução de questões prioritárias:

A pesquisa trabalha com metodologia padronizada, em condições ótimas, mostra uma realidade que é o conhecimento científico. Existem pesquisas que tentam transpor isso para uma situação de aplicação em campo, que são essas condições que vão dar subsídio maior para os gestores poderem aplicar aquele conhecimento. (Informação verbal)¹⁶⁰.

Eu sou funcionária do Ministério (da Saúde) e estou trabalhando num instituto de pesquisa de doenças tropicais, meu trabalho é de cunho acadêmico, eu estou trabalhando na produção de conhecimento, essa é a minha função primordial, mas eu também tenho que acoplar essa produção do conhecimento à resolução dos problemas. (Informação verbal)¹⁶¹.

- **Pesquisadores e gestores compreender a realidade um do outro**

Aponta-se para a necessidade de que tanto gestor como pesquisadores procurem se aproximar e compreender sobre a realidade vivenciada no mundo do outro, como forma de facilitar a interação entre ambos:

¹⁵⁷ Entrevista com P7.

¹⁵⁸ Entrevista com P3.

¹⁵⁹ Entrevista com P5.

¹⁶⁰ Entrevista com P7.

¹⁶¹ Entrevista com P8.

A gente tem que ter uma compreensão melhor, sair um pouco do universo da pesquisa, da produção do conhecimento, dessa nossa visão muito acadêmica e tentar conhecer as necessidades do poder executivo competente para tratar dos problemas de saúde pública, e eles têm que entender também muito sobre o que o trabalho de pesquisa e qual é a perspectiva e quais são as características. Não é entender profundamente, mas é entender o que é um trabalho de pesquisa e diferenciar do que é a prestação de serviço, uma expertise, um exame, para a gente poder falar a mesma língua. (Informação verbal)¹⁶².

- **Estabelecimento de convênios**

Relata-se a importância de realização de convênios com as diferentes esferas de governo para o financiamento de estudos, exemplificando com a experiência vivenciada no campo da pesquisa sobre filariose linfática:

Em 2002, foi registrado o convênio e pela primeira vez nós fomos reconhecidos formalmente como serviço de referência no Brasil para o Ministério da Saúde. A partir daí nós começamos a ter recursos da OPAS, projetos da OPAS, projeto do Ministério da Saúde, projetos do município do Recife, e agora nós estamos com um grande trabalho de avaliação das áreas consideradas extintas de filariose, um trabalho financiado pela OPAS; estamos também com um trabalho na Bahia para avaliar a extinção da doença principalmente em Salvador e na cidade de Castro Alves que no passado foram áreas endêmicas, com o financiamento do governo do estado da Bahia e do Ministério da Saúde; e estamos para reavaliar o Maranhão considerado área extinta. (Informação verbal)¹⁶³.

- **Buscar o convencimento do gestor, sensibilizar**

Destaca-se a importância do papel do pesquisador em procurar sensibilizar os gestores em relação aos resultados de uma determinada pesquisa que possam ser utilizados no processo político:

Nós tentamos fazer todo um trabalho de alicerçamento de conhecimento para fornecer dados concretos e mais fidedignos que pudessem subsidiar essas ações. Não que nós fôssemos os aplicadores dessas ações, mas procurávamos sensibilizar e, eu acho que de alguma forma isso sensibilizou, porque criou uma situação que não existia na instituição. (Informação verbal)¹⁶⁴.

A gente tenta atuar e tenta convencer e mostrar com dados científicos, porque para a gente só interessa propor, aconselhar, divulgar uma coisa que possa ser de fato aplicado. (Informação verbal)¹⁶⁵.

¹⁶² Entrevista com P8.

¹⁶³ Entrevista com P1.

¹⁶⁴ Entrevista com P7.

¹⁶⁵ Entrevista com P8.

- **Pesquisador não impor o seu conhecimento**

Aponta-se para o fato de que o pesquisador procure compreender que quem toma decisão também detém um tipo de conhecimento, embora que seja diferente do seu. Seu papel em relação à gestão é de dar subsídios para a formulação da política e para a decisão, no sentido de propor soluções para uma questão prioritária:

A idéia é mais orientar com o meu conhecimento e eles decidirem, porque eu acho que muita coisa foi modificada da teoria para a prática, foi adaptada à realidade local. O meu papel é mais de orientar, de dar pistas, sugerir. (Informação verbal)¹⁶⁶.

- **Publicar estudos em português**

Identifica-se a necessidade de se publicar em português, considerando que há uma tendência dos gestores em optar por publicações desse tipo, mesmo que gere algum desconforto para o pesquisador que é avaliado pelas suas publicações, especialmente em periódicos estrangeiros cuja língua dominante é o inglês:

Se você der dois artigos, um em inglês, numa revista superconceituada, e outro numa revista local, muitos gestores ainda, e muitas pessoas que lidam com o problema, vão preferir ler aquilo que é produzido em revistas locais. (Informação verbal)¹⁶⁷.

4.3.9.1 A Percepção dos Gestores

Os gestores referiram: ‘pesquisador ter uma idéia de que é onisciente’, ‘tempo da pesquisa e da gestão são diferentes’; ‘falta integração entre academia e gestão’; ‘gestor não procura os conhecimentos’; ‘dificuldade na definição das demandas de pesquisa’; ‘definição das necessidades de pesquisa sem a participação dos técnicos’; ‘academia não procura o serviço’.

¹⁶⁶ Entrevista com P3.

¹⁶⁷ Entrevista com P7.

- **Pesquisador ter uma idéia de que é onisciente**

Destaca-se que na concepção dos pesquisadores, os técnicos não têm capacidade de contribuir com a produção do conhecimento:

O pesquisador considera que o gestor tem pouco a dizer sobre pesquisa. (Informação verbal)¹⁶⁸.

- **Tempo da pesquisa e da gestão são diferentes**

Identifica-se que há uma distância temporal entre a produção de um conhecimento científico e sua aplicação no processo político

Entre uma inovação ser descoberta e a gente utilizá-la, a gente perde meses, sendo otimista, porque a gente tem ainda pouca capacidade de um centro qualquer dizer 'pode passar essa metodologia que eu tenho rapidamente capacidade de colocá-la em campo, testar com um protocolo e dar um resultado em pouco tempo'. Isso é um limitante. (Informação verbal)¹⁶⁹.

- **Falta integração entre academia e gestão**

Relata-se o fato da academia e da gestão desenvolverem suas atividades independentemente uma da outra, sem procurar algum tipo de aproximação:

Na verdade se a gente for fazer uma avaliação do que aconteceu antes da primeira gestão do atual prefeito é que a academia e serviço nunca trabalharam juntos. A academia sempre produzia, fazia seus trabalhos em campo, mas por ser trabalho científico, com número restrito de pessoas, o serviço fazia a sua política, entre aspas, porque era muito pouco efetiva, e eles nunca mesclaram conhecimento. (Informação verbal)¹⁷⁰.

- **Gestor não procura os conhecimentos**

Destaca-se o fato de que pelas dificuldades que a gestão enfrenta para a implantação do SUS na esfera municipal, a procura de conhecimento científico não é considerada importante para se encontrar as soluções para os problemas:

Mas isso não faz muito parte da nossa atuação, até porque nós estamos tão envolvidos, tão enlacrados com a implantação, com todas as dificuldades, os municípios com toda a dificuldade financeira, de implantar o modelo, com dificuldades políticas. Hoje o município é responsável, mas enfrentam

¹⁶⁸ Entrevista com G1.

¹⁶⁹ Entrevista com G8.

¹⁷⁰ Entrevista com G2.

todas as dificuldades, o que leva a gente não se vê muito preocupado com pesquisa. (Informação verbal)¹⁷¹.

- **Dificuldade na definição das demandas de pesquisa**

Identifica-se que os gestores apresentam dificuldades para definir sobre os estudos que são necessários para a solução dos problemas:

Às vezes é difícil para o serviço conseguir dizer com toda clareza qual é a sua demanda. Às vezes os serviços têm dificuldade de saber definir qual é a pergunta mesmo que ele quer fazer. (Informação verbal)¹⁷².

- **Definição das necessidades de pesquisa sem a participação dos técnicos**

Refere-se que o processo de definição de prioridades de pesquisa não conta com a participação dos técnicos envolvidos:

Eu acho que há muito tempo que isso não ocorre aqui... Pode até haver esse movimento da Secretaria (de Vigilância em Saúde), buscando identificar essas necessidades, mas não desceu até aqui não. Faz tempo que não somos ouvidos para colocar as necessidades de pesquisa. (Informação verbal)¹⁷³.

- **Academia não procura o serviço**

Destaca-se que os serviços desconhecem sobre a produção científica porque a academia não procura lhes divulgar, dificultando assim que estes façam o movimento no sentido de procurar o seu suporte e consigam encontrar as soluções para os problemas identificados:

Porque eu acho que a academia deveria mostrar para os serviços o que ela tem, porque às vezes você pode estar no serviço doidinho e tem a informação ali e você não sabe. Eu acho que essa interface entre o serviço e a academia ainda precisa ser muito trabalhada. (Informação verbal)¹⁷⁴.

Quanto às estratégias que facilitam a interação os gestores apontaram: 'relações interpessoais'; 'ter assessoria'; 'qualificação dos técnicos'; 'gestor com formação em pesquisa'; 'pesquisador também ter experiência no serviço, na gestão'; 'reuniões e eventos com participação de gestores e pesquisadores'; 'publicar em congressos científicos'; 'realizar pesquisa aplicada; gestor procurar a academia'; 'gestor participar de todo o processo da pesquisa'; 'gestor financiar pesquisas'; 'criação de centro e redes de colaboração'.

¹⁷¹ Entrevista com G3

¹⁷² Entrevista com G8.

¹⁷³ Entrevista com G10.

¹⁷⁴ Entrevista com G12.

- **Relações interpessoais**

Registra-se que na interação com a academia, as relações interpessoais assumem papel importante, independentemente de decisão política institucional, na medida em que é necessário que ambos, gestores e pesquisadores, precisem estar sensibilizados e abertos para interagirem:

Não existe nada institucionalizado. As coisas acontecem mais na base da amizade. (Informação verbal)¹⁷⁵.

A sensação que eu tenho é que vale mais o contato que o pesquisador tem dentro da secretaria do que a relação instituição para instituição. (Informação verbal)¹⁷⁶.

Fica muito no nível das pessoas. Não adianta, por mais que se queira institucionalizar, e aí eu acho assim, que na minha vivência, a gente observa que as relações elas se dão muito no plano pessoal também. Não adianta você dizer: “vamos integrar a academia e o serviço de oftalmologia. Se não houver a disposição entre as pessoas para essa integração isso não acontece. (Informação verbal)¹⁷⁷.

- **Ter assessoria**

Os gestores registram que uma das estratégias utilizadas para a interação com comunidade científica tem acontecido sob a forma de assessorias técnicas, com ênfase na importância dos Comitês Técnicos Assessores do Ministério da Saúde, cujos pesquisadores participam pela sua reconhecida autoridade científica na área, e também ficam como referência para as demais esferas de governo:

A participação da academia tem se dado por meio do comitê técnico, por exemplo, cada um desses programas existe o que a gente chama informalmente de comitê técnico. Digo informalmente porque ele não foi formalizado através de portaria, constitui uma assessoria técnica voluntária. (Informação verbal)¹⁷⁸.

Aqui a gente trabalha com os consultores técnicos do Ministério. Quando a gente quer um trabalho, que a gente vai trabalhar em parceria com a academia, a gente opta pelas pessoas dos Comitês do Ministério. (Informação verbal)¹⁷⁹.

O Comitê Técnico Assessor Nacional do PNCD é um comitê formado por técnicos do Ministério, do programa, com a participação da academia, representada principalmente pela ABRASCO, da OPAS e especialistas em áreas.

¹⁷⁵ Entrevista com G12.

¹⁷⁶ Entrevista com G17.

¹⁷⁷ Entrevista com G7.

¹⁷⁸ Entrevista com G14.

¹⁷⁹ Entrevista com G4.

São pessoas conhecidas do ponto de vista científico e com expertise técnica e esse comitê tem a finalidade de acompanhar e assessorar o programa. (Informação verbal)¹⁸⁰.

- **Qualificação de técnicos e gestores**

A qualificação profissional de técnicos e gestores em nível de pós-graduação é apontada pelos gestores como elemento facilitador da interação com a academia, uma vez que possibilita a identificação de que é necessária uma atuação conjunta e também onde encontrar o conhecimento científico necessário à resolução do problema:

Agora onde você vai buscar esse apoio é que depende um pouquinho da sua história. Se eu já tive uma vinculação, se já trabalhei junto, se tenho mestrado, se já fiz um doutorado, se tem essa vivência acadêmica, fica mais fácil de você saber: é ali que eu vou buscar. (Informação verbal)¹⁸¹.

Eu acho que tem algumas questões que fizeram com que isso acontecesse. Primeiro eu acho que tem um pouco do perfil das pessoas que vieram para trabalhar na prefeitura que também tinham uma história na academia. Então eu acho que essas pessoas sempre perceberam esse distanciamento e a importância de que isso fosse recuperado. Isso é um fator. [...] Eu acho que isso foi um facilitador. (Informação verbal)¹⁸².

- **Pesquisador também ter experiência com a gestão**

A experiência do pesquisador com a gestão também se apresenta como estratégia importante, pois permite que haja maior sensibilização para uma atuação com a gestão.

E eu acho que o pesquisador é a mesma coisa, se ele já teve a oportunidade, é um caminho de duas mãos, se ele teve a oportunidade de conhecer, é aquela coisa de você conhecer um pouquinho a dor do outro, então fica mais fácil no segundo momento que é a integração. (Informação verbal)¹⁸³.

- **Reuniões e eventos com participação de gestores e pesquisadores**

Aponta-se para a necessidade de organização de eventos que envolvam gestores e pesquisadores como ferramenta para a interação entre ambos. Destaca-se uma proposta de realização desse tipo de evento, para o acompanhamento das pesquisas financiadas pelo gestor, nos quais os pesquisadores tenham a oportunidade de expor seus estudos e resultados, mesmo os parciais, e os gestores possam conhecer mais sobre as pesquisas em andamento:

¹⁸⁰ Entrevista com G5.

¹⁸¹ Entrevista com G7.

¹⁸² Entrevista com G18.

¹⁸³ Entrevista com G7.

Eu acho que deve existir um fórum próprio com encontros periódicos, para se debater essas coisas. (Informação verbal)¹⁸⁴.

Como uma estratégia de acompanhamento e avaliação das realizações das pesquisas é ter seminários ou talvez oficinas, onde progressivamente por um lado, se acompanhe o desenvolvimento e a realização das pesquisas, mas por outro lado também possam participar os gestores para que ele possa conhecer o que está sendo pesquisado. (Informação verbal)¹⁸⁵.

- **Publicar em congressos científicos**

A publicação de trabalhos científicos em congressos facilita a interação na medida em que oferecem uma oportunidade de aproximação de gestores e pesquisadores. De um lado os pesquisadores podem compreender sobre a gestão, e também para os gestores conhecerem sobre a produção científica:

Nós temos oportunidade, eu diria, de ter os congressos da ABRASCO, em que em geral a maioria dos gestores e técnicos da nossa área acompanha as atividades, são criados corredores temáticos exatamente para estimular, quer dizer, é o momento em que a academia tem a possibilidade de ter contato com os produtores de serviços, que conduzem os serviços. (Informação verbal)¹⁸⁶.

