



UFRRJ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E ESTRATÉGIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO E ESTRATÉGIA

DISSERTAÇÃO

**ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS: UMA CONTRIBUIÇÃO AO
DEBATE DA INTERSETORIALIDADE A PARTIR DA EXPERIÊNCIA
DO PROJETO TEIAS – ESCOLA MANGUINHOS**

Antonio Lima Ornelas

2015

**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E ESTRATÉGIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO E ESTRATÉGIA**

**ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS: UMA CONTRIBUIÇÃO AO
DEBATE DA INTERSETORIALIDADE A PARTIR DA EXPERIÊNCIA
DO PROJETO TEIAS – ESCOLA MANGUINHOS**

ANTONIO LIMA ORNELAS

Sob a Orientação da Professora

Dra. Maria Gracinda Carvalho Teixeira

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Ciências**, do Curso de Mestrado Profissional em Gestão e Estratégia do Programa de Pós-graduação em Gestão e Estratégia da UFRRJ.

Seropédica, RJ
2015

**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E ESTRATÉGIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO E ESTRATÉGIA**

ANTONIO LIMA ORNELAS

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Ciências**, no Curso de Pós-Graduação em Gestão e Estratégia do Programa de Pós-graduação em Gestão e Estratégia na área de Concentração Gestão e Estratégia. Linha de Pesquisa Organizações, Sociedade e Mercados.

DISSERTAÇÃO APROVADA EM / / 2015.

Dra. Maria Gracinda Carvalho Teixeira
UFRRJ
(Orientadora)

Dra. Janaina Machado Simões
UFRRJ
(Examinador interno)

Dr. Gilberto Hochman
Fiocruz
(Examinador externo)

Vivemos numa sociedade na qual, cada vez mais, os problemas derivam dos especialistas. Perdemos o direito de ter um ponto de vista em favor do especialista que monopoliza o direito à decisão, já que ele tem competência. Como pode funcionar uma democracia a não ser cada vez mais esvaziada quando o cidadão é desqualificado pelo especialista?
(Edgar Morin)

DEDICATÓRIA

Para minha mãe, Virgínia dos Anjos Lima Ornelas (*in memoriam*), falecida em novembro de 2014. A ela dedico esse meu humilde trabalho, como uma simples homenagem, um pequeno agradecimento. O vazio que ficou em minha vida jamais será preenchido, mas sua influência se fez e se fará sentir no homem que eu sou por todos os dias da minha existência.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus, fonte inesgotável de força espiritual que me impulsionou e me fortaleceu perante os desafios e dificuldades que enfrentei nesses dois últimos anos.

Agradeço à minha esposa Renata, pelo amor que dedica a mim, pelo incentivo e pela paciência que teve durante todo esse processo. Também às minhas filhas Beatriz e Daniela (nascida no meio do mestrado) que, a cada singelo sorriso, multiplicavam a minha disposição de seguir adiante.

À Professora Dra. Maria Gracinda Carvalho Teixeira, que ao longo desse tempo foi bem mais que uma orientadora. Agradeço por ter me inspirado continuamente, pela confiança que sempre depositou na minha capacidade e pelo carinho e compreensão que teve nos momentos mais complicados. Entre as maiores realizações no encerramento dessa etapa, está a conquista de sua inestimável amizade, que espero levar para o resto da minha vida.

Ao Professor Dr. Gilberto Hochman e à Professora Dra. Janaína Machado Simões pela inestimável contribuição dada em meu exame de qualificação e pela disponibilidade de avaliar meu trabalho por ocasião da banca de dissertação.

A todos os professores do PPGGE/MPGE que cooperaram decisivamente para o meu amadurecimento intelectual, em especial ao Professor Dr. Gustavo Costa de Souza e à Professora Dra. Heloisa Guimarães Peixoto Nogueira, pelas aulas sempre instigantes, provocativas e pelas afinidades que adquirimos.

A todos os meus colegas de turma, companheiros de alegrias e vicissitudes, aos quais homenageio na figura do amigo Carlos Otávio Almeida Afonso, pelos intermináveis debates que prorrogavam as aulas durante os percursos de Seropédica ao Rio de Janeiro.

À minha querida instituição, a Fundação Oswaldo Cruz, por ter me apoiado incondicionalmente na decisão de cursar este mestrado, destacando-se o Sr. Gilvan Ferreira, responsável pela minha liberação. Estendo, igualmente, meus agradecimentos a Leonardo Costa de Castro, José Leonídio Madureira de Sousa Santos, Pedro Ribeiro Barbosa, Antônio Ivo de Carvalho, Elyne Montenegro Engström, Vanessa Costa e Silva, Patrícia Evangelista da Silva, Lêda Zorayde de Oliveira e Roseli Monteiro da Silva.

Por fim, agradeço a todos que de alguma forma colaboraram direta ou indiretamente para a realização desse trabalho.

RESUMO

ORNELAS, Antonio Lima. Análise de Políticas Públicas: Uma Contribuição ao Debate da Intersetorialidade a partir da Experiência do Projeto Teias – Escola Manguinhos. 2015. 126 p. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão e Estratégia). Instituto de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, RJ, 2015.

O objetivo da pesquisa é identificar possíveis abordagens na formulação de políticas públicas que privilegiem um maior grau de articulação entre elas de modo que se avance no debate do enfoque intersetorial com base na experiência do Projeto Teias – Escola Manguinhos. A partir dessa investigação, buscou-se descrever o contexto histórico, político e administrativo de formulação do projeto em questão e sua opção pela abordagem intersetorial, caracterizando as circunstâncias que favoreceram sua entrada nas agendas públicas do município, do estado e da união, levantando possibilidades e lacunas dessa abordagem e identificando possíveis outros enfoques na formulação de políticas públicas que estimulem uma maior interconexão entre elas e venham potencializar maiores ganhos sociais. A pesquisa é de natureza qualitativa, do tipo analítico e descritivo e utiliza a coleta de dados por meio de pesquisa documental e com fontes orais, tendo como sujeitos atores sociais envolvidos na elaboração do Projeto Teias – Escola Manguinhos. Os dados foram analisados segundo a técnica de Análise de Conteúdo, tendo como sustentação o trabalho de Harold Lasswell e operacionalizados por meio do modelo analítico dos Múltiplos Fluxos, desenvolvido por John Kingdon. Os resultados da pesquisa confirmam a suposição inicial e, nesse sentido, comprovou-se a eficácia do modelo de Kingdon, que permitiu elencar fatores decisivos para a abertura da “janela política” que conduziu o Projeto Teias para dentro da agenda pública das três esferas governamentais, além de desconstruir o dilema da intersetorialidade apontando para a existência de um quadro multisetorialista. O estudo indica novas perspectivas, recomendando diretrizes para elaboração de uma nova matriz analítica que possa ser extravasada para um campo pleno de políticas, alargando o marco conceitual. Também sugere uma reflexão crítica sobre a realidade territorial do Complexo de Manguinhos, advertindo sobre a importância de transformar o aprendizado, adquirido no território-escola, em ações e iniciativas que mudem para melhor a vida de uma população, em última análise, essencialmente dependente do SUS.

Palavras-chave: Políticas Públicas; Intersetorialidade; Projeto Teias – Escola Manguinhos; Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

ABSTRACT

ORNELAS, Antonio Lima. Public Policies Analysis: a Contribution to the Debate of Intersectoriality from the Experience of Project Teias – Escola Manguinhos. 2015. 126 p. Dissertation (Professional Master's in Management and Strategy). Institute of Applied Social Sciences, Rural Federal University of Rio de Janeiro, Seropédica, RJ, 2015.