Outra forma que a gente utiliza é a participação nos congressos, a qualidade dos trabalhos que são apresentados, as referências que se tem em termos de literatura e a experiência concreta. (Informação verbal)¹⁸⁷.

- **Realizar pesquisa aplicada**

Destaca-se a importância de realização de pesquisas que consigam apontar soluções para os problemas identificados pela gestão ou que estejam voltadas para uma questão que, embora ainda não tenha sido considerada prioritária pelo gestor, possa sensibilizá-lo para uma intervenção:

A academia não vem com uma demanda pronta, mas ouvir qual é a demanda dos serviços e trabalhar em cima disso, tenha uma proposta pronta ou fazer outra, mas que o serviço precisa. (Informação verbal)¹⁸⁸.

Eu acho que para muitos problemas de saúde o que está faltando em grande parte é o desenvolvimento de pesquisa sobre intervenções. (Informação verbal)¹⁸⁹.

¹⁸⁴ Entrevista com G12.

¹⁸⁵ Entrevista com G1.

¹⁸⁶ Entrevista com G6.

¹⁸⁷ Entrevista com G14.

¹⁸⁸ Entrevista com G16.

¹⁸⁹ Entrevista com G1.

- **Gestor procurar a academia**

Registra-se a necessidade de que o gestor faça o movimento de procurar a academia e apresentar as suas demandas de pesquisas, suas questões prioritárias:

Talvez o avanço agora seja se nós chegarmos para a academia e falarmos o que estamos precisando. (Informação verbal)¹⁹⁰.

- **Gestor participar de todo o processo da pesquisa**

A participação do gestor em todas as fases da pesquisa é considerada uma estratégia importante na medida em que possibilita a troca de experiências e conhecimentos entre ambos os grupos, gestores e pesquisadores:

Provavelmente uma recomendação importante é que você poderá melhorar essa aproximação na medida em que os gestores participem não apenas na definição de prioridades, senão de como será realizada a pesquisa, de todo o processo. (Informação verbal)¹⁹¹.

Eu acho que o serviço vai dando esse ajuste pro teórico e o teórico vai dando esse ajuste teórico pro serviço. (Informação verbal)¹⁹².

- **Gestor financiar pesquisas**

O financiamento de pesquisas pela gestão é uma reconhecida estratégia de interação, na medida em que os estudos são direcionados para as questões prioritárias, o que facilita o processo de utilização dos resultados obtidos e possibilita a verificação de sua operacionalização no momento da intervenção:

A gente (*Ministério da Saúde*) fez pequenos orçamentos... trinta e poucas pesquisas que a gente financiou de uma só vez, que testavam desde novas metodologias de combate ao mosquito, mas faziam também avaliação de participação comunitária dentro do programa, quer dizer tinha uma série de ações. E tem inclusive algumas inovações no programa brasileiro que são resultados dessa interação. (Informação verbal)¹⁹³.

Um estudo multicêntrico, a questão das armadilhas que nós estamos considerando como uma proposta inovadora, nós fizemos nesse caso, um convênio com a Universidade de Minas Gerais, pagamos a universidade, um grupo de pesquisadores e estamos também fazendo um outro estudo multicêntrico, com o acompanhamento do comitê, envolvendo 11 municípios brasileiros. (Informação verbal)¹⁹⁴.

¹⁹⁰ Entrevista com G3.

¹⁹¹ Entrevista com G1.

¹⁹² Entrevista com G7.

¹⁹³ Entrevista com G8.

¹⁹⁴ Entrevista com G5.

É importante registrar o processo de fomento à pesquisa desenvolvido pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, descrito por um dos gestores entrevistados (G13). O processo baseia-se na utilização de critérios para a definição das prioridades de estudo e no envolvimento do corpo técnico desta secretaria, sob a coordenação direta da Coordenação Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviço (CGDEPI). Destaca-se ainda que não há articulação com o Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT) da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde nesse processo e que a articulação com a academia ocorre no âmbito dos setores técnicos, em que alguns destes têm comitês assessores.

Para dar suporte ao processo de definição de prioridades, a Coordenação Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviço elaborou um documento orientador no qual se evidencia, portanto, que o processo inicia-se com a realização de oficinas envolvendo os diversos setores técnicos para orientação da definição de prioridades em pesquisa.

Para a definição de prioridades, considera-se: (a) a identificação dos problemas e definição de perguntas de pesquisa; (b) que a pesquisa precisa contribuir de maneira útil para o estado do conhecimento sobre o assunto e subsidiar a tomada de decisão; (c) obedecer aos critérios VIER: ser Viável, Inovadora, Ética e Relevante.

A definição da relevância relaciona-se a importância da pesquisa, as respostas que fornecerá, e se a pesquisa solucionará um problema ou modificará as políticas de saúde. Cada pergunta definida pela área temática pode gerar uma ou mais linhas de pesquisa, cuja priorização se baseia em critérios que são avaliados qualitativamente se alto, médio ou baixo: a relevância; a gravidade/urgência do problema (morbidade, mortalidade, incapacidade, custos sociais e/ou econômicos); a população sob risco; a suficiência do conhecimento para a solução do problema; o potencial de aplicação dos resultados obtidos para a solução ou minimização do problema; e a viabilidade (BRASIL. Ministério da Saúde, 2004).

Após essa etapa, o colegiado da Secretaria toma a decisão final quanto às prioridades de pesquisa e, em seguida, as áreas técnicas produzem o marco referencial, com apoio da CGDEPI, que é o instrumento básico para a elaboração dos termos de referência e dos editais. Finaliza-se esse processo com produção e lançamento de editais de pesquisa ou encomendas de pesquisas específicas diretamente a grupos de pesquisa.

Em entrevista, um representante da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério (G1) registra que em 2004 foram definidos dois mecanismos de fomento à pesquisa pelo Ministério da Saúde: o primeiro por meio de convênio com o Ministério da Ciência e Tecnologia e seus dois órgãos, Finep e CNPq, com editais temáticos; e o segundo através do Programa para o SUS de Gestão Compartilhada que levou ao Programa de Pesquisa para o SUS - PPSUS- em todos os estados.

Este mesmo entrevistado também destaca a superposição da atividade de fomento à pesquisa no âmbito de duas secretarias do Ministério da Saúde, a de Vigilância em Saúde e a de Ciência e Tecnologia:

A Secretaria de Vigilância em Saúde, na qual pertence a coordenação eles são uma das secretaria que mais permanentemente fazem editais, inclusive antes do DECIT, antes da Secretaria De Ciência E Tecnologia, e que ainda mesmo tendo esta secretaria eles continuam tendo um programa de financiamento de pesquisa. (Informação verbal).¹⁹⁵

No que se refere à interação entre a produção do conhecimento e a política, observa-se que três dos obstáculos identificados são compartilhados por ambos os grupos: ‘pesquisador ter uma idéia de que é onisciente’; ‘gestor não procura os conhecimentos’; e ‘tempos da pesquisa e da gestão são diferentes’.

Dentre as diversas estratégias apresentadas, observa-se que oito são compartilhadas por ambos os grupos, de pesquisadores e gestores: ‘relações interpessoais; ‘ter assessoria’; ‘qualificação dos técnicos e gestores’; ‘pesquisador também ter experiência com a gestão’; ‘reuniões e eventos com participação de gestores e pesquisadores’; ‘publicação em congressos científicos’; ‘realização pesquisa aplicada’; e ‘gestor procurar a academia’.

¹⁹⁵ Entrevista com G1

5 DISCUSSÃO

A formulação de política é um processo longo e complexo, que recorre, para maior impacto, às várias fontes de conhecimento e informações existentes, seja originado no conhecimento popular ou produto da ciência, que Irwin e Michael (2003) denominam de conhecimento democrático ou tecnocrático. A informação técnico-científica se coloca assim não como a única fonte provedora de saber, mas como um recurso adicional a ser utilizado com vistas à tomada de decisão, buscando as melhores alternativas de solução para os problemas enfrentados.

As políticas voltadas para problemas complexos demandam maior suporte científico, como por exemplo, o da saúde, onde a clínica médica desde os seus primórdios se utilizou fortemente da ciência e, por analogia, a saúde pública busca incorporar em seu processo decisório as evidências de origem científica.

O grau de aproximação entre a tomada de decisão e a produção de conhecimento científico varia e nem sempre é possível, como afirma Pouvourville (1999), para quem as relações entre estes dois campos são difíceis, sempre conflituosas e às vezes impossíveis de serem estabelecidas. Inúmeros são os obstáculos, que segundo Weiss e Bucuvalas (1980) estão relacionados a cada um dos subsistemas (tomada de decisão e produção de conhecimento).

Para análise de política existem diversos modelos. O da Estrutura de Coalizões de Defesa (ACF) proposto por Sabatier e Jenkins-Smith (1993, 1999), oferece a vantagem de desenvolver a análise a partir da compreensão da política enquanto um subsistema constituído por coalizões de atores, introduzindo o seu sistema de crenças e idéias que possibilita captar as mudanças introduzidas pela aprendizagem. Weiss (1977; 1997; 1998) refere que o uso do conhecimento enquanto iluminador de idéias é o mais adequado.

Aplicar o modelo de ACF à compreensão da política de controle de endemias transmitidas por vetores no contexto brasileiro foi um desafio interessante e inovador. Observa-se que a maioria das experiências com o ACF ocorreu em países considerados desenvolvidos, na Europa e América do Norte. Também, é pouco expressiva no campo das políticas de saúde, foi identificado apenas um estudo sobre a política para o problema do uso de drogas na Suíça, desenvolvido por Kübler (2001).

Ao associar ao ACF os elementos propostos por Weiss e Bucuvalas (1980), no que concerne ao uso do conhecimento científico no processo político, foi possível melhorar o

arcabouço teórico e abordar em maior profundidade o problema, uma vez que permitiu verificar com maior precisão a maneira como se estabelecem as articulações entre a gestão responsável pela tomada de decisão política, com a produção do conhecimento científico.

Nessa direção, agregou-se também a análise da produção científica, representada por artigos publicados em periódicos referidos pelos sujeitos do estudo. A caracterização dessa produção permitiu melhor visualizar as relações entre o conhecimento científico e a problemática do controle de dengue e filariose. Também possibilitou maior compreensão do arcabouço conceitual que sustenta os modelos de controle destas doenças.

A caracterização do subsistema de controle de endemias transmitidas por vetores evidenciou que as variáveis externas ao subsistema, no que concerne especificamente aos principais parâmetros estáveis e eventos externos, relacionam-se com as características próprias do desenvolvimento brasileiro, predominantemente excludente e concentrador e suas repercussões nas condições de vida e saúde da população assim como na forma de controle dessas doenças.

O perfil sócio-sanitário brasileiro está constituído por cenários intrinsecamente relacionados ao ambiente, tais como o das doenças cardiovasculares e neoplásicas, o das infecto-parasitárias, e o de causas externas (SANTOS; CÂMARA 2002). Quando sobrepostos às condições ambientais das principais bacias hidrográficas das grandes regiões do país, deixam evidenciar os problemas de saneamento nas bacias da Região Amazônica, dos Rios Paraguai e Paraná, do Pantanal Matogrossense e da Região Nordeste; e o impacto dos produtos tóxicos nas Regiões Sul e Sudeste (TUNDISI, 2006). Portanto, um quadro sócio sanitário que permite revelar a complexidade do problema e, como consequência, da tomada de decisão.

Os eventos que mereceram maior destaque na análise desse subsistema foram: (1) a Constituição Federal de 1988 e as regulamentações infraconstitucionais que criaram o Sistema Único de Saúde (SUS), com seus princípios e diretrizes, dentre os quais a descentralização das ações, inclusive de controle de endemias vectoriais; e (2) alianças de centro-esquerda assumiram em diferentes níveis de governo, o que permitiu que a coalizão ecossistêmica pudesse exercer sua contra-hegemonia, implementando experiências que possibilitaram mudanças na política.

Quanto à descentralização, embora já tenha se conseguido avanços importantes para a sua concretização no âmbito do SUS, ela não está consolidada no campo do controle das endemias vetoriais. O caráter centralizado dos programas, particularmente o de controle de dengue, limita a ação dos municípios à mera execução, não estimulando a autonomia para o desenvolvimento de ações de acordo com seu contexto sócio-ambiental e com práticas diferenciadas.

Essa situação constitui-se em um paradoxo, tendo em vista o processo mais geral da implementação do SUS. A diretriz da descentralização busca ampliar o grau de autonomia do nível local para o planejamento e a tomada da decisão. No entanto, esta varia conforme a disponibilidade e fontes de recursos e a capacidade de produzir, gerenciar e utilizar as informações na definição de planos de ação. Outros aspectos a serem considerados estão relacionados à histórica tradição da sociedade e do Estado brasileiros de caráter clientelista e paternalista (ATKINSON et al., 2000; COHN; WESTPHAL; ELIAS, 2005).

Embora a descentralização esteja presente nos considerandos da formulação dos programas de controle da dengue e filariose (PNCD e PNEFL), tanto na legislação do SUS como no discurso dos organismos multilaterais, sua implementação se deu de forma abrupta, com transferência de responsabilidade pela execução das ações planejadas no nível federal, particularmente no que concerne ao controle de dengue.

Esse processo foi fortemente criticado pelos sujeitos de nível local. A própria fala de um gestor federal mostrou contradições: por um lado afirmou que a descentralização é fundamental para o sucesso dos programas, e por outro justifica os limites impostos aos municípios, tornando-os sem autonomia para definir de maneira soberana o modelo de intervenção a ser implementado, sob pena de “*serem punidos*”.

Em relação à filariose, houve um movimento de maior responsabilização da esfera municipal associado à ausência das outras esferas, estadual e federal, conforme registros de algumas entrevistas. Essa endemia se apresenta distribuída de maneira focalizada em poucos municípios brasileiros, localizados na Região Nordeste do país e acomete uma população majoritariamente desfavorecida nos aspectos sociais, políticos e econômicos, condições que, provavelmente, têm interferido nesse processo.

Como destacam Braga, Albuquerque e Morais (2004), essas características contribuem para o enfraquecimento da pressão social sobre o processo de decisão política, o que

explicaria o fato de que, a descentralização para a esfera local não determinou a implementação da política de controle. O que só veio a ocorrer com participação de representantes da coalizão ecossistêmica na nesse nível de gestão.

A análise do subsistema de controle de endemias transmitidas por vetores quanto aos seus elementos internos evidenciou a presença de duas coalizões: a tradicional químico-dependente e a ecossistêmica.

Guardadas as especificidades de cada doença, o sistema de crenças e idéias presente nessas coalizões apresenta diferenças substanciais quanto à concepção da política e ao modelo implementado para o controle dessas endemias. Como expressam Sabatier e Jenkins-Smith (1988; 1993; 1997; 1999), o sistema de idéias representa a maneira como um problema social se estrutura no âmbito da política e como as coalizões atuam para implementar as suas idéias na política.

A coalizão tradicional químico-dependente é a dominante, no entanto observou-se que a coalizão ecossistêmica vem conseguindo contrapor e interferir no sentido de introduzir mudanças na política.

Trata-se de uma situação que reproduz a história da ciência e de suas revoluções. Um paradigma dominante permanece como uma “ciência normal” até que outro paradigma questiona suas bases epistemológicas e o substitui (KUHN, 1989). A coalizão tradicional químico-dependente está fundamentada por um corpo de conhecimento de base positivista, empirista, monodisciplinar, monocausal e fragmentada. Com essas características se mantém influenciando a produção do conhecimento, a definição da política e a organização das ações de controle no país e nos organismos multilaterais (OPAS e OMS), que são, após a Segunda Guerra Mundial, os principais formuladores e norteadores das políticas dos Estados Membros da Organização das Nações Unidas (ONU).

De fato, como assinala Augusto (2005), esse corpo teórico dominou a filosofia da ciência até metade do século XX, e permanece influenciando, implícita ou explicitamente, o pensamento dos cientistas neste século.

Em relação ao controle de dengue observou-se que as ações concentram-se na interrupção da transmissão direta sobre o vetor (*Aedes aegypti*) objetivando o seu aniquilamento. Essa centralidade das ações visando à eliminação do vetor chegou a

denominar o programa oficial do Ministério da Saúde de “Programa de Erradicação do *Aedes aegypti*”-PEAe.

Na problemática da filariose a diretriz principal está voltada para duas estratégias: a eliminação terapêutica da *Wuchereria bancrofti* no organismo humano e, mais recentemente, o controle químico do seu vetor, o *Culex quinquefasciatus*.

Para a intervenção vetorial, a utilização de inseticidas químicos constitui a principal estratégia para alcançar redução nos índices de infestação.

A partir de meados da década de 1990, a observação da ineficácia dos modelos, indicada pela endemização da dengue e a persistência da filariose em diversos países; a recorrência de surtos epidêmicos de dengue; a resistência vetorial progressiva aos inseticidas químicos utilizados; os riscos para a saúde e para o ambiente do uso de produtos químicos levaram ao fortalecimento das idéias críticas a esse modelo.

A coalizão ecossistêmica vai além, questiona também as bases conceituais do modelo hegemônico e busca atuar mais estrategicamente procurando intervir no subsistema do controle de doenças transmitidas por vetores pela compreensão sistêmica, da complexidade, pela internalização do ambiente ao processo e pela defesa dos princípios norteadores da promoção da saúde e da qualidade de vida estabelecidos em diversas convenções.

Essa coalizão conseguiu expressar essas questões em algumas formulações operacionais, a exemplo do método COMBI que visa efetivar a participação da população; do modelo integrado, envolvendo ações de saneamento ambiental e de controle biológico dos vetores; da descentralização do poder de decisão para o nível local; e de algumas iniciativas locais, que passam a articular melhor os campos da saúde e do ambiente.

A própria OPAS foi enfática em admitir que as medidas tradicionalmente implementadas para o controle de dengue foram insuficientes, especialmente por serem centralizadas, verticalizadas e basearem o controle vetorial no uso de inseticidas químicos, ressaltando o caráter efêmero de resultados de redução da infestação em alguns países, que logo em seguida voltaram a ter seus índices elevados (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2002b).

No cenário brasileiro, alguns momentos possibilitam demonstrar que a ação da coalizão ecossistêmica vem encontrando espaços de expressão, com intervenções tanto para o controle de dengue quanto de filariose.

No que se refere à dengue, destaca-se o fato do Conselho Nacional de Saúde reconhecer conjuntamente com o Ministério da Saúde a impossibilidade de erradicar o mosquito *Aedes aegypti* no Brasil (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2002). O que também pode ser verificado quando os sujeitos desta pesquisa, representados pelos técnicos do Ministério da Saúde, referiram terem feito “*autocrítica*” em relação à idéia anterior da possibilidade real de erradicação do vetor.

No campo de intervenção para o controle da filariose, o Plano de Eliminação da Filariose no Brasil reconheceu a relação da doença com o crescimento urbano desordenado e à deterioração das condições de moradia e saneamento (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1997), e houve a proposição de uma efetiva descentralização das ações para os locais onde ela é endêmica. Por exemplo, no Estado de Pernambuco uma estratégia mais integrada foi proposta por Albuquerque e Morais (1998), para a Secretaria de Estado da Saúde, quando da construção do Plano Estadual, que apontou para uma perspectiva coletiva, relacionando o processo de transmissão da doença com os determinantes sócio-ambientais. Também propuseram a realização do controle vetorial em associação ao tratamento em massa da população sob risco. (ALBUQUERQUE; MORAIS, 1998). No entanto, essa proposição não foi implementada.

O tema voltou a ser debatido durante a Reunião de Avaliação do Programa Nacional de Eliminação da Filariose Linfática no ano de 2002, em Recife, quando a coalizão ecossistêmica encontrou espaço político para defender a utilização do controle biológico e mecânico de vetores, em substituição ao controle químico no intra e peridomicílio, incluindo a recusa à utilização de mosquiteiros impregnados com inseticida (BRASIL. Ministério da Saúde, 2000b). Os produtos dessa avaliação possibilitaram a reformulação do Plano Nacional de Eliminação da Filariose Linfática, orientando-o na incorporação de um novo modelo (BRASIL. Ministério da Saúde, 2000a).

As propostas de ações de saneamento ambiental, de controle mecânico e biológico de vetores e a participação da população foram introduzidas como ajustes complementares ao modelo tradicional, mantendo as suas concepções essenciais.

Observa-se assim, a existência de um paradoxo no fato da coalizão tradicional ter incorporado no discurso e na formulação de uma nova estratégia de controle de dengue e filariose aquelas preocupações e críticas feitas pela coalizão ecossistêmica, uma vez que na prática, as medidas operacionais de controle se mantiveram centradas principalmente no vetor (no caso da dengue) ou no agente biológico (no caso da filariose), mantidos como “elos vulneráveis” do processo.

Essa falta de congruência entre a formulação da política e sua implementação, pode ser observada em relação a diversos componentes definidos para o controle dessas endemias:

- Ações de Saneamento – Este componente teve pouca prioridade. É um consenso de que a sua baixa implementação é um dos principais condicionantes para a manutenção do cenário composto por doenças infecciosas e parasitárias, inclusive de transmissão vetorial do país (SANTOS; CÂMARA, 2002), principalmente nas Regiões Norte e Nordeste, que apresentam as piores condições de saneamento ambiental e de vida (CARVALHO, 1998; 1999).
- Ações Integradas de Educação em Saúde, Comunicação e Mobilização Social – Até o momento, o método COMBI no Brasil está limitado a um projeto piloto para o controle de dengue, que envolve apenas cinco municípios brasileiros (menos de 0,1% do total), enquanto essa endemia (soro tipos 1, 2 e 3) se encontra disseminada na quase totalidade do território nacional. Apesar de existirem ações de educação em saúde para a prevenção da filariose na cidade do Recife, presentes na atenção básica, esse método sequer foi considerado para controle dessa endemia no Brasil.

Também não se pode deixar de mencionar que as campanhas educativas esporádicas, como o Dia D organizado no Brasil, já foram comprovadas como ineficazes e que seria necessário desenvolver ações de educação que busquem não apenas a redução do dano da doença, mas o empoderamento da população, conforme avaliado e recomendado pela OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004a).

- Manejo Integrado dos Vetores - Enquanto os documentos dos organismos internacionais recomendam o modelo integrado (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003b; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2002b; 2002c), o PNCD mantém arraigada a centralidade do “combate ao vetor”. Uma alusão aos campos de batalha de “combate ao inimigo”, presentes analogamente nas estratégias da saúde pública introduzidas

no início do século XX, quando a idéia de controle vetorial se pautava em campanhas focalizadas (SABROZA; LEAL, 1992).

Aqui, claramente se expressa o modelo unicausal, de corte eminentemente biologicista e linear, que busca a aniquilação do inseto vetor como solução para processo de adoecimento, que é complexo, excluindo-se os fatores ecológico-ambientais, que quando lembrados, são apenas contributivos, de natureza física e biológica, e não relacionados com as determinações sociais, econômicas e culturais (MORAES, 1990).

- Ações Intersetoriais - A articulação entre diversos setores tais como a saúde, ambiente, educação, infra-estrutura, planejamento, recomendado pela Resolução da OPAS CD43.R4 (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2001b), e pelos planos nacionais de controle da dengue e eliminação da filariose, não se traduz na prática, ficando apenas no plano do discurso. Mesmo dentro do próprio sistema observa-se a falta de intersectorialidade, quando não se articulam as vigilâncias entre si e estas com a assistência à saúde. A necessidade da intersectorialidade surge na maioria dos documentos de avaliação de políticas. Trata-se, portanto, de um problema recorrente e que ainda permanece a desafiar a gestão pública.

- Integração Entre as Vigilâncias – As vigilâncias não são integradas e permanecem atuando de maneira fragmentada e o ambiente uma mera externalidade. Uma forte evidência é a reestruturação do Ministério da Saúde, que ao criar o Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental, excluiu deste totalmente as ações sobre os chamados riscos biológicos, ficando responsável pelos denominados riscos não biológicos. A dominância da coalizão tradicional químico-dependente no interior do Ministério da Saúde resiste à inclusão do ambiente no sistema de ação da saúde pública. A consequência direta dessa opção é a impossibilidade do controle integrado das endemias, de forma que o processo de geração de situações de risco permanece fora de controle.

Essa resistência à internalização do ambiente nas ações da saúde pública se observa com maior força no nível federal, posto que no nível local, em geral, a prática é de manter no campo da saúde ambiental ambas as categorias de riscos: biológicos e não biológicos. No entanto a pressão dessa fragmentação dentro do SUS dificulta a integração também no nível local. Há exceções, onde a iniciativa local aponta para a incorporação efetiva da proposição

ecossistêmica, como se observa no Programa de Saúde Ambiental (PSA) da Secretaria de Saúde da Cidade do Recife.

Nos componentes identificados, observa-se que há maior dificuldade e resistência para a operacionalização na esfera federal, onde a coalizão ecossistêmica não conseguiu espaço político suficiente para imprimir as mudanças. A maior participação desta coalizão se fez presente no governo municipal na cidade do Recife, a partir de 2000. Nesse momento, a opção do gestor se volta para a internalização das questões ambientais relacionados à saúde na sua agenda política, a eliminação da filariose foi destacada como uma prioridade política; houve a institucionalização do programa de Saúde Ambiental e a contratação de mais de 700 agentes de saúde ambiental.

Procura-se desenvolver ações integrais de controle de doenças transmitidas por vetores, dentre as quais dengue a filariose, baseadas nos referenciais da intersectorialidade, territorialização e descentralização para os Distritos Sanitários com participação da população. As intervenções sobre o ambiente como o saneamento ambiental e o controle integrado de vetores passam a ser entendidas como meios essenciais para alcançar a meta de eliminação da doença.

A partir da análise desse subsistema foi possível verificar que as hipóteses propostas pelo modelo ACF foram confirmadas, excetuando-se a 3ª. Esta não se confirmou, na medida em que a coalizão dominante em nenhum momento abandonou suas concepções, embora tenha agregando aspectos propostos pela ecossistêmica. A 17ª e 18ª não foram verificadas nesse subsistema.

Dentre as hipóteses relacionadas às coalizões de defesa, as duas primeiras são plenamente confirmadas, pois os membros das coalizões permaneceram estáveis durante o período do estudo e se evidencia grande resistência à mudança, principalmente no núcleo central e no político fortemente vinculado à coalizão dominante químico-dependente.

A 3ª hipótese não foi confirmada, embora existam momentos em que a coalizão dominante admite incorporar elementos dos aspectos secundários da coalizão ecossistêmica, como a idéia de descentralização das ações para o nível local e o controle biológico de vetores. Sendo que, não desiste de suas próprias idéias. Consequentemente, em relação à dengue há descentralização da execução das ações, mas o poder de decisão se mantém centralizado no nível federal. No controle de filariose, esta acontece mais plenamente. O

controle biológico, embora também permaneça inalterada a concepção de controle químico, já se admitem medidas alternativas de controle mecânico e biológico, sendo que no caso do controle de dengue há uma exigência de que seja comprovada a resistência dos vetores aos inseticidas químicos.

A hipótese 10^a, que se refere ao papel das agências governamentais dentro do subsistema, foi confirmada, na medida em que tanto os organismos multilaterais, OPAS e OMS, quanto o Ministério e Secretarias de Saúde tenderam a assumir posições vinculadas às coalizões que dominavam a arena política em cada momento histórico. Isso explica, por exemplo, o fato de que, embora o sistema de idéias, crenças e valores da coalizão tradicional químico-dependente tenha sido dominante, houve episódios em que a coalizão ecossistêmica imprimiu mudanças. Acrescenta-se ainda, um fato político ocorrido no âmbito municipal, no qual a mudança de gestão possibilitou maior abertura e aproximação com a coalizão ecossistêmica, a partir do momento em que alguns de seus membros passaram a ocupar espaços administrativo-gerenciais nessa esfera do SUS.

A hipótese 11^a que se reporta ao grau de coesão da coalizão pode ser verificada na medida em que membros da coalizão ecossistêmica, mais propositiva e idealista, tende a expor e divulgar as suas. Há relato nas entrevistas inclusive de momentos em que, por exemplo, houve divulgação na imprensa de resultados de resistência dos vetores aos inseticidas químicos por pesquisador de um laboratório de referência para este tipo de avaliação. Como consequência, o laboratório deixou de ser referência para testes de resistência a inseticidas químicos.

As hipóteses 4^a e 5^a, que se referem às relações entre os principais agentes, foram confirmadas no subsistema de controle de doenças transmitidas por vetores na medida em que as alterações no subsistema começam a acontecer a partir do momento em que houve mudança de gestão em Recife, que passou a imprimir com veemência as concepções da coalizão ecossistêmica. Também se observa pela autocrítica feita em relação à idéia de erradicação que foi substituída pela de controle, especificamente no controle de dengue.

Dentre as hipóteses relacionadas à questão da capacidade de organização dentro do subsistema político, foram confirmadas a 13^a, 14^a, 15^a e 16^a, pois ficou clara a importância dos atores para a manutenção da coesão das coalizões e do conflito entre elas (13^a); assim como a seleção das informações a serem implementadas, congruentes com as concepções do núcleo

político de ambas as coalizões, sendo elementos que reforçam a coesão destas (Hipóteses 14^a e 15^a). A hipótese 16^a também se confirma pelo grau de conflito existente no subsistema.

Quanto ao processo de aprendizado através do sistema de idéias, crenças e valores das coalizões, elas são verdadeiras na medida em que, tanto no controle da dengue como no da filariose, existe um corpo de assessores constituído por especialistas e pesquisadores que tem conseguido algumas mudanças nos programas (Hipótese 9^a). Verifica-se também a existência de um conflito normativo entre as coalizões do subsistema, expresso claramente pelas posições divergentes em relação ao uso de controle químico, amplamente aceito pela coalizão químico-dependente e recusado pela ecossistêmica (Hipótese 6^a).

A coalizão que é dominante no subsistema, a tradicional químico-dependente, exprime maior valor para as evidências empíricas, acreditando serem estas capazes de conduzir à mudança, conforme expresso em algumas falas de gestores, que inclusive relatam a necessidade de verificar a aplicabilidade das pesquisas realizando novos experimentos “no campo”. Nessa perspectiva, tende a aceitar mais facilmente aquelas que se baseiam em dados quantitativos e em teorias consensuadas (Hipótese 7^a) e nas ciências naturais mais do que nas sociais (Hipótese 8^a).

O processo de aprendizado no âmbito do subsistema estudado está compatível com o conhecimento científico produzido e o sistema de idéias, crenças e valores da coalizão dominante, que se traduz nas ações de controle implementadas.