The purpose of the research is to identify possible approaches in the development of public policies that emphasize a greater articulation between themselves in order to move forward the debate about the intersectoral approach based on the experience of Project Teias – Escola Manguinhos. From this investigation, the aim was to describe the historical, political and administrative context of the development of project in question and the option for an intersectoral approach, characterizing the circumstances that favoured its entrance into the public agenda in the municipal, state and federal levels, raising possibilities and gaps of this approach and identifying other possible guidelines to the development of public policies that stimulate a greater interconnection between them and result in greater social gains. The research is of qualitative nature, analytical and descriptive, and utilizes data collection through research of documental and oral sources, with social actors involved in the development of Project Teias – Escola Manguinhos as its subjects. The data were analysed using the technique of Content Analysis, supported by the work of Harold Laswell and operationalised by way of the Multiple Stream analytical model developed by John Kingdon. The results of the research confirm the initial assumption and, in that sense, it was verified the efficacy of the Kingdon model, which made possible to enumerate the decisive factors to the opening of the “political window” that led the Project Teias inside the public agenda in the three levels of government, as well as to deconstruct the dilemma of intersectoriality pointing to the existence of a multisectoral framework. The study indicates new perspectives, recommending directives to the development of a new analytical matrix that may spill over to a wide field of policies, broadening the conceptual framework. It also suggests a critical reflection about the territorial reality of the Complexo de Manguinhos, warning about the importance of transforming the learning acquired at the territory-school in actions and initiatives that change for the better the life of a population ultimately dependent on SUS.

Keywords: Public Policies; Intersectoriality; Project Teias – Escola Manguinhos; Oswaldo Cruz Foundation (Fiocruz).

Lista de Quadros

Quadro 1 – Estágios da Política Pública	25
Quadro 2 – Princípios e Diretrizes do SUS	32
Quadro 3 – Sujeitos de Pesquisa.....	51
Quadro 4 – Questões Metodológicas de Lasswell.....	52
Quadro 5 – Categorias de Análise.....	54
Quadro 6 – Ordem Cronológica e Relevância dos Principais Eventos do Projeto Teias (2009 – 2014).....	63
Quadro 7 – Ciclo de Políticas Públicas – Projeto Teias – Escola Manguinhos.....	97
Quadro 8 – <i>Problems Stream</i> (Fluxo de Problemas) – Indicadores.....	101
Quadro 9 – <i>Problems Stream</i> (Fluxo de Problemas) – Eventos, crises e símbolos.....	101
Quadro 10 – <i>Problems Stream</i> (Fluxo de Problemas) – Feedback.....	102
Quadro 11 – <i>Policy Stream</i> (Fluxo de Soluções).....	102
Quadro 12 – <i>Political Stream</i> (Fluxo Político) – “Clima”	103
Quadro 13 – <i>Political Stream</i> (Fluxo Político) – Organização das Forças Políticas.....	104
Quadro 14 – <i>Political Stream</i> (Fluxo Político) – Mudanças de posição na estrutura governamental.....	105
Quadro 15 – Interdependência entre fluxos antes da composição da <i>Policy Window</i>	106
Quadro 16 – Caracterização das Abordagens não-setoriais associadas ao Projeto Teias – Escola Manguinhos.....	110

Lista de Figuras

Figura 1 – Ciclo de Políticas Públicas.....	25
Figura 2 – <i>Policy Window</i>	29
Figura 3 – Modelo Conceitual das Influências dos Principais DSS.....	35
Figura 4 – Abordagens Não Setoriais na Formulação de Políticas Públicas.....	43
Figura 5 – Macropolítica Pública Transetorial.....	46
Figura 6 – Demarcação do Território de Manguinhos.....	57
Figura 7 – Demarcação das Áreas de Responsabilidade das Unidades do PSF.....	58
Figura 8 – Demarcação das Zonas de Cobertura de cada equipe do PSF.....	59
Figura 9 – Equipe do “Consultório na Rua” em ação	60
Figura 10 – Academia Carioca da Saúde	61
Figura 11 – Centro Saúde Escola.....	74
Figura 12 – Clínica da Saúde Victor Valla.....	74
Figura 13 – Obras do PAC em Manguinhos.....	75
Figura 14 – Elevação da Via Férrea em Manguinhos.....	75
Figura 15 – Nova Estação de trem de Manguinhos.....	76
Figura 16 – Canal do Cunha e a degradação ambiental	86
Figura 17 – Moradias demolidas para obras do PAC.....	87
Figura 18 – Manifestações da população removida.....	87
Figura 19 – “Mensagem” do crime organizado em Manguinhos.....	89
Figura 20 – Composição da <i>policy window</i> para o Projeto Teias.....	107
Figura 21 – Abordagem não-setorial de formulação do Projeto Teias.....	111

Lista de Abreviaturas

ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

AIS – Ação Intersetorial de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CGI – Conselho Gestor Intersetorial

CHP2 – Centro de Habitação Provisória 2

CPHA – Associação Canadense de Saúde Pública

Citi – Comissão Intergestorial

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CNDSS – Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CSDH – Commission on Social Determinants of Health

CSE – Centro Saúde Escola

DLIS – Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável

DSS – Determinantes Sociais em Saúde

EGP-Rio – Escritório de Gerenciamento de Projetos do Rio de Janeiro

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

ESF – Estratégia Saúde da Família

Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz

Fiotec – Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde

FNS – Fundo Nacional de Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

LAPA – Laboratório de Planejamento

NASF – Núcleo de Assistência à Saúde da Família

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial da Saúde

OS – Organização Social

PAC – Programa de Aceleração do Crescimento

PIB – Produto Interno Bruto

PMAQ-AB – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PRODERJ – Centro de Tecnologia da Informação e Comunicação do Estado do Rio de Janeiro

PSF – Programa Saúde da Família

REIS – Registro Eletrônico de Informação

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

Teias – Território Integrado de Assistência à Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

UPP – Unidade de Polícia Pacificadora

USP – Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	7
1.1	Contextualização	7
1.2	O Problema da Pesquisa.....	18
1.3	Objetivos	19
1.3.1	Objetivo Geral	19
1.3.2	Objetivos Específicos	19
1.4	Suposição da Pesquisa.....	20
1.5	Delimitação do Estudo	20
2.	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	22
2.1	Análise de Políticas Públicas: Aspectos Conceituais e Principais Modelos	22
2.2	A Política Pública Brasileira de Saúde e a Abordagem Intersetorial	31
2.3	Análise de Políticas Públicas e o Debate Setorial	37
3.	METODOLOGIA DA PESQUISA.....	47
3.1	Tipo de Pesquisa.....	47
3.2	Coleta de Dados	48
3.2.1	Pesquisa Documental	48
3.2.2	Pesquisa Empírica com Fontes Oraís	49
3.3	Sujeitos de Pesquisa	50
3.4	Tratamento e Análise dos Dados.....	51
4.	ANÁLISE DOS DADOS	56
4.1	Análise dos Dados da Pesquisa Documental.....	56
4.1.1	Breve Histórico e Situação Atual do Projeto Teias - Escola Manguinhos	56
4.1.2	Principais Eventos	62
4.2	Análise dos Dados de Fontes Oraís Coletados nas Entrevistas.....	65
4.2.1	Contexto histórico, político e administrativo da formulação do Projeto Teias-Escola Manguinhos e sua opção pela abordagem intersectorial.....	65
4.2.2	Circunstâncias que favoreceram a entrada do Projeto Teias – Escola Manguinhos nas agendas públicas do município, do estado e da união – policy window ou janela política.....	71
4.2.3	Lacunas e possibilidades da abordagem intersectorial e sua relação com o Projeto Teias – Escola Manguinhos	80
4.2.4	Lacunas e possibilidades da abordagem intersectorial e sua relação com o Projeto Teias – Escola Manguinhos	91
5.	RESULTADOS DA PESQUISA	97
5.1	Operacionalização dos Dados da Pesquisa Documental: O Ciclo do Projeto Teias – Escola Manguinhos.....	97

5.2	Operacionalização dos Dados da Pesquisa com Fontes Orais.....	100
5.2.1	O Modelo dos Múltiplos Fluxos aplicado ao Projeto Teias – Escola Manguinhos.....	100
5.2.2	Novas perspectivas sobre o dilema da intersetorialidade.....	108
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	114
	REFERÊNCIAS.....	118
	APÊNDICE A- Roteiro de Entrevista.....	124
	ANEXO I - Autorização do Entrevistado para Conceder Entrevista.....	126

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização

No final da primeira metade do século XX, principalmente nos Estados Unidos e na Europa, solidificava-se uma série de estudos focados no Estado e em uma de suas mais importantes instituições, o governo (SOUZA, 2007). Os estudos europeus concentraram seu foco em aspectos mais teóricos, enquanto que, as análises norte-americanas enfatizaram, mais diretamente, a ação prática dos governos. De acordo com Souza (2007), de uma forma geral, podemos dizer que a união dessas duas vertentes alicerçou uma nova disciplina, cujo pressuposto analítico “é o de que, em democracias estáveis, aquilo que o governo faz ou deixa de fazer é passível de ser (a) formulado cientificamente e (b) analisado por pesquisadores independentes” (SOUZA, 2007, p. 67). Acrescenta a autora que, nesse processo de gênese da área de Políticas Públicas, alguns autores podem ser destacados como seus fundadores: Harold Lasswell, Herbert Simon, Charles Lindblom e David Easton.

É assim que a partir da segunda metade do século XX, surge um novo campo de conhecimento, voltado para as relações entre Estado, governo, governantes e cidadãos (HEIDEMANN, 2009). Uma vez consolidada, a nova disciplina foi denominado, entre outros termos, de *policy studies*, *policy analysis* ou ainda *policy process* (FREY, 2000; RADAELLI, 1995). Ainda que, quando traduzidos literalmente para o português, os termos “análise”, “estudos”, “processo” e “política” possam assumir significados bem amplos, *policy studies*, *policy analysis* e *policy process* são expressões propriamente empregadas para designar a Análise de Políticas Públicas, sendo aí uma acepção restrita de uma subárea da disciplina Ciência Política. Nesse sentido, quando se diz que uma pesquisa pretende analisar uma política pública, não significa que seu resultado será um apanhado de ideias generalistas ou abrangentes. Ao contrário, compreende-se que entre as contribuições de uma pertinente análise de políticas públicas, está a geração de novos conhecimentos sobre elas.

O termo política pode assumir diversos significados, como muito bem escrevem Norberto Bobbio, na obra *Dicionário de Política* e Thomas Dye, no livro *Understanding public policy* (HEIDEMANN, 2009). Em um primeiro sentido, de acordo com a clássica visão aristotélica, o homem é um animal político e, portanto, a “política engloba tudo o que diz respeito à vida coletiva das pessoas em sociedade e em suas organizações” (HEIDEMANN, 2009, p. 28).

Heidemann (2009, p. 29), citando os trabalhos de Maquiavel, escreve que “a política trata do conjunto de processos, métodos e expedientes usados por indivíduos ou grupos de interesse para influenciar e manter o poder”. Em uma terceira acepção, a política também pode ser definida como “a arte de governar e realizar o bem público” (HEIDEMANN, 2009, p. 29). Contudo, entre diversos aspectos, o que se nota, ainda, é a predominância de uma concepção operacional de política:

[...] a política é entendida como ações, práticas, diretrizes políticas, fundadas em leis e empreendidas como funções de Estado por um governo, para resolver questões gerais e específicas da sociedade. Nesse sentido, o Estado passa a exercer uma presença mais prática e direta na sociedade, sobretudo por meio do uso do planejamento, que pressupõe políticas previamente definidas tanto de alcance geral ou ‘horizontal’ (por exemplo, política econômica), como de alcance ou impacto ‘setorial’ (por exemplo, política de saúde) (Heidemann, 2009, p. 29).

Enfim, reunindo-se uma boa parte dessas perspectivas, pode-se compreender a política como “o conhecimento dos fenômenos ligados à regulamentação e ao controle da vida humana em sociedade, como também à organização, ao ordenamento e à administração das jurisdições político-administrativas” (HEIDEMANN, 2009, p. 29). Entendendo o termo “política” dessa forma, pode-se procurar definir, então, a expressão “política pública”. Contudo, é possível afirmar que os estudiosos deste campo não chegaram ainda a um acordo sobre tal conceito.

Já em 1953, Easton definia política pública como a alocação oficial de valores para toda a sociedade. Por outro lado, Lasswell e Kaplan (1970) a compreendiam como um programa projetado com metas, valores e práticas. Para Thomas Dye (2009), o processo decisório das políticas públicas concentra-se no núcleo dos governos estabelecendo que “uma política não se transforma em política pública antes que seja adotada, implementada e feita cumprir por alguma instituição governamental” (DYE, 2009, p. 101). Nesse sentido, as políticas públicas consistiriam num escopo exclusivo não só do Estado, como também de um determinado governo. Autores como Hecló (1972), Meny e Thoenig (1991) e Howlett, Ramesh e Perl (2013), compartilham desse ponto de vista.

Segundo Secchi (2011), entretanto, uma política pública é “uma diretriz elaborada para enfrentar um problema público” (SECCHI, 2010, p. 2), pouco importando se o ator protagonista de sua orientação é estatal ou governamental. Como acrescenta Heidemann (2009) “a perspectiva de política pública vai além da perspectiva de políticas governamentais,

na medida em que o governo, com sua estrutura administrativa, não é a única instituição a servir à comunidade política, isto é, a promover ‘políticas públicas’” (HEIDEMANN, 2009, p. 31). Essa abordagem, que admite a centralidade das políticas públicas assumida por “organizações privadas, organizações não governamentais, organismos multilaterais, *redes de políticas públicas*, juntamente com os atores estatais” (SECCHI, 2010, p. 2, grifo do autor) pode ser chamada, conforme escreve Secchi (2010), de multicêntrica (SECCHI, 2010; DROR, 1971; KOOIMAN, 1993; RHODES, 1997; REGONINI, 2001).

É importante ressaltar ainda o grande valor da análise de políticas públicas para a área da Administração Pública, uma vez que o presente estudo nela se insere. Ao destacar a importância da contribuição específica da Administração Pública para o campo de estudos de políticas públicas, Farah (2011) alerta para:

o desafio ainda presente da identidade da disciplina e para os desafios da multidisciplinaridade e da interdisciplinaridade do campo da administração pública [...] A administração pública é, mais que uma disciplina, um ‘campo multidisciplinar’ [...] para a qual contribuem diversas disciplinas, como a ciência política, a administração, a economia, a sociologia e a psicologia social (FARAH, 2011, p. 832).

Esse entendimento da Administração Pública como campo multidisciplinar articulado com as políticas públicas chama a atenção para o seu diálogo setorial. Partindo da definição apresentada por Marques (2000), entende-se setor como o agrupamento isolado de papéis sociais funcionando de forma vertical e autônoma submetidos à tentativa de regulação do Estado. O setor pode estar associado a uma determinada circunscrição espacial ou a um domínio de atividade, como, por exemplo, segurança, indústria ou, no que mais interessa aqui, saúde.

Nesse sentido, Gadelha e Costa (2012) afirmam que o setor saúde, através de sua Política Nacional, associa-se à Administração Pública, na medida em que a consecução de seus objetivos sociais é essencial em uma proposta de desenvolvimento sustentável inclusive da vertente econômica. De acordo com esses autores, portanto, a saúde possui importância estratégica fundamental na agenda de desenvolvimento nacional, quando articulada a outros setores.

De acordo com Almeida Filho (2000), o setor saúde apresenta-se como uma temática ampla capaz de unificar todas as demais, tornando-se, na prática, o articulador de um conjunto de saberes que relaciona cuidados, carências, necessidades e fatores sociais com as

responsabilidades de entes estatais e privados, concedendo ao conceito um caráter de integração (ALMEIDA FILHO, 2011).