A caracterização das publicações sobre dengue e filariose no período evidenciou tendência crescente e predominância de publicações nos periódicos internacionais e na língua inglesa, mesmo tendo como objeto de estudo os países endêmicos nas doenças especificadas, dentre os quais o Brasil, que se mostrou importante pela presença de ambas as enfermidades.

Em relação a essas observações, Castillo (2000) coloca que nos países periféricos, a ciência foi introduzida com o processo de colonização e tende a seguir os padrões estabelecidos nos países centrais, particularmente os Estados Unidos e os países europeus que por sua vez detêm os principais canais de comunicação científica, e definem tanto os tópicos prioritários de pesquisa, quanto às metodologias e abordagens das disciplinas. Para essa autora, muitos pesquisadores procuram formação nesses países e quando retornam mantêm os mesmos valores científicos adquiridos, o que muitas vezes dificulta o seu relacionamento com o contexto local, as necessidades e a cultura.

Em estudo desenvolvido por Castro (2003), destaca-se que devido ao sistema de pontuação diferenciado para os pesquisadores que publicarem em revistas internacionais, adotadas pelas agências governamentais de fomento à pesquisa no Brasil, a divulgação dos resultados das pesquisas tende a seguir esse padrão, desconsiderando as limitações dos tomadores de decisão

Tanto para a dengue quanto para a filariose, o Brasil desponta tanto como fonte de financiamento quanto como autoria em importante número de publicações, se colocando como importante referência nos estudos sobre essas endemias. Esse resultado vai ao encontro das evidências de Pellegrini Filho (2004) que mostra que o Brasil e Argentina detêm dois terços dos pesquisadores da América Latina e são responsáveis por 70% dos gastos em pesquisa e desenvolvimento na região, embora corresponda a apenas 2% dos artigos indexados no MEDLINE no ano de 1998.

Os objetivos temáticos encontrados nos estudos, embora mais específicos, se aproximam dos alcançados por Castro (2003) que encontrou uma predominância de documentos sobre aspectos de prevenção e controle da doença e de epidemiologia, uma vez que tanto o controle biológico como o estudo do comportamento do inseto, poderiam ser incluídos no objetivo pela autora denominado de ‘controle da doença’.

Estudos abordando aspectos relacionados à genética do inseto e do vírus, assim como a produção de vacinas aparecem no final da década de 1990 tornando-se mais presente na década de 2000. Provavelmente isso se deve aos avanços tecnológicos nesse campo de investigação só estarem disponíveis neste período, quando também se iniciam os estudos sobre o genoma de várias espécies, inclusive o humano.

Se para dengue os estudos envolveram em sua maioria populações humanas ou seu material biológico e os insetos vetores, no caso da filariose, estes foram predominantemente desenvolvidos com seres humanos. Isso se deve à importante presença dos estudos epidemiológicos, mas principalmente pelo grande número de pesquisas voltadas para estudos acerca de tratamento e diagnósticos laboratoriais desta endemia.

Como já observado no tópico anterior que trata do subsistema, o controle vetorial só passou a assumir papel importante no controle da filariose principalmente a partir do final da década de 1990, o que coincide com o período em que as pesquisas abordando esse objetivo temático começaram a ser publicadas. Já para a dengue, como o modelo baseia-se

fundamentalmente no controle vetorial, é esperado que estudos envolvendo aspectos entomológicos sejam incentivados e haja maior produção.

Observa-se ainda que a maioria dos estudos, tanto para dengue quanto para filariose, utilizaram abordagem do tipo quantitativo e tomaram como base o modelo de causalidade do tipo monocausal, mesmo se valendo de um conhecimento multidisciplinar.

Quanto a essa diversidade de campos de conhecimento envolvidos, tanto na dengue como na filariose, destacam-se a entomologia e a epidemiologia. Pelas especificidades da endemia, também aparecem a virologia e na filariose, a parasitologia, a farmacologia e a imunologia.

Esses resultados são plenamente compatíveis com o modelo de controle implementado no Brasil, resultado da maior dominância da coalizão tradicional químico-dependente cujo sistema de idéias apresenta exatamente as mesmas características. Conforme já afirmava Sabatier (1998; 1999) está acontecendo um processo de aprendizado em que as pesquisas produzidas estão sendo utilizadas, com base no que Weiss denomina de modelo iluminador (1979; 1998), no qual a sua utilização funciona como sensibilizadora dos formuladores de política.

Ao analisar como o conhecimento científico é utilizado no subsistema de controle de endemias transmitidas por vetores, inicialmente chama a atenção o fato de que, enquanto os pesquisadores demonstraram pouca experiência com a gestão, os gestores procuram investir na sua formação acadêmica, com número importante de mestres e doutores atuando na gestão.

Davis (1987) destaca a pouca familiaridade da comunidade científica com a política e Trostle, Bronfman e Langer (1999) levantam a necessidade de que os pesquisadores procurem atuar em períodos alternados entre a política e academia como forma de facilitar a aproximação entre esses dois campos de atuação.

Quanto aos gestores, embora alguns estudos coloquem a distância que apresentam em relação à academia e as dificuldades dos gestores em apresentar claramente os problemas e demandas de pesquisa ou o fazem de modo vago e impreciso (DAVIS, 1987; WEISS; BUCUVALAS, 1980), não parece ser o caso dos gestores entrevistados nesse estudo que se aproximam mais das colocações de Augusto (2005) de que pelas características próprias da atividade, o sanitarista precisa ter um amplo conhecimento sobre o seu campo de atuação e o

contexto sobre o qual elabora a sua intervenção com vistas à promoção da saúde coletiva, e para isso é fundamental que desenvolva uma capacidade crítica e procure ter uma compreensão ontológica dos problemas sobre os quais vai atuar; compreensão epistemológica acerca dos conhecimentos necessários a sua ação; e se pautar por preceitos axiológicos, diante dos conflitos que aparecem no decorrer de seu cotidiano profissional. Conscientes dessa necessidade, os gestores procuram uma melhor formação.

No tocante à percepção da utilização de estudos na política de controle de endemias transmitidas por vetores, especificamente de dengue e filariose, se por um lado os pesquisadores em sua maioria conseguem identificar trabalhos seus que subsidiaram a tomada de decisão e o desenvolvimento das ações, por outro lado, os gestores apresentaram dificuldades para identificar artigos científicos que deram suporte a essa atividade. E quando lembram alguma informação técnico-científica, geralmente são publicações da OPAS. Excetua-se o nível municipal, que refere claramente alguns pesquisadores e os trabalhos destes que subsidiaram a reestruturação da Secretaria de Saúde e a redefinição das ações de vigilância em saúde.

Quanto às características necessárias a um trabalho científico, para que este seja considerado útil ao processo de tomada de decisão, identifica-se que tanto na fala dos gestores quanto dos pesquisadores, a possibilidade de ser aplicado à solução de um problema foi a mais frequentemente observada. Denota-se aqui o uso instrumental do conhecimento (WEISS 1977; 1979; 1998) numa perspectiva da mudança organizacional (BACKER, 1991).

O presente estudo, portanto, possibilitou a identificação de duas formas de utilização do conhecimento científico, uma vinculada a sua função iluminadora e a outra de caráter instrumental.

A função iluminadora se expressa na medida em que, embora os gestores não consigam identificar com precisão a fonte da informação científica, os pesquisadores identificam com precisão qual trabalho deu suporte para a decisão, o que significa que o conhecimento tem conseguido sensibilizar os gestores e orientar na definição das prioridades políticas. A instrumental foi evidente na medida em que, no nível municipal, os estudos foram utilizados como suporte do processo decisório relacionado ao modelo de vigilância em saúde a ser implementado, como por exemplo, o modelo de estratificação social da cidade baseada nas condições de vida da população.

Essas evidências corroboram às de Sabatier e Jenkins-Smith (1997; 1999) uma vez que o papel iluminador do conhecimento científico se deu no decorrer de todo o período estudado, que é superior a dez anos. E também os de Nutley, Walter e Davies (2003), uma vez que associado ao primeiro, também houve utilização na forma instrumental, em que os atores se apropriam do conhecimento com a finalidade de encontrar subsídios para a solução do problema em questão.

No tocante aos fatores relacionados às características dos estudos, observa-se que os pesquisadores tiveram maior consideração pela qualidade da pesquisa e os gestores pela orientação da ação.

Quanto à qualidade da pesquisa, um item bastante valorizado no modelo ACF diz respeito aos estudos contendo informações quantitativas (SABATIER; JENKINS-SMITH, 1993, 1999). No presente estudo, esta característica foi pouco valorizada por gestores e pesquisadores. A maioria dos gestores considerou útil e um número considerável de pesquisadores (20%) a definiu como desnecessária. Ainda em relação a esse aspecto, tanto gestores quanto pesquisadores qualificaram como desnecessários ou inúteis os estudos estatisticamente sofisticados.

Nessa dimensão, tanto gestores quanto pesquisadores deram maior relevância às características relacionadas às normas da ciência. As características dessa dimensão reforçam a autoridade científica do pesquisador e seria esperado que não fossem tão valorizadas pelos gestores, conforme assinalam Weiss e Bucuvalas (1980). Para esses autores, a idéia dominante é de que os formuladores de política tendem a priorizar os estudos que estejam em conformidade com suas expectativas. Apesar dos pesquisadores definirem uma maior valorização para essa dimensão, como já demonstraram Trostle, Bronfman e Langer (1999) no México, a qualidade da pesquisa é um fator considerado importante por ambos os grupos.

No caso brasileiro, como já visto anteriormente, a maioria dos gestores tem buscado uma maior qualificação com formação em nível de pós-graduação, inclusive mestrado e doutorado, pelas próprias características das funções que assumem (AUGUSTO, 2005), e isso certamente interfere na sua forma de valorização dos estudos científicos.

A dimensão 'estar em conformidade com as expectativas do usuário' não obteve uma boa repercussão entre os entrevistados na medida em que nenhuma de suas características foi considerada essencial. Entretanto duas delas foram definidas como úteis ou muito úteis (ser

consistente com conhecimento prévio e compatível com as idéias e valores do usuário), e as outras como desnecessárias ou inúteis (dar suporte a posições já defendidas pelo usuário e achados inesperados ou novos). Dessa forma, pode-se dizer que os estudos em certa medida precisam estar em conformidade com a estrutura de conceitos, teorias causais e informações empíricas de estudos prévios, e também com o conhecimento dos gestores e suas idéias (WEISS; BUCUVALAS, 1980).

Em relação à orientação da ação, houve consenso entre os dois grupos em qualificá-las como importante o que, conforme Weiss e Bucuvalas (1980) estas são as características mais facilmente valorizadas pelos que tomam a decisão. Os valores altos observados nessa dimensão se devem ao fato de se tratar da possibilidade de manipulação das variáveis, além das implicações na ação, que são explicitadas claramente e por serem implementáveis no âmbito dos programas e estruturas vigentes.

Na dimensão desafio ao *status quo*, os resultados vão ao encontro dos de Weiss e Bucuvalas (1980), para quem os estudos com valores de análise altos nesse fator tendem a ser politicamente inaceitáveis porque se referem à estrutura organizacional dos serviços.

Ao avaliar como se estabelecem os canais de comunicação entre os gestores e os pesquisadores, foram identificadas situações que se colocam enquanto obstáculos ou barreiras a essa interação, e também as estratégias utilizadas para a aproximação entre os dois grupos.

Dentre os obstáculos evidenciados, alguns também foram observações de outros estudos. A idéia de onisciência dos pesquisadores também foi apontada por Pouvourville (1999) e Minogue (1997) para quem os pesquisadores tendem a crer que o único conhecimento legitimado é o científico enquanto verdade que deve prevalecer. De uma maneira diferente pensam Irwin e Michael (2003) que apostam numa perspectiva democrática na relação entre a política e a ciência, que deve ser compreendida enquanto um processo dinâmico que envolve tanto cientistas como a população e os gestores

A discriminação de pesquisadores por parte do gestor está em concordância com as observações de Kaul e Faust (2001) ao se referirem a possibilidade de que os gestores não aceitem a publicação dos resultados, quando estes apresentam críticas que vão de encontro ao *status quo* da política.

No que se refere à diferença entre o tempo da pesquisa e da gestão, foi um obstáculo também destacado por Frenk (1992) e Pouvourville (1999). Este, por sua vez, assinala que os gestores compreendem que não podem esperar pelos resultados de uma pesquisa, uma vez que diante de riscos ou da incerteza, uma ação imediata é esperada; enquanto os pesquisadores procuram construir o conhecimento acerca do problema. No subsistema estudado, foram destacadas pesquisas desenvolvidas durante mais de uma gestão e que apresentaram problemas para a sua conclusão devido à falta de prioridade dada ao tema estudado pelo novo gestor, dificultando assim, o processo de construção do conhecimento.

A questão da publicação internacional é um problema também identificado no México por Castillo (2000) e que leva a baixa utilização de conhecimento científico. Lá os pesquisadores são compelidos a publicarem para os seus pares, uma vez que o sistema de avaliação da produção estipula valores diferenciados para publicações de artigos e principalmente em periódicos internacionais. E essa avaliação define o suporte para as pesquisas e também garante importante proporção do salário do pesquisador.

Essa situação também acontece no Brasil, segundo Castro (2003), na medida em que as agências governamentais de apoio à pesquisa de ciência e tecnologia adotam um sistema de pontuação que funciona como estímulo para que pesquisador divulgue seu trabalho, em revistas “indexadas em bases de dados internacionais, para que sua pesquisa possa ser reconhecida pelas agências e pelos pares, mesmo que dessa forma seja menos conhecida pela comunidade em geral e pelos tomadores de decisão”. (CASTRO, 2003, p. 140).

O fato de gestores e pesquisadores desconhecerem a realidade um do outro para Nutley, Walter e Davies (2003) ocorre porque eles compõem duas comunidades que ocupam mundos diferentes: eles atuam em diferentes escalas temporais, usam linguagens distintas, apresentam interesses igualmente diferentes e respondem de maneira adversa ao sistema.

A dificuldade dos gestores para definirem as necessárias demandas de pesquisa está em acordo com as evidências de Weiss e Bucuvalas (1980) para quem os formuladores de política não conseguem expor adequadamente as suas necessidades de pesquisa ou o fazem de maneira vaga e imprecisa.

Estes autores também afirmam que os cientistas de um modo geral não se interessam pelas questões afetas à gestão, conforme identificado na percepção dos gestores de que a academia não procura o serviço.

A maioria das estratégias identificadas no presente estudo já foi observada em outras pesquisas. A importância das relações interpessoais entre gestores e pesquisadores foi também referida por Trostle, Bronfman e Langer (1999) que as denominam de vínculos informais, quando de sua análise sobre a utilização de conhecimento científico na condução da política de saúde no México.

Quanto a necessidade de realização de pesquisa aplicada, para Davis e Howden-Chapman (1996) esta é a melhor maneira de se conseguir a tradução do conhecimento científico no processo político. Relacionada a esse aspecto também está o fato do gestor participar de todo o processo da pesquisa, o que para Frenk (1992) essa integração durante todos os momentos do projeto de pesquisa também permitiria a definição pactuada quanto ao cronograma do estudo e principalmente os resultados finais.