Atendo-se primeiramente a uma conjectura global, é importante contextualizar que as análises de políticas públicas que atribuem centralidade à saúde inserem-se no processo de expansão dos sistemas de proteção social a partir do surgimento do *Welfare State* ou Estado de Bem-Estar Social. Entre as décadas de 1950 e 1980, o Estado de Bem-Estar constitui-se no principal modelo de promoção social, adotado pela grande maioria dos Estados nacionais qualificados como “desenvolvidos” (CASTRO & FAUSTO, 2012).

De forma concomitante, em meados dos anos de 1960, iniciativas populares pulverizadas por diversas partes do mundo traçaram um novo panorama da saúde internacional, agora conectada às outras dimensões, como a social, a política e a econômica. Mais que isso, as experiências de saúde vinculadas a movimentos sociais foram capazes de realizar transformações políticas importantes nos países ditos periféricos, especialmente na América Latina (IRWIN & SCALI, 2007).

Em 1973, o médico dinamarquês Hafdan Mahler assumiu a direção geral da Organização Mundial da Saúde (OMS), dando eco aos modelos de participação comunitária e adotando como lema “Saúde para todos” (IRWIN & SCALI, 2007). Segundo Irwin e Scali (2007), em 1978, a Conferência de Alma-Ata no Cazaquistão, definiu a Atenção Primária à Saúde (APS) como modelo estratégico central das novas políticas de saúde, sustentado, entre outros fatores, pela introdução do conceito então revolucionário de intersetorialidade. O modelo intersetorial de intervenção sustenta-se no pressuposto de que as políticas públicas precisam articular determinantes sociais de saúde com todos os setores e aspectos de desenvolvimento nacional, principalmente educação, habitação e saneamento básico.

Contudo, a crise dos sistemas protetores após a segunda metade da década de 1970 atingiu o setor saúde em nível internacional, considerado dentro do modelo de proteção como o mais dispendioso e ineficiente (VIANA & BAPTISTA, 2009). Afetado pela complexidade socioeconômica adquirida com o passar dos anos, este tornou-se incapaz de adaptar-se às mudanças populacionais e avanços tecnológicos. A partir da década de 1980, as propostas de reforma dos sistemas de saúde difundem-se por todo o mundo e é neste momento que a análise de políticas públicas focada setorialmente em saúde desloca seu eixo de interesse do processo de formação das políticas para a identificação global dos seus impactos. Tudo isso com o objetivo de justificar uma reestruturação em larga escala do setor que extinguisse os

sistemas de proteção nos países desenvolvidos e impedisse o seu surgimento nos países em desenvolvimento (VIANA & BAPTISTA, 2009).

Na década seguinte, os estudos assumem novo rumo, a partir da observação de que os modelos originados das reformas, ao serem aplicados em diferentes países, desenvolveram-se também de forma diferente. Verifica-se a importância das instituições na dinâmica do processo político a qual destaca a observância da agenda global aos aspectos nacionais e regionais (VIANA & BAPTISTA, 2009).

Na década de 1980, mesmo em meio ao desmonte neoliberal¹ das instituições públicas, as Ações Intersetoriais de Saúde (AIS) tornaram-se centrais nas políticas de saúde em diversos países (IRWIN & SCALI, 2007). É principalmente através da intersectorialidade que o conceito de saúde amplia-se, a partir de uma limitada concepção de atenção médico-hospitalar e prevenção de doenças, para um modelo sociopolítico ou sistema de proteção social com “cobertura universal capaz de incorporar a integralidade da atenção à saúde e a participação da comunidade na gestão do sistema de saúde” como esclarece Gerschman (2008, p. 47). A autora ressalta ainda que uma sociedade saudável só pode ser sustentada por condições adequadas de educação, moradia, saneamento e distribuição de renda, reforçando o caráter intersectorial.

A aposta na intersectorialidade como caminho mais promissor para a construção de políticas públicas centradas na saúde, é compartilhada por diversos outros autores. Almeida Filho (2011, p.112), estudando o sistema de saúde canadense, o qualifica como exemplo de medicina socializada, cujas diretrizes apoiam-se em três pilares: integração da saúde como parte de políticas públicas saudáveis, atuação da comunidade na gestão do sistema de saúde e ênfase na mudança dos estilos de vida. O exemplo canadense, também estudado por Carvalho e Buss (2011, p.154), consolidou internacionalmente o modelo chamado de “promoção à saúde”, definido pela Carta de Otawa² como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no

¹ O neoliberalismo é um sistema político-econômico cuja proposta é convencer que o bem-estar do homem pode ser conseguido através das liberdades e aptidões empreendedoras dos indivíduos na esfera de uma ordem institucional caracterizada por consistentes direitos a propriedade privada, livre mercado e livre comércio. O papel do Estado seria estabelecer e defender essa ordem de forma que seja adequada a essas práticas. O que a literatura especializada chama normalmente de “desmonte neoliberal” é a desarticulação da ação estatal por meio da intensa privatização de seus ativos e da criação de mercados em setores onde este não ocupa protagonismo ou mesmo, não existe (como a educação, a seguridade social, o meio ambiente, a saúde) (HARVEY, 2005).

² A Carta de Otawa resultou da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada na capital canadense em novembro de 1986. Suas recomendações tinham como objetivo, fundamentalmente, atingir, em nível mundial, o estágio de “saúde para todos” no ano 2000 (CANADÁ, 1986).

controle desse processo” (CANADÁ, 1986, p. 1), aspecto para o qual os mencionados autores chamam a atenção.

Entretanto, possivelmente, a abordagem mundial mais significativa em prol da intersectorialidade pode ser atribuída a Goran Dahlgren e Margareth Whitehead que, em 1991, elaboraram um modelo de intervenções sobre os Determinantes Sociais em Saúde (DSS) com o objetivo de promover uma ampla equidade em saúde. Essas intervenções contemplavam, desde políticas macroeconômicas a ações que favorecessem a melhora da qualidade de vida através de mudanças de comportamento (WHITEHEAD *et al.*, 2001). Na esteira desse processo, dezesseis anos depois, a OMS criou a CSDH (*Comission on Social Determinants of Health*), em português, Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde, com o objetivo de conscientizar as nações da importância dos determinantes sociais para a saúde de indivíduos e populações (CARVALHO & BUSS, 2011).

Olhando, agora, para o contexto brasileiro, somente a partir da Constituição Federal de 1988 define-se legalmente uma política de proteção social de caráter universal e não excludente (VIANA & BAPTISTA, 2009). A saúde então passa a receber especial atenção da Carta Magna brasileira quando no seu artigo 196, estabelece que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988). Pela primeira vez na história do Brasil, estava sendo promulgada, portanto, uma Constituição que reconhece a saúde como direito social (PAIM, 2012). Estavam lançadas, deste modo, as bases para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Logo em seguida, a partir da década de 1990, ocorreram no país as primeiras ações intersectoriais através da criação dos programas de Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável (DLIS). Inicialmente restritas a pequenos municípios do interior, as experiências de DLIS só atingiram às áreas metropolitanas nos últimos anos do século passado. Ganhou corpo a noção mais ampla de intersectorialidade em saúde baseada na ideia de integração dos serviços de saúde com outras áreas de responsabilidade do poder público a fim de articular políticas que não estejam somente sob a gestão do SUS. A Política Nacional de Humanização (Humaniza SUS), por exemplo, foi criada em 2003 “para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários” (HUMANIZA SUS, 2014). Assim, os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos disponíveis estariam sendo mais bem utilizados, evitando-se duplicidade de meios para fins idênticos. Se os determinantes do processo saúde/doença, encontram-se localizados na maneira como as

condições de vida são produzidas, isto é, na alimentação, na escolaridade, na habitação, no trabalho, no consumo e no acesso a direitos garantidos pelo poder público, então o planejamento e a gestão da saúde devem ser concebidos de forma integrada com as políticas sociais e com as políticas econômicas (HUMANIZA SUS, 2014).