Tanto a realização de pesquisa aplicada quanto a opinião de que o pesquisador procure compreender a realidade da gestão, no que se refere à necessidade de que a pesquisa precisa se adequar a essa realidade, são pontos também compartilhados por Crewe e Young (2002) que acreditam que o envolvimento local e evidências consistentes são fundamentais para a qualidade da pesquisa.

No que se refere ao financiamento de pesquisas pelos serviços, evidencia-se que o Ministério da Saúde apresenta duas secretarias com políticas próprias de fomento à pesquisa, a Secretaria de Vigilância em Saúde e a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, por meio do DECIT. Porém, elas não interagem entre si no processo de definição de prioridades, de destinação dos recursos, e de financiamento de projetos, como destacado na fala dos gestores, na medida em que ambas estabelecem convênios e contratos de pesquisas com recursos próprios.

Identifica-se assim a sobreposição dessa atividade no âmbito do Ministério da Saúde, uma vez que a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos foi criada em 2003 com a finalidade expressa de formulação, implementação e avaliação da Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2007).

Deve-se considerar também que a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, aprovada em Conferência de Saúde específica da área, destaca a necessidade de que os recursos federais destinados à pesquisa em saúde sejam para ela direcionados, como forma de garantir maior racionalidade no processo:

Para aumentar a eficiência no uso dos recursos financeiros do Ministério da Saúde, reitera-se a necessidade de canalizar, para a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, os recursos do Tesouro Nacional provenientes de alíquotas de empréstimos e convênios internacionais destinados às despesas com P&D (*Política e Desenvolvimento*) e das parcelas de recursos financeiros para ações de CTI/S (*Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos em Saúde*) das agências reguladoras vinculadas ao Ministério da Saúde. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2006, p. 42).

A questão da qualificação de técnicos e gestores, inclusive no nível de mestrado e doutorado, assim como do pesquisador ter experiência no serviço, na gestão, Trostle, Bronfman e Langer (1999) apontam que a atuação de pesquisadores de modo alternado, no processo de formulação das políticas é importante para a maior aproximação entre os mundos da política e da academia, pois além de permitir a vivência na política, também possibilitaria a criação de canais de comunicação.

Este mesmo pesquisador também levanta algumas outras possibilidades, também evidenciadas neste estudo, como a criação de fóruns de discussão envolvendo ambas as comunidades e, um contínuo exercício para tornar mais próximo o processo de definição das agendas de pesquisa e de ação política, além da divulgação das pesquisas científicas através de uma linguagem acessível aos gestores, o que também foi apontado por Crewe e Young (2002), Frenk (1992), Hanney et al. (2003) e Young (2005).

Nesse aspecto Castro (2003) ainda acrescenta que como a função social, tanto da produção como da utilização do conhecimento, a publicação de resultados de pesquisas poderia atender melhor a essas funções se fosse feita em revistas nacionais que, além de facilitar o acesso para os formuladores, também estaria contribuindo para melhorar sua qualidade e favorecer o seu impacto internacional.

A partir do exposto, destaca-se que a abordagem utilizada no presente trabalho se mostrou adequada e permitiu maior aproximação com a complexidade do objeto do estudo. A associação entre a análise do subsistema político, da produção científica e do processo de utilização deste conhecimento científico no subsistema foi fundamental para o aprofundamento do estudo e permitiu visualizar as relações que se estabelecem entre os mundos da ciência e da política, seus obstáculos e estratégias de aproximação.

Estudar este campo de conhecimento significou apreender um pouco mais sobre os impasses vividos pela política no processo de reforma e a sua aproximação com as questões da produção do conhecimento científico, embora não esgote a totalidade das questões existentes nessas relações.

Novas indagações sobre os mecanismos que possibilitariam a aproximação ou o distanciamento entre gestão de políticas públicas e produção do conhecimento científico em questões comuns surgem e instigam para outras investigações. Todo processo de pesquisa é aberto e permite novas hipóteses que fazem surgir novas possibilidades de compreensão e de avanço para as ações em favor da humanidade.

6 CONCLUSÕES

1. A política de controle de endemias transmitidas por vetores no Brasil, especificamente de dengue e filariose, está constituída por duas coalizões: a tradicional químico-dependente, dominante, e a ecossistêmica, contra-hegemônica;
2. A coalizão ecossistêmica conseguiu imprimir mudanças, que se expressaram nos discursos dos organismos multilaterais (OPAS e OMS) e do Ministério da Saúde, porém de baixa concretização prática no âmbito federal. Houve maior capacidade de implementação no nível local, quando membros dessa coalizão assumiram espaços políticos na gestão municipal do SUS em Recife, a partir de 2002;
3. Esse estudo demonstrou que o processo de aprendizado político se processou com a utilização do conhecimento científico por meio de suas funções iluminadora (sensibilização do gestor) e instrumental (aplicação na solução de problemas), e manteve coerência com as características da produção científica analisada e o sistema de crenças, idéias e valores da coalizão dominante;
4. A produção científica, tanto para dengue quanto para filariose, está compatível com o sistema de idéias da coalizão tradicional químico-dependente e dirige-se a problemas epidemiológicos, entomológicos e clínicos dessas doenças, o que denota a dominância das áreas relacionadas à medicina tropical na compreensão do arcabouço teórico-conceitual que orienta a produção de conhecimento;
5. Nos artigos científicos a abordagem mais utilizada foi a quantitativa e o modelo de causalidade do tipo monocausal, mesmo se valendo de um conhecimento multidisciplinar, pautando-se mais pela concepção de prevenção de doenças, do que pelo conceito ampliado de promoção de saúde e de interdisciplinaridade presentes na política geral do setor saúde no Brasil;
6. Os gestores da saúde procuraram investir em sua formação profissional, com número considerável de mestres e doutores atuando no sistema, e os pesquisadores demonstraram pouca experiência com a gestão;
7. Pesquisadores e gestores acreditam que os estudos contribuem com a gestão e é possível de serem utilizados no processo político, especialmente no nível local, sendo que o conhecimento existente seria suficiente para a resolução dos principais problemas experimentados pela gestão;

8. Pesquisadores e gestores foram unânimes ao apontar espontaneamente que a possibilidade de ser aplicado na solução de um problema é a principal característica de um trabalho científico considerada, porém diante de uma lista apresentada, os pesquisadores tenderam a valorizar principalmente as que se referem à qualidade da pesquisa, enquanto os gestores optaram pelas relacionadas à orientação da ação;
9. Em relação ao fator qualidade da pesquisa, pesquisadores e gestores tenderam às características relacionadas aos preceitos normativos da ciência; o fator 'estar em conformidade com as expectativas do usuário' mostra que para ambos os grupos, os estudos precisam estar compatíveis com a estrutura do conhecimento dos gestores, que os utilizarão; o fator 'orientação da ação', embora mais valorizado pelos gestores, também foi considerado importante pelos pesquisadores; e no fator 'desafio ao *status quo*' houve consenso entre os dois grupos em recusar os estudos que desafiam os pressupostos e a organização institucional;
10. As lacunas entre o universo da condução das políticas de governo e a produção de conhecimento científico evidenciadas neste estudo se devem a obstáculos que dificultam o fluxo de saberes necessários à implementação de intervenções voltadas para as problemáticas de saúde oriundas de processos sócio-ambientais complexos.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. F. M.; MORAIS, H. M. M. *Proposta de Indicadores para Acompanhamento e Avaliação do Programa de Eliminação da Filariose Linfática na Região Metropolitana do Recife*. Recife, 1998. Mimeografado.

ALBUQUERQUE, M. F. M. et al. Bancroftian filariasis in two urban areas of Recife, Brazil: Pre-control observations on infection and disease. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, London, v. 89, p. 319-321, 1995

ALBUQUERQUE, M.F. M. Urbanização, Favelas e Endemias: A Produção da Filariose no Recife, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 487-497, 1993.

ARAÚJO, J. L.C.; MACIEL FILHO, R. Developing an operational framework for health policy analysis. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 1, n. 3, p. 203-221, 2001.

ATKINSON, S. et al. Going down to the local: incorporating social organization and political culture into assessments of decentralized health care. *Social Science & Medicine*, Leicester, v. 51, p. 619-636, 2000.

AUGUSTO, L. G. S. Teoria e Prática na Ação do Sanitarista: a Questão da Saúde e do Ambiente. *Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 9-26, 2005.

AUGUSTO, L. G. S.; FLORENCIO, L.; CARNEIRO, R. M. (Org.). *Pesquisa(Ação) em Saúde Ambiental: contexto, complexidade, compromisso social*. 2. ed. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2005.

AUGUSTO, L. G. S. et al. Avaliação crítica do programa de erradicação do *Aedes aegypti*: contribuições técnicas para medidas de controle. *Revista do IMIP*, Recife, v. 14, n. 1, p. 90-97, 2000.

BACKER, T. E. Knowledge Utilization: The Third Wave. *Knowledge: Creation, Diffusion, Utilization*, Maryland, v. 12, n. 3, p. 225-240, 1991.

BARKER, C. *The Health Care Policy Process*, London: Sage, 2000.

BARKER, R. Managing Technological Change in Federal Communications Policy: The Role of Industry Advisory Groups. In.: SABATIER, P. A.; JENKINS-SMITH, H. C. *Policy Change and Learning: an Advocacy Coalition Approach*. Oxford: Westview, 1993. p. 129-146.

BONFIM, C. et al. Situação da filariose bancroftiana na Região Metropolitana do Recife: estudo em uma área endêmica no Município de Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p.1497-1505, 2003.

BONFIM, C. *Filariose bancroftiana*: a representação espacial das desigualdades sociais. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2002.

BRAGA, C.; ALBUQUERQUE, M. F. P. M.; MORAIS, H. M. A produção do conhecimento científico e as políticas de saúde pública: reflexões a partir da ocorrência da filariose na cidade do Recife, Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 351-361, 2004.

BRASIL. *Lei n.º 8080, de 20 de setembro de 1990*. Lei Orgânica da Saúde. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, v. 128, n.182, p. 18055-18059, Seção I, pt. 1, Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Secretarias do Ministério*: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Brasília, 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=983>. Acesso em: 10 mar 2007.

_____. *Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde*. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Politica_Portugues.pdf>. Acesso em: 10 mar 2007.

_____. *Reunião dos Ministros da Saúde do MERCOSUL e Estados Associados*: Plano Regional de Intensificação das Ações de Controle da Dengue no MERCOSUL. Brasília, 2005a.

_____. *Dengue*: Boletim Epidemiológico da Semana 02/2005. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/svs/epi/dengue/boletim/pdfs/be_dengue_02_2005.pdf>. Acesso em: 23 jan 2005b.

_____. *Processo de Definição de Prioridade em Pesquisa*: Biênio 2004-2005. Brasília, 2004. Mimeografado.

_____. *Portaria n.º. 2001, de 17 de outubro de 2003*. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, n. 203, seção 1, p.81, 2003. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/GM/GM-2001.htm>>. Acesso em: 14 jan 2005.

_____. *Impactos na Saúde e no Sistema Único de Saúde Decorrentes de Agravos Relacionados a um Saneamento Ambiental Inadequado*: Relatório Final. Brasília, 2002.

_____. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96*. Brasília, 1997. Disponível em:
<<http://www.sespa.pa.gov.br/Sus/Legisla%C3%A7%C3%A3o/nob96.htm>>. Acesso em: 14 out 2006.

_____. *Plano Diretor de Erradicação do Aedes aegypti do Brasil*. Brasília, 1996a.

_____. *Promoção da Saúde*: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sundsväl e Santa Fé de Bogotá. Brasília, 1996b.

_____. *Resolução nº. 190, de 13 de junho de 1996*. Execução do Plano Nacional de Eliminação da Filariose Linfática. Brasília, 1996c. Disponível em:
<<http://www.datasus.gov.br/conselho/resol96/RES19096.html>>. Acesso em: 15 jan 2006.

_____. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 01/92*: Descentralização das Ações e Serviços de Saúde - A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei. Brasília, 1993.

_____. *Missão Institucional e Diretrizes Técnico - Políticas da Fundação Nacional de Saúde*. Brasília, 1993.

_____. *Praguicidas em Saúde Pública*. Brasília, 1982.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Instrução Normativa nº. 1**. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, n. 55, seção 1, p. 35-37, 2005.

BRITO, D. C.; RIBEIRO, T. G. A modernização na era das incertezas: crise e desafios da teoria social. *Ambiente e Sociedade*, Campinas, v. 6, n. 1, 2003. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-753X2003000200009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 Jun 2004.

BROWN, A. E.; STEWART JR, J. Competing Advocacy Coalitions, Policy Evolution, and Airline Deregulation. In.: SABATIER, P. A.; JENKINS-SMITH, H. C. *Policy Change and Learning*: an Advocacy Coalition Approach. Oxford: Westview, 1993. p. 83-103.

CÂMARA, V. M. Epidemiologia e Ambiente. In: MEDRONHO, R. A. *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 371-383.

CÂMARA NETO, H. F. *Condições sanitárias do ambiente urbano e o uso de pesticida doméstico*: implicações para a saúde. 2000. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2000.

CARVALHO, E. F. et al. Antigas pragas e novas situações epidêmicas na última década do século XX. *Revista da Associação de Saúde Pública do Piauí*, Teresina, ano 2, v. 1, p. 36-43, 1999.

CARVALHO, E. F. et al. O processo de Transição epidemiológica e iniquidade social: o caso de Pernambuco. *Revista da Associação de Saúde Pública do Piauí*, Teresina, ano 1, v. 2, p. 107-119, 1998.

CASTILLO, A. Communication and Utilization of Science in Developing Countries: The Case of Mexican Ecology. *Science Communication*, Maryland, v. 22, n. 1, p. 46-72, 2000.

CASTRO, R. C. F. *Comunicação Científica na Área de Saúde Pública*: perspectivas para a tomada de decisão em saúde baseada em conhecimento. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES. Seminário Nacional: **Dengue, um Desafio para a Vigilância em Saúde Ambiental e Redes Colaborativas** [Relatório]. Recife, 2004.

CHALMERS, Alan F. *O que é Ciência Afinal?* São Paulo: Brasiliense, 1993.

CHAUÍ, Marilena. *Convite à filosofia*. São Paulo: Ática, 2000. Disponível em: <<http://www.ateus.net/ebooks/index.php>>. Acesso em: 1 ago 2006.

COHN, A.; WESTPHAL, M. F.; ELIAS, P. E. Informação e decisão política em saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 114-121, 2005.

CONILL, E. M. Políticas de Atenção Primária e Reformas Sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, supl., p. 191-202, 2002.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Ata da 67ª. Reunião*. Brasília, 1997. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/>>. Acesso em: 20 out 2006.

_____. *Resolução nº. 317*. Brasília, 2002. Aprovada na 119ª Reunião.

CREWE, E.; YOUNG, J. *Bridging Research and Policy: Context, Evidence and Links*. London: Overseas Development Institute, 2002. [Working Paper 173]. Disponível em: <<http://www.odi.org.uk/RAPID/Publications/Index.html>>. Acesso em: 20 abr 2005.

DAS, P. K. et al. Frequency distribution of *Wuchereria bancrofti* microfilárias in human populations and its relationships with age and sex. *Parasitology*, Aberdeen, v. 101, p. 429-434, 1990.

DAVIS, K. Research and policy formulation. *Health Policy*, Oxford, v. 7, p. 295-296, 1987.