É importante realçar, conforme escreve Hochman (2007), que as “condições políticas e institucionais para a emergência e o desenvolvimento de políticas públicas de saúde” (HOCHMAN, 2007, p. 369) locais não se dissociam do contexto internacional. Nesse sentido, um ano depois da criação da CSDH, portanto em 2006, através de decreto presidencial, foi criada, no Brasil, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Em seu relatório final, apresentado em 2008, a mencionada comissão recomendou a “criação de espaços institucionais para o enfrentamento dos determinantes sociais da saúde, sobretudo visando integrar a ação de diversos setores governamentais e da sociedade” (CARVALHO & BUSS, 2011, p. 161).

É justamente em meio a todo esse contexto, que se encontra a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Órgão vinculado ao Ministério da Saúde e braço direito do SUS, a instituição constitui-se, dentro do ordenamento jurídico brasileiro, como uma fundação pública de natureza autárquica, cujo objetivo é promover a saúde e a cidadania através de atividades que incluem ensino, pesquisa e produção, com foco no desenvolvimento tecnológico em inovações que atendam as principais necessidades de saúde da população (FIOCRUZ, 2008).

Reconhecida nacional e internacionalmente – entre seus mais recentes títulos destacam-se a Ordem do Mérito Científico, concedida pelo governo brasileiro, e o prêmio da Federação Mundial de Associações de Saúde Pública –, a Fiocruz tem uma atuação diversificada: estudos clínicos, epidemiológicos e em ciências biológicas, humanas e sociais; expedições científicas; formação de recursos humanos do nível técnico ao doutorado; prestação de serviços hospitalares, ambulatoriais e de vigilância sanitária de referência; e fabricação de medicamentos, vacinas e outros insumos estratégicos, além de subsídios às políticas públicas. A instituição se faz presente em praticamente todo o território brasileiro, participando também de importantes intercâmbios internacionais (FIOCRUZ, 2008).

Desde a época em que era dirigida por Oswaldo Cruz, ainda com o nome de Instituto Soroterápico Federal, no início do século XX, a fundação construiu sua história através do combate aos grandes problemas da saúde pública brasileira. Abrigada em um *campus* com aproximadamente 800 mil metros quadrados no bairro de Manguinhos, no Rio de Janeiro, a instituição emprega quase dez mil profissionais (FIOCRUZ, 2008).

Contudo, em contraste, é também em Manguinhos que se localiza um dos maiores conjuntos de comunidades carentes do município do Rio de Janeiro: o Complexo de Manguinhos. De acordo com Fernandes e Costa (2009), o nome “comunidade” substitui muitas vezes o termo outrora usual “favela”, que comumente refere-se “a um espaço constituído por habitações aglomeradas, em geral ilegais, instaladas em locais com poucas vias carroçáveis e vários becos e vielas, com serviços públicos precários” (FERNANDES & COSTA, 2009, p. 45). Especificamente sobre o complexo de favelas de Manguinhos, escrevem ainda os autores:

Manguinhos, como qualquer área considerada como favela, no Rio de Janeiro, sofreu com a dessimetria e com o descompasso entre a formulação e a prática das políticas públicas, fossem elas habitacionais, urbanas ou sociais. Ao longo de cem anos de ocupação paulatina, foram elaborados projetos visando a transformar a região, pela via do saneamento, do planejamento urbano, do zoneamento e da industrialização [...] O resultado, por motivos diversos, não se deu como previsto nos vários projetos, e a situação de pobreza e de abandono de tais comunidades é o reflexo dessas propostas frustradas e das relações conflituosas por interesses antagônicos (FERNANDES & COSTA, 2009, p. 27).

Em outras palavras, trata-se de uma região cuja configuração demonstra um espaço social heterogêneo, territorialmente vulnerável, caracterizada pela incerteza no provimento de serviços públicos essenciais, pela provisoriedade das moradias e os conflitos vinculados ao comércio ilegal de drogas. Até 1990, da mesma forma que as demais favelas do Rio de Janeiro, as comunidades de Manguinhos compunham o conjunto de manchas brancas na representação cartográfica oficial da cidade (FERNANDES & COSTA, 2009).

Em pouco mais de cem anos de existência, Manguinhos foi alvo dos mais diversos programas e projetos de urbanização que desejavam transformá-lo desde um bairro industrial até uma zona entre as melhores urbanizadas. Contudo, o que se verificou, dada a inoperância do Estado, sobretudo nas questões habitacionais, foi a sua degradação até o ponto de tornar-se uma das áreas mais carentes em termos de infraestrutura, organização espacial e falta de cuidados com a poluição, sendo nesse último quesito, a segunda pior região do município (FERNANDES & COSTA, 2009).

Conforme escrevem Fernandes e Costa (2009), as comunidades que compõe o Complexo de Manguinhos surgiram como resultado da ocupação de fazendas produtoras de alimentos, nos primeiros anos do século passado. Já por volta de 1940, esta ocupação

intensificou-se, espalhando vasto contingente populacional nas proximidades de encostas, margens de rios e áreas de manguezal. Políticas habitacionais públicas, provisórias e paliativas, contribuíram também para o deslocamento de pessoas a partir de outros pontos da cidade e, principalmente, do nordeste brasileiro (FERNANDES & COSTA, 2009). É dessa forma que surgiram suas mais antigas comunidades, o Morro do Amorim e a Vila União.

O crescimento ininterrupto fez com que a região ocupada se expandisse fisicamente, deixando de ser um gueto distante dos centros urbanos para tornar-se sua extensão. Na década de 1940, a abertura das Avenidas Brasil e Leopoldo Bulhões tornam-se as principais vias de acesso às comunidades, onde antes só se chegava de trem ou de barco pelo Rio Faria Timbó, na época navegável (FERNANDES & COSTA, 2009).

São doze as principais comunidades do Complexo de Manguinhos, listadas a seguir por ordem de ocupação: Parque Oswaldo Cruz / Morro do Amorim / Amorim, Parque Carlos Chagas / Varginha, Parque João Goulart, Vila Turismo (a “zona sul” do complexo), Centro de Habitação Provisória 2 (CHP2), Vila União, Conjunto Nelson Mandela, Conjunto Samora Machel (nome dado em homenagem à esposa de Nelson Mandela), Comunidade Mandela de Pedra, Conjunto Samora II / Embratel, Comunidade Vitória de Manguinhos / Conab e Comunidade Embratel / Nova Mandela (FERNANDES & COSTA, 2009). Em comum, todas elas compartilham fatores como vulnerabilidade social, ausência de políticas públicas, altos índices de criminalidade, entre outros. Não por acaso, Manguinhos foi alvo do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), do governo federal e da Unidade de Polícia Pacificadora (UPP) que integra a política de segurança pública do atual governo do estado.

Foi em 1999, através de uma estratégia de DLIS, que o Complexo de Manguinhos experimentou seu primeiro contato com uma ainda embrionária política pública intersetorial de saúde. De acordo com Magalhães e Bodstein (2009), as disputas políticas, o crônico problema do subfinanciamento e os baixos níveis de adesão ao diálogo, constituíram, nessa primeira experiência, os maiores obstáculos ao sucesso das ações intersetoriais. Dez anos depois, portanto em 2009, tais ações foram rearticuladas sob o nome de Projeto Teias – Escola Manguinhos com o propósito de reformular o conjunto de iniciativas empregadas no Complexo de Manguinhos e constituir um novo cenário que mitigasse as fragilidades das estratégias anteriores.

O Projeto Teias³ (Território Integrado de Atenção à Saúde) une a Fundação Oswaldo Cruz, o Governo do Estado e a Secretaria Municipal de Saúde, a fim de promover o acesso da população moradora do Complexo de Manguinhos, Zona Norte da cidade do Rio de Janeiro, às ações e aos serviços de saúde. Pode-se dizer que uma de suas propostas é consolidar-se como referência em política pública intersetorial.