DAVIS, P.; HOWDEN-CHAPMAN, P. Translating Research Findings into Health Policy. *Social Science & Medicin*, Leicester, v. 43, n. 5, p. 865-872, 1996.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. Introduction: The Discipline and Practice of Qualitative Research. In.: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (Org.). *Handbook of Qualitative Research*. 2. ed. London: Sage, p. 1-28, 2000.

DUNN, W. N. *Public policy analysis: an introduction*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1981.

_____. Measuring Knowledge use. *Knowledge: Creation, Diffusion, Utilization*. Maryland, v.5, n.1, p.120-133, 1983.

DUNYO, S. K et al. Lymphatic filariasis of the coast of Ghana. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*. London, v. 90, p. 634-638, 1996.

ELLIOT, C.; SCHLAEPFER, R. The Advocacy Coalition Framework: application to the policy process for the development of forest certification in Sweden. *Journal of European Public Policy*, Oxford, v.8, n.4, p. 642-661, 2001.

FARIA, C.A.P. Idéias, Conhecimento e Políticas Públicas: Um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. São Paulo, v. 18, n. 51, p.21-29, 2003.

FENGER, M.; KLOK, P. Interdependency, Beliefs, and Coalition Behaviour: A Contribution to the Advocacy Coalition Framework. *Policy Sciences*. Amsterdam, v.34, (s.n.), p.157-170, 2001.

FONTANA, A.; FREY, J.H. The Interview: from structured questions to negotiated text. In.: DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y. *Handbook of Qualitative Research*. 2. ed. London: Sage, p.645-672, 2000.

FREITAS, C. M. Problemas ambientais, saúde coletiva e ciências sociais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.8, n.1, p.137-150, 2003.

FRENK, J. Dimensions of Health System Reform. *Health Policy*, Oxford, v.27, p.19-34, 1994.

FRENK, J. Balancing Relevance and Excellence: Organizational Responses to Link Research with Decision Making. *Social Science & Medicine*. Maryland, v.35, n.11,p.1397-1404, 1992.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. *Programa de Controle da Filariose Linfática no Brasil*. Brasília, 2004.

_____. *Programa de Eliminação da Filariose Linfática: Plano para 2003 e projeção para 2004-2006*. Brasília, 2003.

_____. *Curso Básico de Vigilância Ambiental – CBVA*. Brasília, 2002a.

_____. *Programa Nacional de Controle da Dengue*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____. *Situação da Prevenção e Controle das Doenças Transmissíveis no Brasil*. Brasília, 2002c. 43p.

_____. *Programa de Eliminação da Filariose no Brasil*. Brasília, 2001.

_____. *Programa de Eliminação da Filariose no Brasil*. Brasília, 2000a. Mimeografado.

_____. *Projeto para Estruturação do Sistema de Informação para a Vigilância epidemiológica e Monitorização do Plano de Eliminação da Filariose Linfática: versão preliminar*. Brasília, 2000b.

_____. *Programa de Eliminação da Filariose Linfática no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. *Toxicologia de produtos inseticidas*. Brasília, 1995a.

_____. *Programa de Eliminação da Filariose Linfática no Brasil*. Brasília: FNS, 1995b.

_____. *Diretrizes*. Brasília, 1991a. Mimeografado.

_____. *Seminário de Integração Institucional da Direção Nacional do SUS*: Fundação Nacional de Saúde - FNS. Brasília, 1991b.

GLOBAL ALLIANCE TO ELIMINATE LYMPHATIC FILARIASIS. *Assembléia Geral*: Relatório. Nova Delhi, 2002.

GORDON, I.; LEWIS, J.; YOUNG, K. Perspectives on Policy Analysis. In.: HILL, M. *The Policy Process: A Reader*. 2. ed. London: Prentice Hall, 1997. p. 5-9.

HAAS, P. Introduction: epistemic communities and international policy coordination. *International Organization*. Cambridge, v.46, n.1, p.1-35,1992.

HABERMAS, J. The Crisis of the Critique of Knowledge. In.: HABERMAS, J. *Knowledge and Human Interests*. London: Heinemann, p.1- 1-64, 1972.

HAM, C.; HILL, M. J. *The Policy Process in the Modern Capitalist State*. 2. ed. London: Harvester Wheatsheaf, 1993.

HANNEY, S.R.et al. The utilization of health research in policy-making: concepts, examples and methods of assessment. *Health Research Policy and Systems*. London, v.1, n.2, p.1-28, 2003. Disponível em: <<http://www.health-policy-systems.com/content/1/1/2>>. Acesso em: 15 abr 2005.

HEINTZ, H. T. Advocacy Coalitions and the OCS leasing debate: a case study in policy evolution. *Policy Sciences*. Amsterdam, v.21 (s.n.), p. 213-238, 1988.

IBANEZ-BERNAL, S. et al. First record in America of *Aedes albopictus* naturally infected with dengue virus during the 1995 outbreak at Reynosa, Mexico. *Medical and Veterinary Entomology*, London, v. 11, p. 305-309, 1997.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Brasil em Síntese*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 03 fev 2007.

IRWIN, A.; MICHAEL, M. *Science, Social Theory and Public Knowledge*. Maidenhead-Philadelphia: Open University, 2003.

JENKINS, B. Policy Analysis: Models and Approaches. In.: HILL, M. *The Policy Process: A Reader*. 2. ed. London: Prentice Hall, p. 30-38, 1997.

JENKINS-SMITH, H.C.; ST.CLAIR, G. The politics of Offshore Energy: Empirically Testing the Advocacy coalition Framework. In.: SABATIER, P.A.; JENKINS-SMITH, H.C. *Policy Change and Learning: An Advocacy Coalition Approach*. Oxford: Westview, p. 149 – 175, 1993.

JENKINS-SMITH, H.C.; ST.CLAIR, G.; WOODS, B. Explaining Change in policy subsystems: Analysis of Coalition Stability and defection over time. *American Journal of Political Science*. Bloomington, v.35, n.4, p. 851-880, 1991.

JENKINS-SMITH, Hank. Analytical Debates and Policy Learning: analysis and change in the federal bureaucracy. *Policy Sciences*. Amsterdam, v.21, (s.n), p.169-211, 1988.

JOHN, P. Is There Life After Policy Systems, Advocacy Coalition, and Punctuations: Using Evolutionary Theory to Explain Policy Change? *The Policy Studies Journal*. Texas, v.31, n.4, p. 481-498, 2003.

JORNAL FOLHA DE SÃO PAULO. *Quanto se gasta com os principais programas de saúde no País*. São Paulo, 28 de maio, 1p. 1998.

KAUL, I; FAUST, M. Global Public Goods and Health: taking the agenda forward. *Bulletin of the WHO*. Washington, v.79, n.9, p. 869-874, 2001.

KESSELRING, T. Jean Piaget: entre ciência e filosofia. In.: FREITAS, Barbara (org.). *Piaget: 100 anos*. São Paulo: Cortez, 1997.

KÜBLER, D. Understanding policy change with the advocacy coalition framework: an application to Swiss drug policy. *Journal of European Public Policy*. Oxford, v.8, n.4, p.623-641, 2001.

KUHN Thomas S. *A estrutura das revoluções científicas*. 5 ed. São Paulo: Perspectiva, 1997.

KVALE, S. *Interviews: An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. London: Sage, 1996.

LIEBER, R.R; ROMANO, N.S.; AUGUSTO, L.G.S. *Avaliação, Monitoramento e Prevenção de Risco Ambiental para a Saúde*. São Paulo, 1999. [Texto de Apoio utilizado na Disciplina “Saúde, Ambiente e Trabalho” do Curso de Mestrado do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães]. Mimeografado.

LINDBLOM, C. The Science of “Muddling Through”. *Public Administration Review*. Washington, v.19, n.2, p.79-88, 1959.

LINDBLOM, C. Still Muddling, Not Yet Through. *Public Administration Review*. Washington, v.39, n.6, p. 517-526, 1979.

LUHMANN, N. *Social Systems*. Stanford: Stanford University, 1995.

MACIEL, M. A. et al.. Estudo comparativo de áreas endêmicas de filariose bancroftiana na Região Metropolitana do Recife, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.10(Sup. 2), p. 301-309, 1994.

MARZOCHI, K.B.F. Dengue in Brazil: Situation, Transmission and Control – a proposal for Ecological Control. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*. Rio de Janeiro, v.89, n.2, p. 235-245, 1994.

MATURANA, H.; VARELA, F. J. *The Tree of Knowledge: The Biological Roots of Human Understanding*. 2 ed. London: Sambhala, 1992.

MAWHINNEY, H. B. An Advocacy Coalition approach to Change in Canadian Education. In.: SABATIER, P.A.; JENKINS-SMITH, H.C. *Policy Change and Learning: An Advocacy Coalition Approach*. Oxford: Westview, p. 59 – 82, 1993.

MEDEIROS, Z. et al. Controle da filariose linfática no Brasil, 1951 – 2000. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v.12, n.2, p.77 – 86, 2003.

MEDEIROS, Z. *Contribuição ao Estudo epidemiológico da Filariose na Região Metropolitana do Recife*. Tese (Doutorado em Biologia Celular e Molecular) - Instituto Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1998.

MINOGUE, M. Theory and Practice in Public Policy and Administration. In.: HILL, M. *The Policy Process: A Reader*. 2. ed. London: Prentice Hall, p. 10-29, 1997.

MORAES, H. F. *SUCAM: sua origem, sua história*. 2. ed. Brasília: [s. n.], v.1,1990.

MOLES, A.A. *A Criação Científica*. São Paulo: Perspectiva. 3 ed. 1971.

MULLER NETO, J. S. Política de Saúde no Brasil: a descentralização e seus autores. *Saúde em Debate*. Londrina, n. 31, p. 54-66, 1991.

MUNRO, J.E. California Water politics: Explaining Policy Change in a Cognitively Polarized subsystem. In.: SABATIER, P.A.; JENKINS-SMITH, H.C. *Policy Change and Learning: An Advocacy Coalition Approach*. Oxford: Westview, p. 103 – 127, 1993.

NUNES, E.D. A questão da Interdisciplinaridade no Estudo da Saúde coletiva e o Papel das Ciências Sociais. In.: CANESQUI, A.M. (Org.) *Dilemas e Desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva*. São Paulo-rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, p. 95-113, 1995.

NUTLEY, S.; WALTER, I.; DAVIES, H. T. O. From Knowing to doing: a framework for Understanding the Evidence-Into-Practice Agenda. *Evaluation*. London, v.9, n.2, p.125-148, 2003.

OFICINA PRÉ-CONGRESSO DO GRUPO TEMÁTICO DE SAÚDE E AMBIENTE [do] CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 2003, Brasília. *Subsídios ao Plano Diretor Para o Desenvolvimento da Área Saúde e Ambiente no Âmbito do Sistema Único de Saúde*. Brasília: ABRASCO, 2003. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/grupos/arquivos/20060717151320.pdf>>. Acesso em: 17 out 2006.

OLIVEIRA, J. S. Anos 90: a Violência Permeando o Debate sobre a Pobreza. In: _____. *Juventude Pobre: O Desafio da Integração*. 1999. Tese (Doutorado em Política, Planejamento e Administração em Saúde) - Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999. p. 58-79.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Dengue: Disease Status. Burdens and Trends*. Disponível em: <<http://www.who.int/ctd/dengue/burdens.htm>>. Acesso em: 15 out 2006a.

_____. Global Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis. *Weekly Epidemiological Record*. v.81, n.22, p. 221-232, 2006b.

_____. *Lymphatic filariasis*. Disponível em: <<http://www.who.int/topics/filariasis/en>>. Acesso em: 10 fev 2005a.

_____. *Global Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis: Annual Report on Lymphatic Filariasis 2003*. Genebra, Suíssa, 2005b.

_____. Global Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis. *Weekly Epidemiological Record*. Genebra, v.80, n.23, p. 202-212, 2005c.

_____. *Planning social mobilization and communication for dengue fever prevention and control: a step-by-step guide*. Genebra, Suíssa, 2004a.

_____. *Global Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis: Estrategic Plan 2003-2005- Challenges of scaling up*. Genebra, Suíssa, 2004b.

_____. *Global Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis*. Annual Report on Lymphatic Filariasis 2002. Genebra, Suíssa, 2003a.

_____. *Guidelines for Integrated Vector Management*. Harare, 2003b

_____. *Global Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis*. Annual Report on Lymphatic Filariasis 2001. Genebra, Suíssa, 2002a.

_____. *Defining The Roles of Vector Control and Xenomonitoring in the Global Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis*. Report of the Informal Consultation WHO/HQ, Geneva, 29-31 January 2002. Genebra, Suíssa, 2002b.

_____. *Eliminate Filariasis: Attack poverty. A Green Light from the Global Alliance*. The Global Alliance to Eliminate Lymphatic Filariasis Proceedings of the First Meeting. Santiago de Compostela, Espanha, 2000. Genebra, Suíssa, 2000a.

_____. *Global Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis*. WHO Programme Report. Genebra, Suíssa, 2000b.

_____. *Building partnerships for lymphatic filariasis – strategic plan: working version*, Genebra, Suíssa, 1999.

_____. **Resolução WHO 50.29 Elimination of lymphatic filariasis as a public health problem.** 15ª World Health Assembly, Genebra: WHO, 13. maio. 1997. Disponível em: <http://www.who.int/lymphatic_filariasis/policy/en/>. Acesso em: 10 fev 2005.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Resolución CD44.R9:** Dengue. Washington, 2003.

_____. **Desafíos futuros para la Comunicación Social en Programas de Prevención y Control del Dengue y de la FHD.** Guayaquil, Equador: 2002a.

_____. **Framework: New Generation of Dengue Prevention and Control Programs.** Washington, 2002b.

_____. **Resolução CD44/14:** Dengue. Washington, 2002c.

_____. **Lymphatic Filariasis Elimination in the Americas.** Regional Program Manager's Meeting. Port-Au-Prince, 2002d.

_____. **Resolução CD43/12:** Prevenção e Controle da Dengue. Washington, 2001a.

_____. **Resolução CD43. R4:** Dengue e Dengue Hemorrágica. Washington, 2001b.

_____. **Lymphatic Filariasis Elimination in the Americas:** Report of the First Regional Program Managers Meeting. República Dominicana, 2000a.

_____. **Atenção Primária Ambiental.** Washington, 1999a.

_____. **Plan detallado de acción para la próxima generación: Prevención y control del dengue.** Washington, 1999b.

_____. **Hemispheric Plan to Expand and Intensify Efforts to Combat Aedes aegypti.** Caracas, 1997. (Relatório).

PELLEGRINI FILHO, A. Pesquisa em saúde, política de saúde e equidade na América Latina. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p. 339-350, 2004.

PIAGET, J. *Biologia e Conhecimento.* Petrópolis: Vozes, 2000.

PORTER, R.W. *Knowledge Utilization and the process of Policy Formation: toward a framework for Africa*. Washington DC: Porter/Novelli for the SARA Project, Academy for Educational Development, 1995.

PORTOCARRERO, Vera (Org.). *Filosofia, História e Sociologia das Ciências*. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

POUVOURVILLE, G. Public Health research: between Science and Action? *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 889-894, 1999.

REUNIÃO DE AVALIAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE ELIMINAÇÃO DA FILARIOSE LINFÁTICA NO BRASIL, 2000, Recife, PE. *Relatório*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2000.

RICHARDSON, R. et al. *Pesquisa Social: métodos e técnicas*. São Paulo: Atlas, 1989.