É importante destacar que em dez anos, entre os censos populacionais de 2000 e 2010, foi verificada na região uma transição demográfica que teve como resultado o envelhecimento da população (TEIAS, 2012). Significa dizer não que a longevidade dos habitantes foi ampliada e sim que, proporcionalmente, o número de idosos aumentou. Isto se deu, principalmente, em razão dos altos índices de violência que se refletiram na diminuição considerável da população masculina entre 15 (quinze) e 24 (vinte e quatro anos). O envelhecimento da população, com a manutenção das iniquidades sociais, implicou no aumento de quadros crônicos de saúde como hipertensão, diabetes, câncer e obesidade (TEIAS, 2012).

Em 2010, a Secretaria de Estado da Casa Civil (Governo do Estado do Rio de Janeiro) por meio do Escritório de Gerenciamento de Projetos do Governo (EGP-Rio), realizou, através de levantamento via censo domiciliar, o mapeamento do perfil de três conjuntos de comunidades carentes do município do Rio de Janeiro, entre eles o Complexo de Manguinhos. O relatório obtido a partir desta iniciativa apontou, entre vinte e cinco itens indicados como necessidades de melhorias, as dificuldades com saúde pública como o sexto problema mais grave sentido pela população local (PRODERJ, 2010). A mesma fonte indica que a região é composta por doze comunidades carentes onde moram aproximadamente quarenta mil pessoas. De acordo com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2009), Manguinhos possui um dos piores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) do município do Rio de Janeiro.

Por outro lado, os dados mais recentes do Teias – Escola Manguinhos, atualizados até o final de 2014, dão conta de que a cobertura da atenção primária à saúde se estendeu a 100% da população local através de um conjunto de ações e serviços centrados no Programa de Saúde da Família (PSF) assessorado por outras iniciativas como o Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF), a Atenção Domiciliar, o Consultório na Rua, a Academia Carioca da

³ O nome “Projeto Teias” foi adotado sem levar em consideração a definição convencional de projeto, cuja característica principal aponta para um conjunto de ações com início, meio e fim, o que não combina com as intervenções realizadas em Manguinhos, concebidas, sem dúvida, para serem permanentes.

Saúde, o Programa Bolsa Família, o Programa Saúde na Escola, além das ações de Vigilância em Saúde (TEIAS, 2013). A Fundação Oswaldo Cruz entende o Projeto Teias como uma iniciativa capaz de transformar as práticas do setor saúde e de produção de políticas públicas, tendo em vista seu vínculo com o Programa Mais Saúde – Direito de Todos, que possui como metas a ampliação da atenção básica para 130 milhões de brasileiros, a oferta de atenção hospitalar de qualidade em todos os níveis para o conjunto da população e a organização de redes assistenciais (TEIAS, 2013).

Contudo, a opção pela intersetorialidade como solução para os problemas envolvendo o setor saúde chama bastante a atenção, quando, à primeira vista, diversas dificuldades parecem poder ser identificadas. Em primeiro lugar, o pressuposto básico de integração, característica marcante da perspectiva intersetorialista, precisa enfrentar uma lógica verticalizada e segmentada presente em todas as esferas do poder público, que normalmente fragmentam a administração em ministérios, secretarias, subsecretarias e etc., vinculados estritamente a setores imersos em intermináveis disputas políticas. De uma forma geral, não raro verifica-se um confronto entre as diferentes políticas públicas setoriais no sentido de predominarem umas sobre as outras.

Em segundo lugar, quando se fala especificamente do Projeto Teias – Escola Manguinhos, inclui-se também a necessidade de compreender a dinâmica estabelecida entre os entes governamentais envolvidos que, no caso, perpassa a união, o estado e o município. Em outras palavras, trata-se de entender a complexa relação que se estabelece entre distintas concepções ideológicas e diferentes interesses pessoais e partidários em um território, marcado por enormes vulnerabilidades sociais.

Por último, também está em jogo uma discordância interna do setor saúde quanto ao modelo adotado para gestão de serviços, a saber, aquele operacionalizado por meio de contrato de gestão celebrado com Organizações Sociais (OSs). Esse modelo, definido por muitos sanitaristas como privatizador, foi largamente encampado pela gestão municipal de saúde do Rio de Janeiro, o que certamente não exclui o Projeto Teias. Entretanto, suas vantagens e desvantagens são motivo de constante debate, principalmente ideológico, sobretudo em instâncias internas essenciais da Fiocruz como a ENSP (Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca).

Todos esses fatores, de certa forma, convergem para uma discussão que afeta diretamente a abordagem intersetorial tanto como abordagem teórica, quanto como estratégia prática de intervenção, protagonista na construção de políticas públicas. Esse contexto indica,

até aqui, a necessidade de melhor compreender e aprofundar a concepção do Projeto Teias, a fim de, ao expor as contribuições e fragilidades de sua abordagem intersetorial, encontrar, possivelmente, novas maneiras de conceber e delinear outras abordagens para a elaboração de políticas públicas a partir de uma perspectiva que privilegie uma maior articulação entre elas.

1.2 O Problema da Pesquisa

Mais de vinte e cinco anos depois do seu surgimento, o SUS, permanece exposto a diversos desafios. Entre eles está “a dinâmica de ocupação e uso do território, influenciada por fatores de ordem ambiental, econômica, social e cultural, a qual apresenta importantes implicações para as condições de saúde da população e para configuração do sistema de saúde” (MACHADO & LIMA, 2011, p. 945). Em outras palavras, significa dizer que as abordagens mais recentes conduziram a intersetorialidade ao protagonismo no enfrentamento dos problemas vinculados à saúde pública.

Podemos dizer que a questão central de uma política intersetorial é a sua estreita conexão com as condições de vida da população. Dessa forma, uma efetiva mudança, para melhor, das condições de saúde, só pode ser conseguida através de uma cuidadosa articulação de fatores como inserção social, trabalho e renda (GERSCHMAN, 2008). Em outras palavras, a formulação das políticas públicas de saúde, educação, saneamento, moradia, assistência social e previdência, demanda uma elaboração pautada pela interconexão a fim de permitir que o cidadão usufrua de boa saúde, como resultado de condições de existência social. O Projeto Teias – Escola Manguinhos propõe consolidar-se como referência brasileira de política pública intersetorial.

Contudo, conforme escreve Almeida Filho (2000), “o lugar-comum do discurso ‘intersetorialista’ característico da tecnocracia das políticas sociais tende a ser substituído por processos pragmáticos de recuperação das práticas sociais” (ALMEIDA FILHO, 2000, p. 6). Em outras palavras, poderíamos dizer que a intersetorialidade, da forma como é compreendida em termos práticos, tem se reduzido a uma “estratégia de interferência em problemáticas complexas” (ALMEIDA FILHO, 2000, p. 31), de certa forma, coibindo a ampliação da discussão acerca de abordagens mais adequadas para a elaboração de políticas públicas focadas numa maior articulação, sobretudo no âmbito de territórios, como já dito, marcados por vulnerabilidades sociais nos quais, estima-se de acordo com dados recentes do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), moram aproximadamente 700.000 pessoas, somente no município do Rio de Janeiro (IBGE, 2010).

Assim, a questão de pesquisa que este trabalho se propõe a responder é: **quais as possíveis abordagens na formulação de políticas públicas, que contribuam para avançar no debate sobre o enfoque intersetorial, a partir da experiência localizada do Projeto Teias – Escola Manguinhos?**

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo Geral

Segundo Roesch (1999), a definição dos objetivos de uma pesquisa estabelece os padrões pelos quais ela é avaliada, além de orientar o autor em sua revisão de literatura e metodologia. Assim como o problema é uma questão a ser investigada, o objetivo geral é um resultado almejado. O desdobramento do objetivo geral em objetivos específicos, cujos resultados individuais alcançados possam ser conectados ao final do trabalho, auxiliará a avaliação, pelo pesquisador sobre a consecução de seus objetivos.

A pesquisa focaliza uma política pública a partir de dados empíricos, buscando absorver de seu desenvolvimento lições analíticas sobre a maneira de como políticas intersetoriais são concebidas no Brasil.