ROCHA, E. M. M.; FONTES, G. Filariose bancroftiana no Brasil. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v. 32, n. 1, p. 98-105, 1998.

SABATIER, P. A. (Org.). *Theories of the Policy Process*. Boulder, CO: Westview, 1999.

_____. The advocacy coalition framework: revisions and relevance for Europe. *Journal of European Public Policy*. Oxford, v.5, n.1, p. 98-130, 1998.

_____. Knowledge, Policy-Oriented Learning, and Policy Change: An Advocacy Coalition Framework. *Knowledge: Creation, Diffusion, Utilization*. Maryland, v.8, n.4, p. 469-692, 1987.

SABATIER, P. A.; JENKINS-SMITH, H. C. The Advocacy Coalition Framework: An Assessment. In.: SABATIER, P.A.(Org.). *Theories of the Policy Process*. Boulder: Westview, p.117-166,1999.

_____. *Policy Change and Learning: An Advocacy Coalition Approach*. Oxford: Westview, 1993.

_____. Symposium Issue on 'Policy Change and Learning: Exploring the Advocacy Coalition Framework. *Policy Sciences*. Maryland, v.21, (s.n.), p.123-278, 1988.

SABATIER, P.A.; BRASHER, A.M. From Vague Consensus to Clearly differentiated Coalitions: Environmental Policy at Lake Tahoe, 1964 – 1985. In.: SABATIER, P.A.; JENKINS-SMITH, H.C. *Policy Change and Learning: An Advocacy Coalition Approach*. Oxford: Westview, p. 177 – 208, 1993.

SABROZA, P. C.; KAWA, H.; QUEIROS, W. S. Doenças transmissíveis: ainda um desafio. In. MINAYO, M. C. S.(Org.). *Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80*. São Paulo: Hucitec- Rio de Janeiro: ABRASCO, p. 177-244,1995.

SABROZA, P. C.; LEAL, M. C. Saúde, ambiente e desenvolvimento. Alguns conceitos fundamentais. In.: LEAL, P. C. et al. *Saúde, Ambiente e Desenvolvimento: Uma Análise Interdisciplinar*. Rio de Janeiro: ABRASCO/São Paulo: Editora Hucitec, p. 45-93, 1992.

SAMAJA, J. Desafios a la epidemiología (pasos para una epidemiología “miltoniana”). *Revista Brasileira de Epidemiologia*. São Paulo, v. 6, n.2, p. 105-120, 2003.

SANTOS, T. C. C.; CÂMARA, J. B. D. (Org.). O Estado da Saúde e do Meio Ambiente. In: _____. *GEO-BRASIL: Perspectivas do Meio Ambiente no Brasil*. Brasília: Edições IBAMA, 2002. p. 200 – 218.

SANTOS, M. et al. *Território, Globalização e Fragmentação*. São Paulo: Hucitec. 1997.

SCHLAGER, E. Policy making and collective action: Defining coalitions within the advocacy coalition framework. *Policy Science*. Maryland, v.28, (s.n.), p. 243-270, 1995.

SEN, N. A neglected disease - Lymphatic filariasis now targeted for elimination in India. *Current Science*. Bangalore, v. 82, n.12, p. 1418, 2002.

SMITH, M. J. Policy Networks. In.: HILL, M. *The Policy Process: A Reader*. 2. ed. London: Prentice Hall, p. 76-86, 1997.

SUPERINTENDÊNCIA DE CAMPANHAS DE SAÚDE PÚBLICA. *Workshop Nacional Sobre Filariose: Relatório Final*. Recife: SUCAM, 1989. Mimeografado.

SOUZA, L.E.P.F.; CONTTANDRIOPOULOS, A. O uso de pesquisas na formulação de políticas de saúde: obstáculos e estratégias. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.546-554, 2004.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*, Porto Alegre, v.8, n.16, p. 20-45, 2006.

TAMBELLINI, A.M.T. *Notas introdutórias para pensar a questão das relações entre a produção, o ambiente e a saúde*. 55ª. SBPC. Recife, 16 de julho de 2003. Mimeografado.

TAUIL, P. L. Urbanização e ecologia do dengue. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.17, supl., p. 99-102, 2001.

TAUIL, P. L. Aspectos críticos do controle do dengue no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.18, n.3, p.867-871, 2002.

TEIXEIRA. S. M. F (Org.). *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. Rio de Janeiro: Vozes/ABRASCO, 1989.

TOWARDS a strategic plan for research to support the global program to eliminate lymphatic filariasis: Summary of Immediate Needs and Opportunities for Research on Lymphatic Filariasis. *The American Journal Tropical Medicine and Hygiene*. Northbrook, v. 71, n. 5, 2004. Suplemento.

TROSTLE, J.; BRONFMAN, M.; LANGER, A. How do researchrs influence decision makers? Case studies of Mexican policies. *Health Policy and Planning*. Oxford, v.14, n.2, p.103-114, 1999.

TRUE, J. L; JONES, B. D.; BAUMGARTNER, F.R. Punctuated-Equilibrium Theory Explaining Stability and Change in American Policymaking In.: SABATIER, P.A.(Org.). *Theories of the Policy Process*. Boulder, CO: Westview, p. 97-115, 1999.

TUNDISI, J. G. A qualidade ambiental e os impactos sobre a saúde. *Cadernos de Estudos Avançados*. Rio de janeiro, v.3, n.2, p.9-18, 2006.

UKELES, J.B. Policy analysis: Mith or Reality? *Public Administration Review*. Washington, v.37, n.3, p. 223-228, 1977.

VIANA, A. L. Abordagens Metodológicas em políticas Públicas. *Revista de Administração Pública*. São Paulo, v.30, n.2, p.5-43, 1996.

WALT, G.; GILSON, L. Review article: Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health Policy and Planning*. Oxford, v.9, n.4, p.353-370, 1994.

WEISS, C.H. Have We Learned Anything New About the Use of Evaluation? *American Journal of Evaluation*. Fairhaven, v.19, n.1, p. 21-33, 1998.

_____. The Many Meanings of Research Utilization. *Public Administration Review*. Washington, v.39, n.5, p.426-431, 1979.

_____. *Using Social Research in Public Policy Making*. Toronto: Lexington Books, 1977.

WEISS, C.H.; BUCUVALAS, M.J. *Social Science Research and Decision-Making*. New York: Columbia University, 1980.

WILDAVSKI, A. *The art and the craft of policy analysis*. London: Macmillan, 1980.

YOUNG, J. *Bridging Research and Policy: The RAPID approach*. Dakar: SISERA (Secretariat for Institutional Support for Economic Research in Africa)/ IDRC (International Development Research Centre), 2005. Disponível em: <http://www.idrc.ca/uploads/user-S/11085709621Bridging_Research_and_Policy.pdf>. Acesso em: 10 abr 2005.

ZAFONTE, M.; SABATIER, P. Shared beliefs and imposed interdependencies as determinants of ally networks in overlapping subsystems. *Journal of Theoretical Politics*. London, v.10, n.4, p. 473-505, 1998.

APÊNDICES

APÊNDICE A: TABELAS

Tabela 2: Número e percentual de artigos publicado sobre dengue no período 1990-2005.

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Total	%
Periodicos																		
A.									20	14	9	17	18	28	11	11	128	23.5
B.											10	16		6	22	12	66	12.1
C.		3	3	4	2	2	1	3	4	2	4	6	5	12	8	5	64	11.8
D.					1			3	2	2	3	7	8	10	9	7	52	9.6
E.			3	3	2	2	3	1	1	6	3	3	3	1	4	3	38	7.0
F.								3	1	6	4	2	5	1	9	4	35	6.4
G.								1	4	1	1	4	6	1	9	8	35	6.4
H.	1		1		3	1	1	3	3	4	3		5	1	1	3	30	5.5
I.						1	2	1	1		3			3	8	3	22	4.0
J.								1	4	1	3	2	3	2	3	2	21	3.9
K.						2		1	3	1	1	1	1	3	3	2	17	3.1
L.								2		2	2	1		2	2	3	14	2.6
M.								0					1	2	2	3	8	1.5
N.		1	1	2		1						1				1	7	1.3
O.													2	1	1		4	0.7
P.													2	1			3	0.6
Total	1	4	8	9	8	9	7	19	43	39	45	60	59	74	92	67	544	100
%	0.2	0.7	1.5	1.7	1.5	1.7	1.3	3.5	7.9	7.2	8.3	11.0	10.8	13.6	16.9	12.3	100	

Periódicos:

- A. American Journal of Tropical Medicine and Hygiene
- B. Journal of Medical Entomology
- C. Revista de Saúde Pública
- D. Memórias do Instituto Oswaldo Cruz
- E. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene
- F. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical
- G. Tropical Medicine and International Health
- H. The Lancet (British Edition)
- I. Nature

- J. Cadernos de Saúde Pública
- K. Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo
- L. Revista Pan Americana de Salud Pública
- M. The Brazilian Journal of Infectious Disease
- N. Bulletin of the World Health Organization
- O. Revista Brasileira de Epidemiologia
- P. The Lancet Infectious Diseases
- Q. Revista Brasileira de Análises Clínicas

Tabela 3: Principais países que forneceram material para o desenvolvimento das pesquisas sobre dengue, no período de 1990 -2005.

PAÍS	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Total	%
Brasil		3	3	3	5	4	1	11	15	13	15	18	25	32	33	20	201	36.9
EUA					1			1	3	4	7	12	8	14	12	19	81	14.9
Tailândia								2	3	3	2	7	6	9	9	12	53	9.7
Porto Rico				2					6	2		4	4	3		4	25	4.6
Vietnam									1	4	3	1	3	1	2	4	19	3.5
Austrália					1				3	1	1	2	3		6		17	3.1
México						1				1	2	2	5	1	1	1	14	2.6
Polinésia Francesa			1						3	3	1	4					12	2.2
Peru									1	1		2	1	1	3	2	11	2.0
Argentina													2	1	6	1	10	1.8
China			1	1							2	1		1		4	10	1.8
Índia						1				2	2		1	1	2	1	10	1.8
Indonésia									1	2		2		3	1	1	10	1.8
Inglaterra						2			1	1	1		1		2	2	10	1.8
Singapura						1	1		1			4	1		1		9	1,7
Costa Rica				1							1		2	1	1	1	7	1,3
Malásia		1	1						1	1				1	1		6	1,1

Tabela 4: Principais países financiadores de pesquisa sobre dengue, no período de 1990-2005.

FINANCIADORES	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Total	%
EUA	1						1		10	7	8	13	9	14	17	9	89	37.4
Brasil				1	1	3		2					5	11	10	5	38	16.0
Austrália									3	9	5	5	1	1	1		25	10.5
Filipinas										2	2	1	1	2	4	3	15	6.3
OMS										4	1	3		2	2	1	13	5.5
Inglaterra		1			1				1		1	1	3	2	1	1	12	5.0
Tailândia										1			1	3	2	1	8	3.4
Canadá											1	1		2			4	1.7
Bangladesh														1	1	1	3	1.3
Holanda											1		1	1			3	1.3
Japão									1					2			3	1.3
Malásia									1			1			1		3	1.3

Tabela 5: Principais países de origem dos autores de artigos sobre dengue publicados no período de 1990-2005.

AUTORIA	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Total	%
Brasil		3	3	3	5	4	1	11	15	13	15	19	26	33	33	25	209	38.4
EUA					1	1		3	11	11	15	13	13	28	20	18	134	24.6
Tailândia					1			1	4	4		4	6	8	6	9	43	7.9
Austrália			1		1				4	1	2	2	3	1	6	4	25	4.6
Inglaterra					1		1		1	1	2	2	3	4	5	5	25	4.6
Porto Rico				3					8	3		2					16	2.9
França								1					2	2	4	5	14	2.6
Índia							1			2	2		1	1	2	4	13	2.4
México						1				1	2	2	5		1	1	13	2.4
Vietnã									1	1	2	1	2		2	4	13	2.4

Tabela 6: Artigos publicados sobre dengue no período de 1990-2005 conforme população estudada, tipo de abordagem, modelo de causalidade e conhecimento utilizados.

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Total	%
População do Estudo																		
Insetos		2	4	4	3	3	4	8	8	13	20	23	30	36	51	41	250	46.0
Humanos	1	2	4	4	5	6	3	7	22	22	16	34	23	28	29	19	225	41.4
Agente biológico								4	11		2		1	1	6	1	26	4.8
Humanos e insetos										3	5	1	3	3	5	5	25	4.6
Outros				1					12		1			2	2	1	19	3.5
Animais										1	1	2		4			8	1.5
Tipo de Abordagem																		
Quantitativa	1	4	8	9	8	9	6	8	40	39	43	58	57	74	60	65	489	89.9
Qualitativa				1			1	1	3		2	2	4		7	2	23	4.2
Modelo de Causalidade																		
Monocausal	1	2	7	8	8	8	2	15	31	39	44	55	51	68	62	63	464	85.3
Multicausal		2	1			1	5	4	10		1	5	8	6	4	4	51	9.4
Complexo															1		1	0.2
Tipo de Conhecimento																		
Multidisciplinar		2	1			1	5	4	24	25	28	25	34	32	58	48	287	52.8
Disciplinar	1	2	7	8	8	8	2	15	18	14	17	35	25	42	33	19	254	46.7
Interdisciplinar															1		1	0.2

Tabela 7: Áreas do conhecimento presentes nos artigos sobre dengue publicados no período de 1990-2005.

ÁREAS DO CONHECIMENTO	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Total	%
Entomologia		1	4	4	3	4	4	9	13	13	27	35	28	35	57	52	289	53.1
Virologia	1		2	3	2	4	2	4	21	27	18	16	11	10	17	11	149	27.4
Epidemiologia	1	2		3	5	5	2	3	18	10	10	11	12	10	18	15	125	23.0
Imunologia			1	1				3	2	5	6	5		14	8	7	52	9.6
Infectologia			2	1	1		1	1	4	6	4	3	5	7	9	5	49	9.0
Genética						1		3	1	2	2	1	7	7	13	7	44	8.1
Toxicologia		1		1					1	3		3	1	6	12	10	38	7.0
Geografia			1						4	2	6	6	3	2	7	5	36	6.6
Bioestatística		1	2		2				5	2	4	2	1	4	2	1	26	4.8
Antropologia												1	5	6	6	5	23	4.2
Biologia			1				2	2	1	2	2	3	3	1	1	2	20	3.7
Microbiologia									1		1	3				2	7	1.3
Química													1	3	3		7	1.3
Meteorologia							1	1	1		1		1				5	0.9
Neurologia			1						1		2		1				5	0.9
Gastroenterologia													1	1	1	1	4	0.7
Bioquímica									2			1					3	0.6
Ecologia					1					1	1						3	0.6
Biologia Celular														1	1		2	0.4
Botânica														1		1	2	0.4
Farmacologia														1	1		2	0.4
Hematologia													1	1			2	0.4
História									1							1	2	0.4
Informática													1			1	2	0.4
Matemática													1			1	2	0.4
Veterinária										1					1		2	0.4
Cardiologia														1			1	0.2
Economia														1			1	0.2
Fonoaudiologia														1			1	0.2
Parasitologia													1				1	0.2
Pneumologia									1								1	0.2
Política													1				1	0.2
Reumatologia										1							1	0.2

Tabela 8: Número e percentual de artigos publicado sobre filariose linfática, no período 1990-2005.