Dessa forma, o objetivo geral deste trabalho é: **identificar possíveis abordagens na formulação de políticas públicas que privilegiem um maior grau de articulação entre elas de modo que se avance no debate do enfoque intersetorial com base na experiência do Projeto Teias – Escola Manguinhos.**

1.3.2 Objetivos Específicos

Pretende-se alcançar o objetivo geral do presente trabalho através dos seguintes objetivos específicos:

- Descrever o contexto histórico, político e administrativo da formulação do Projeto Teias Escola-Manguinhos e sua opção pela abordagem intersetorial;
- Caracterizar, com base nos depoimentos colhidos junto aos sujeitos de pesquisa, as circunstâncias que favoreceram a entrada do Projeto Teias – Escola Manguinhos nas agendas públicas do município, do estado e da união;
- Levantar possibilidades e lacunas dessa abordagem e sua relação com o Projeto Teias – Escola Manguinhos;

- Identificar, com a contribuição dos relatos dos sujeitos da pesquisa, possíveis abordagens na formulação de políticas públicas que estimulem uma maior interconexão entre elas e venham potencializar maiores ganhos sociais no desenvolvimento do Projeto Teias – Escola Manguinhos.

1.4 Suposição da Pesquisa

Conforme Vergara (2000), o problema científico é algo para o qual o pesquisador vai buscar resposta, podendo nascer da necessidade de pôr à prova uma suposição. No caso da presente pesquisa, trata-se da necessidade de articular dados e informações no sentido de confirmar ou refutar a suposição de que **é possível, a partir da análise do enfoque intersetorial experimentado pelo Projeto Teias Escola – Manguinhos, avançar no debate da intersetorialidade explorando abordagens na formulação de políticas públicas que melhor se articulem às singularidades do território estudado.**

1.5 Delimitação do Estudo

No que diz respeito à delimitação temporal, a pesquisa abrange o período que parte da década de 1970, com o surgimento do modelo estratégico central das novas políticas de saúde, sustentado, principalmente, pela introdução do conceito de intersetorialidade e vai até 2015, com o término do trabalho.

Em termos espaciais, está restrita ao território do Complexo de Manguinhos, sendo que, as possíveis abordagens apresentadas com resultado deste trabalho deverão ser compreendidas a partir de suas peculiaridades. Sua replicabilidade para outros territórios semelhantes poderá ser viabilizada e é, inclusive, desejável, entretanto, esse não é o principal objetivo do estudo, uma vez que as singularidades da experiência do Projeto Teias – Manguinhos é o que mais interessa à pesquisa.

Segundo Monken *et al.* (2008), o termo território, além de seus vários significados explorados em outros campos disciplinares, é hoje utilizado também para definir um “referencial de análise no campo da saúde e de sua interação com o ambiente” (MONKEN, *et al.*, 2008, p. 23). É um conceito associado a espaço geográfico sem, contudo ser necessariamente um sinônimo deste. Os autores o definem mais claramente como um eixo transversal articulado também com as “variadas abordagens e seus diferentes significados e aplicações no campo da saúde” (MONKEN, *et al.*, 2008, p. 23).

Dessa forma, pelo menos dois fatores devem ser considerados com referência a aspectos territoriais que delimitam esta pesquisa: primeiro, a compreensão do espaço geográfico como contexto onde se produzem os problemas de saúde e, segundo, a territorialização como conceito mais amplo que abarca a adesão às particularidades destes problemas. Enfim, o território será entendido aqui como “resultado da acumulação de situações históricas, ambientais, sociais e políticas” (MONKEN, *et al.*, 2008, p. 52)

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo apresenta-se a revisão da literatura focada no objeto em investigação. Considerou-se relevante desenvolver três sub-tópicos teóricos que se constituem de: análise de políticas públicas, abordando-se aspectos conceituais e principais modelos, contemplando uma breve discussão epistemológica, além de discorrer sobre seus estágios e ciclos; em seguida, apresenta-se a abordagem intersetorial na política pública brasileira de saúde trazendo uma reflexão sobre seu caráter integrador e sobre os problemas que têm dificultado a sua construção; por fim, é empreendido um esforço teórico no sentido de identificar abordagens que permitam avançar no debate da intersetorialidade.

2.1 Análise de Políticas Públicas: Aspectos Conceituais e Principais Modelos

De acordo com Souza (2007), coube a Lasswell, ainda nos anos de 1930, a primeira utilização da expressão *policy analysis* como campo de conhecimento, sendo o conceito de *policy makers* ou formuladores de políticas, introduzido por Simon em 1957. Destaca Souza que a definição de política pública que se tornou mais conhecida foi a de Lasswell que, ao tentar conciliar a produção acadêmica com o conhecimento empírico gerado pelos governos, procurava respostas para as seguintes perguntas: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz (LASSWELL, 1957, *apud* SOUZA, 2007).

Entretanto, existem divergências sobre o conceito de política pública. Thomas Dye (2009), por exemplo, define política pública a partir de um ponto fundamental: o agente primário criador da política pública será sempre um governo, pois somente as instituições governamentais dão às políticas públicas “*legitimidade*” e “*universalidade*”, além de monopolizarem “a *coerção* na sociedade” (DYE, 2005, p. 101, grifos do autor).

Jenkins (1978) concorda com Dye sobre a prerrogativa governamental de *policy making*, porém considera que uma política pública articula diversas decisões inter-relacionadas. Já Howlett, Ramesh e Perl (2013) apresentam a seguinte definição de política pública: “trata fundamentalmente de atores cercados por restrições que tentam compatibilizar objetivos políticos com meios políticos, num processo que pode ser caracterizado como resolução aplicada de problemas” (HOWLETT *et al*, 2013, p. 5). Essa noção de política pública que a restringe à sua condução pelo Estado é encontrada também no Dicionário de Política, organizado por Norberto Bobbio, Nicola Matteuci e Gianfranco Pasquino, em 1995.

Há, porém, os adeptos da abordagem multicêntrica, como Heidemann (2009) e Secchi (2010), entre outros, segundo os quais, o aspecto fundamental de uma política pública é a

intenção de resolver um problema público, pouco importando a natureza jurídica do ator que se propõe a solucioná-lo. De acordo com essa visão, a formulação e implementação de políticas públicas não são exclusividade do Estado e podem surgir de organismos privados, organismos não governamentais além de outros atores não estatais.

Para fins deste trabalho julga-se mais apropriada a perspectiva estatista, segundo a qual se reconhece a relevância de atores não estatais no processo de elaboração de políticas públicas, sem abrir mão, contudo, do protagonismo do Estado na liderança desse processo. Entre inúmeros fatores que sustentam este posicionamento podemos citar o fato de que a formulação de políticas públicas é uma das razões mais importantes para a própria existência do Estado, além do que, este detém não somente o controle da maior parte dos recursos nacionais, como também o monopólio legítimo do uso da força. Em outras palavras, significa dizer que o “fazer” políticas públicas é o Estado em ação (VIANA, 1996). Esse ponto de vista é compartilhado por Bobbio, Matteuci e Pasquino (1995), para quem a política pública é determinada pela união de diretrizes, medidas e processos que exprimem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais pautadas pelas tarefas de interesse público, influenciando as realidades econômica, social e ambiental.

É de suma importância destacar que o enfoque aqui apresentado enfatizará, conforme escreve Viana (1996):

a identificação das características das agências públicas ‘fazedoras de política’; dos atores participantes desse processo de ‘fazer políticas’; dos mecanismos, critérios e estilos decisórios utilizados pelas instituições responsáveis por ‘fazer’ políticas; das inter-relações entre essas variáveis (agências e atores); e das variáveis externas que influenciam esse processo (VIANA, 1996, p. 6).

Em outras palavras, o esforço analítico aqui empreendido buscará compreender e avançar na discussão sobre a “difícil interação de *intenções*, construídas na fase de formulação de políticas, e *ações*, presentes na fase de implementação -, isto é, o processo de reflexão para dentro e ação para fora, tão comum na rotina pública” (VIANA, 1996, p. 6, grifos da autora).