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Total	%
Periódicos																		
A.	5	8	6	2	15	11	20	9	15	6	16	11	11	8	6	4	153	40,6
B.							4		4	6	6	5	4	7	7	7	50	13,3
C.									9	4	2	7	5	6	8		41	10,9
D.											6	3	2	3	9	4	27	7,2
E.					2		2	3	3	4	1		2	5	2	2	26	6,9
F.	2			4		1	1	1	1	1				1	1	3	16	4,2
G.		1			1	1		3	1		1	1	3	1		2	15	4,0
H.		1		2	3		1	1		1		1		2	1		13	3,4
I.										2	3		1			3	9	2,4
J.				1		1	1				1			1	2	1	8	2,1
K.	2			1				1	1					2			7	1,9
L.							1	4						1			6	1,6
M.														1		2	3	0,8
N.		1						1			1						3	0,8
O.															1		1	0,3
P.															1		1	0,3
TOTAL	9	11	6	10	21	14	30	23	34	24	37	28	28	38	38	28	379	100,53
%	2,37	2,9	1,583	2,64	5,541	3,69	7,916	6,069	8,971	6,33	9,76	7,39	7,39	10	10	7,388	100	

Periódicos:

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| A. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene | I. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical |
| B. Tropical Medicine and International Health | J. Nature |
| C. American Journal of Tropical Medicine and Hygiene | K. Revista de Saúde Pública |
| D. Journal of Medical Entomology | L. Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo |
| E. Memórias do Instituto Oswaldo Cruz | M. The Lancet Infectious Diseases |
| F. Bulletin of the World Health Organization | N. Revista Pan Americana de Salud |
| G. The Lancet (British Edition) | O. Revista Brasileira de Análises Clínicas |
| H. Cadernos de Saúde Pública | P. Revista Brasileira de Epidemiologia |

Tabela 9: Principais países que forneceram material para o desenvolvimento das pesquisas sobre filariose linfática, no período de 1990 -2005.

PAÍS	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Total	%
Brasil	2	1		2	6	5	8	8	8	11	8	4	2	9	5	5	84	22,0
Índia		2		1		2	7	4	7	3	7	6	9	9	6	8	71	18,7
Tanzânia	1				1	2	4	4	3	2	3	1	2		4	3	30	7,9
EUA	1		1						1	2	4	2	1	3	4	3	22	5,8
Gana					1		2	1	4	3	4	2	1	1	1	1	21	5,5
Polinésia Francesa	1		2	1	5	1	3				1	2				1	17	4,5
Haiti		2			1			1	1	1		2	1	2	3	1	15	4,0
Egito		2		1	2			1		1		1	2	1	2		13	3,4
Sri Lanka		2	1			1	2		2		1	1	2	1			13	3,4
Papua Nova Guiné				1	1			1	3	1	2	1		1			11	2,9
Indonésia						1	1				2		2	1			7	1,8
Inglaterra					1		1				3			1	1		7	1,8
Japão												2	1		2		5	1,3
Kenia							1		1				1	1			4	1,1
Suissa	2							1			1						4	1,1
Tailândia												1		1	1	1	4	1,1

Tabela 10: Principais países financiadores de pesquisa sobre filariose linfática, no período de 1990-2005. (*)

FINANCIADORES	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Total	%
OMS		2	2	1	5	4	12	2	9	10	9	9	8	6	5	2	86	35,8
EUA	2	3	1	1	4	1	1	1	3	2	2	4	4	9	6	4	48	20,0
Dinamarca					1		3			2	3	2	6		3	2	22	9,2
Brasil				2					1	2	3	2	1	3		1	15	6,3
Inglaterra		2	1		1	1	1		1	1	1	2	1	2	1		15	6,3
Bélgica						3	4	4									11	4,6
Holanda							1		1				1	1		3	7	2,9
Índia							1		2	1			1	2			7	2,9
EUA													2		2	1	5	2,1
Alemanha						2		1					1				4	1,7

Tabela 11: Principais países de origem dos autores de artigos sobre filariose linfática publicados no período de 1990-2005.

AUTORES	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Total	%
EUA	1	3	1		5	4	6	4	12	8	6	9	4	10	11	8	92	24,3
Brasil	2			2	1	5	8	8	9	11	8	4	2	9	5	5	79	20,8
Índia	1	2				2	6	3	7	3	7	6	8	10	7	7	69	18,2
Inglaterra	1	2	1	1	3	2	5	2	5	2	3	1	2	5	4	5	44	11,6
Dinamarca					1	1	4	4	3	4	3	2	4	2	4	2	34	9,0
Tanzânia	1				1	1	3	1	1	2	3	1	1	1	5	3	24	6,3
Gana					1		1	1	3	3	4	2	1	1	1	1	19	5,0
OMS	2			1			1	1			2	3		2	2	1	15	4,0
Egito				1	2		1	1	1	1		2	2	1	3		15	4,0
Polinésia Francesa	1		2	1	5	1	3					1					14	3,7

Tabela 12: Artigos publicados sobre filariose linfática no período de 1990-2005 conforme população estudada, tipo de abordagem, modelo de causalidade e conhecimento utilizados.

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Total	%
População do Estudo																		
Humanos	4	8	5	7	15	11	23	14	29	17	24	19	24	22	22	17	261	68,9
Insetos	4	3	1	2	6	1	5	6	4	5	10	6	4	14	13	8	92	24,3
Agente biológico				1		1					1	1		1	2	2	9	2,4
Humanos e insetos					1	1	1	2		1	1			1			8	2,1
Outros	1				1			1		1	1	2			1	1	9	2,4
Animais							1		1								2	0,5
Tipo de Abordagem																		
Quantitativa	8	10	6	10	21	14	29	19	34	23	36	28	28	38	36	28	368	97,6
Qualitativa	1						1	3		2	1	1			2		11	2,9
Modelo de Causalidade																		
Monocausal	8	4		2	17	14	29	22	34	22	34	27	28	37	38	28	344	90,8
Multicausal	1	7	6	8	4		1			2	3	1		1			34	9,0
Complexo								1									1	0,3
Tipo de Conhecimento																		
Multidisciplinar	6	10	5	9	17	12	28	18	24	20	30	23	23	35	35	24	319	84,2
Disciplinar	3	1	1	1	4	2	3	5	10	4	7	4	5	3	3	4	60	15,8
Interdisciplinar								1									1	0,3

Tabela 13: Áreas do conhecimento presentes nos artigos sobre filariose linfática publicados no período de 1990-2005.

ÁREAS DO CONHECIMENTO	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Total	%
Parasitologia	4	10	5		12	12	20	10	20	13	22	17	19	21	19	15	219	57,8
Entomologia	5	3	2	3	7	3	9	10	5	6	13	8	4	15	13	9	115	30,3
Epidemiologia	2	4	1		7	3	5	5	6	10	14	6	8	8	8	6	93	24,5
Farmacologia	2	2	3						7	5	10	11	9	10	11	11	81	21,4
Imunologia	1	4			6	2	5	5	9	5	8	8	9	4	8	2	76	20,1
Biologia Celular					4	6	11	6				1					28	7,4
Imagionologia					2	2	3	1	7	2		1	1	2	1	1	23	6,1
Bioestatística		1			2		8	3	1		2	2		2	1		22	5,8
Infectologia					1	1			6	1	2		1	1	2	3	18	4,7
Biologia				1	1		1	1			4		1	1	4	2	16	4,2
Toxicologia	2									2	2		1	2	4	3	16	4,2
Urologia					1	1	2	1	2			1	1	1	2		12	3,2
Genética					1				1		1	1		4	1		9	2,4
Geografia	1				2						1	2	1	1	1		9	2,4
Economia							1		1	1	1			1	1		6	1,6
Antropologia							1	2				1				1	5	1,3
Angiologia					2				2				1				5	1,3
Ecologia										1		1		1	1		4	1,1
Política							1	1		1	1				1		5	1,3
Matemática		1	1				1										3	0,8
Microbiologia														2		1	3	0,8
Pneumologia					1		1	1									3	0,8
Dermatologia							1		1								2	0,5
Histopatologia			1														1	0,3
História							1										1	0,3
Nefrologia								1									1	0,3
Oftalmologia											1						1	0,3
Ginecologia											1						1	0,3
Nutrição														1			1	0,3
Bioquímica															1		1	0,3
Endocrinologia																1	1	0,3
Psicologia																1	1	0,3

APÊNDICE B: ROTEIROS DE ENTREVISTA

A) Roteiro de Entrevista para os participantes do Grupo 1:

1. Como tem sido definida a política de controle de doenças transmitidas por vetores, com especificidade para a dengue e a filariose;
2. Como as informações científicas são utilizadas no processo de tomada de decisão e formulação da política;
3. Os estudos que têm sido utilizados no processo político e as características que são levadas em consideração para que sejam considerados com tal;
4. Citar alguns autores que são utilizados;
5. Citar alguns periódicos que são mais utilizados;
6. Citar algum trabalho científico que você tenha se baseado para o desenvolvimento de suas atividades de trabalho no controle da dengue/filariose;
7. As contribuições que os estudos podem proporcionar na tomada de decisão;
8. A probabilidade de uso dos resultados observados em estudos no processo político;
9. Qual o nível de governo é considerado mais adequado para a utilização das pesquisas;
10. Qual o nível de governo é considerado responsável e capaz de produzir pesquisas úteis ao processo político;
11. Como se estabelecem os canais de comunicação entre os gestores e os pesquisadores;
12. Qual a importância desse tipo de articulação (academia-serviço-academia);
13. Possibilidade de se ampliar o uso do conhecimento científico nesse processo e como.

B) Roteiro de Entrevista para os participantes do Grupo 2:

1. Como as informações científicas são utilizadas no processo de tomada de decisão e formulação da política, particularmente a de controle de doenças transmitidas por vetores;
2. Os estudos que têm sido utilizados no processo político e as características que são levadas em consideração para que sejam considerados com tal;
3. As contribuições que os estudos podem proporcionar na tomada de decisão;
4. A probabilidade de uso dos resultados observados em estudos no processo político;
5. Qual o nível de governo é considerado mais adequado para a utilização das pesquisas;
6. Qual o nível de governo é considerado responsável e capaz de produzir pesquisas úteis ao processo político;
7. Como se estabelecem os canais de comunicação entre os gestores e os pesquisadores;
8. Qual a importância desse tipo de articulação (academia-serviço-academia);
9. Possibilidade de se ampliar o uso do conhecimento científico nesse processo e como.

C) Roteiro da Entrevista para os participantes do Grupo 3:

1. Como as informações científicas são utilizadas no processo de tomada de decisão e formulação da política, particularmente a de controle de doenças transmitidas por vetores;
2. Os estudos que têm sido utilizados no processo político e as características que são levadas em consideração para que sejam considerados com tal;
3. As contribuições que os estudos podem proporcionar na tomada de decisão;
4. A probabilidade de uso dos resultados observados em estudos no processo político;
5. Qual o nível de governo é considerado mais adequado para a utilização das pesquisas;
6. Qual o nível de governo é considerado responsável e capaz de produzir pesquisas úteis ao processo político;
7. Como se estabelecem os canais de comunicação entre os gestores e os pesquisadores;
8. Qual a importância desse tipo de articulação (academia-serviço-academia);
9. Possibilidade de se ampliar o uso do conhecimento científico nesse processo e como;
10. Quais de suas publicações você tem conhecimento que foram utilizadas na definição da política de controle de doenças transmitidas por vetores, particularmente da dengue e filariose;
11. Citar os periódicos em que tenha publicado.

APÊNDICE C: QUESTÃO OBJETIVA

Por gentileza, indique como as características abaixo são levadas em consideração para qualificar um estudo como útil. Aplique um valor entre 1 e 5, sendo:

1= indispensável, essencial; 2 = muito útil; 3 =útil; 4 = desnecessário; 5 = inútil.

- a) Relação com uma questão de alta prioridade.
- b) Acrescenta conhecimento acerca da causalidade, descrição ou teoria.
- c) Acrescenta conhecimento prático acerca da operacionalização da política ou do programa.
- d) É compatível com as idéias e valores do usuário em potencial.
- e) Analisa os efeitos dos fatores sobre os quais os formuladores da política podem fazer algo.
- f) Tem implicação direta sobre o curso da ação.
- g) Sugere a necessidade de mudança na filosofia, organização ou serviços.
- h) Focalizado, isto é, apresenta um pequeno número de variáveis dependentes ou resultados.
- i) Contem recomendações explícitas.
- j) Dá suporte a posições já defendidas pelo usuário.
- k) As recomendações são reforçadas pelos resultados.
- l) As implicações dos achados/resultados são politicamente aceitáveis.
- m) Consistente com o corpo de conhecimento prévio.
- n) Os achados/resultados podem ser aplicados no âmbito da política/programa.
- o) Desafia os pressupostos atuais e a organização institucional.
- p) Acrescenta novas questões ou oferece novas perspectivas.
- q) Sua implementação não exige a utilização de muitos recursos financeiros, é barata.
- r) Em tempo para uma decisão pendente.
- s) Os achados são inesperados ou novos.
- t) Apresenta dados quantitativos.
- u) Generalizável para populações semelhantes.
- v) Compreensível, isto é, apresenta a maioria das possíveis variáveis explicativas na análise.
- w) Estatisticamente sofisticado.
- x) Alta qualidade técnica da pesquisa.
- y) Resultados são internamente consistentes e sem ambigüidades.
- z) Objetivo, imparcial.

APÊNDICE D: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar como entrevistado na pesquisa “A Pesquisa Científica na Condução de Políticas de Controle de Doenças Transmitidas por Vetores”, conduzida por Idê Gomes Dantas Gurgel, como parte de sua tese de doutorado realizada no Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz.

O objetivo principal deste estudo é analisar a política de controle de doenças transmitidas por vetores no Brasil, com o propósito de compreender como se estabelecem as relações entre a produção científica e o processo de formulação e implementação dessa política, a partir dos programas de controle de dengue e filariose. A metodologia a ser aplicada consiste na realização de entrevista e resposta a uma questão objetiva.

Você foi selecionado (a) considerando sua relação com a política de controle de doenças transmitidas por vetores, particularmente dengue e filariose, no âmbito governamental ou pela sua produção acadêmica. Mas você poderá recusar-se ou a qualquer momento retirar seu consentimento, o que não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição. O principal risco relacionado a sua participação é algum possível constrangimento perante pessoas e instituições, caso suas respostas venham a público. Porém os benefícios são inúmeros, especialmente porque permitirá a realização mais adequada de análise dessa política e do uso de conhecimento científico no seu processo de formulação e implementação. As informações obtidas serão confidenciais e será garantido o sigilo de sua participação. Os dados não serão divulgados de forma que permitam a sua identificação e você conhecerá os resultados obtidos após a conclusão da mesma.

Este termo deverá ser assinado em duas vias, permanecendo uma cópia em seu poder e a outra com a pesquisadora, com quem você pode entrar em contato para esclarecer dúvidas sobre a pesquisa pessoalmente ou por telefone.

Atenciosamente,

Idê Gomes Dantas Gurgel - Telefone: (81) 21012603

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Participante

Departamento de Saúde Coletiva - NESC

Campus da UFPE - Av. Moraes Rêgo, s/n – Cidade Universitária – Recife -PE - Brasil CEP: 50670-420
Fone: 0 XX 81 2101 2605 - Fax: 0 XX 81 2101 2614 E-mail: nesc@cpqam.fiocruz.br - <http://www.cpqam.fiocruz.br>