Thomas Dye (2009) escreve que as políticas públicas podem ser analisadas de acordo com diversos modelos entre os quais destaca: o institucional, o de grupos, o de elite, o racional, o incremental, o da teoria dos jogos, o da opção pública, o sistêmico e o de processo. Segundo o autor, embora nenhum deles tenha sido desenvolvido especificamente para analisar

políticas públicas, “cada um oferece uma maneira diferente de pensar sobre política” (DYE, 2009, p. 100).

O modelo institucional procura evidenciar a ideia de que uma política só se torna pública quando cumprida por uma instituição governamental. Já a teoria dos grupos propõe que a interação entre estes é o que mais interessa na política. De outra forma, uma política pública também pode ser compreendida como algo implementado segundo as preferências e os valores da elite governante (DYE, 2009).

O modelo racional preconiza que os “governos devem optar por políticas cujos ganhos sociais superem os custos pelo maior valor e devem evitar políticas cujos custos não sejam excedidos pelos ganhos” (DYE, 2009, p. 111). De outra maneira, a noção de incrementalismo sustenta-se no pressuposto de que as políticas públicas constituem apenas e tão somente a continuidade de antigas atividades de governos anteriores, com uma ou outra alteração não relevante. Para os adeptos da teoria dos jogos, fundamental é estudar as “decisões racionais em situações em que dois ou mais participantes têm opções a fazer e o resultado depende das escolhas que cada um faça” (DYE, 2009, p. 117).

A opção pública, ou *public choice*, constitui-se no “estudo econômico da tomada de decisão fora do âmbito do mercado, especialmente a aplicação de análises econômicas à formulação de políticas públicas” (DYE, 2009, p. 120). Já a teoria sistêmica busca explicar as mesmas políticas unicamente como resultado do sistema político, sendo este compreendido como o “conjunto de estruturas e processos inter-relacionados, que exerce as funções oficiais de alocar valores para a sociedade” (DYE, 2009, p. 124).

Contudo, se o objetivo for compreender uma política pública a partir de uma série de atividades políticas, a abordagem de processo pode ser a mais adequada. É a partir de sua matriz analítica que se elabora a ideia de *policy cycle* ou ciclo de políticas públicas. Hoppe, Van de Graaf e Van Dijk (1985, *apud* VIANA, 1996) preconizam seis fases para uma política pública: construção da agenda, elaboração do projeto, adoção do projeto, implementação, avaliação e reajuste. Dentro dessa divisão, a fase de formulação ainda seria subdividida em: transformação de dados em informação, articulação entre informação e pressupostos ideológicos e ação pública propriamente dita. Contudo, a literatura destaca mais comumente o trabalho de Howlett, Ramesh e Perl (2013), que dividem esse ciclo em cinco estágios: entrada na agenda, formulação da política, tomada de decisão, implementação da política e avaliação da política, conforme se expõe no Quadro 1:

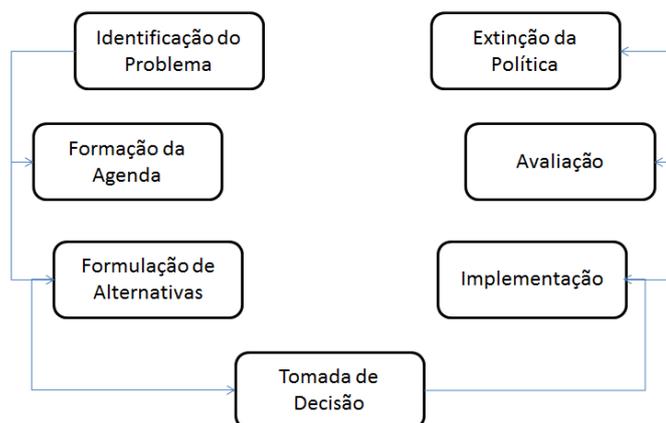
Quadro 1 – Estágios da Política Pública

Resolução aplicada de problemas	Estágios no ciclo político
1 - Reconhecimento do problema	1 - Montagem da agenda
2 - Propostas de solução	2 - Formulação da política
3 - Escolha da solução	3 - Tomada de decisão política
4 - Efetivação da solução	4 - Implementação da política
5 - Monitoração dos resultados	5 - Avaliação da política

Fonte: Howlett, Ramesh e Perl (2013, p. 15).

Secchi (2010) estabelece duas diferenciações importantes com relação aos estágios preconizados por Howlett, Ramesh e Perl (2013). Primeiro, realça o fato de que as etapas do ciclo não se restringem a atores estatais ou governamentais e, segundo, acrescenta duas fases a esse processo: a identificação do problema, antes da formação da agenda e a extinção da política, após a sua avaliação, como demonstra a Figura 1 a seguir.

Figura 1 – Ciclo de Políticas Públicas



Fonte: Secchi (2010, p. 33).

Capella (2007) destaca dois modelos analíticos que considera essenciais para explicar a formulação e a alteração das agendas de políticas públicas: o modelo de Múltiplos Fluxos (*Multiple Streams Model*), elaborado em 1995 por John Kingdon⁴ e o Modelo do Equilíbrio Interrompido (*Punctuated Equilibrium Model*), formulado por Frank Baumgartner e Brian Jones em 1993 (CAPELA, 2007). Souza (2007) inclui nesse rol o modelo de coalizão de

⁴ A obra de John Kingdon consultada diretamente neste trabalho corresponde à edição mais recente de *Agendas, Alternatives and Public Policies*, publicada em 2011 pela Ed. Pearson, sem tradução para o português. Portanto, diferente da primeira edição publicada em 1995 e da edição pesquisada por Ana Cláudia N. Capella, datada de 2003.

defesa (*advocacy coalition*), desenvolvido originalmente por Paul Sabatier e Hank Jenkins-Smith em 1993 e rediscutido em um novo trabalho dos autores em 1999.

O modelo de *advocacy coalition* concede grande relevância a fatores como crenças, valores e ideias, na formulação de políticas públicas. De acordo com Sabatier e Jenkins-Smith (1999, p. 123, tradução do pesquisador) são essas dimensões que possibilitam “alterações relativamente duradouras de mentalidade e de comportamentos intencionais das quais resultam novas experiências e / ou informações capazes de rever os objetivos das políticas”⁵.

O *Punctuated Equilibrium Model* formulado por Frank Baumgartner e Brian Jones em 1993, pode ser caracterizado pela tentativa de analisar, tanto os períodos estáveis, como os de rápida mudança no âmbito do processo de uma determinada Política Pública. O que esse modelo pretende é opor-se a ideia de incrementalismo, na medida em que explica como certas ideias, de maneira imprevisível, disseminam-se repentinamente, ocupando o lugar antes tomado por soluções obsoletas e concedendo espaço para o surgimento de novas formulações políticas (BAUMGARTNER & JONES, 2010).

No *Multiple Streams Model*, as agendas das políticas são formadas e modificadas como “resultado da convergência de três fluxos: problemas (*problems*), soluções ou alternativas (*policies*) e política (*politics*)” (CAPELLA, 2007, p. 89). Este modelo receberá especial destaque neste trabalho, pois orientará os procedimentos metodológicos adotados na investigação, conforme se verá no próximo capítulo.

No primeiro fluxo, “*problems streams*” (KINGDON, 2011, p. 87), o modelo pretende analisar porque questões são compreendidas como problemas e por que esses mesmos problemas passam a fazer parte da agenda governamental (KINGDON, 2011). Segundo o autor, existe uma diferença entre problemas e questões: estas só se tornam aqueles quando os formuladores de políticas decidem fazer algo a respeito. Essa decisão, para Kingdon, pode ser orientada por três fatores: existência de indicadores; eventos, crises e símbolos; e *feedback* sobre programas governamentais em desenvolvimento .

Explica Kingdon que os “*indicators*” constituem uma parte quantitativa do modelo analítico, onde o formulador procura identificar evidências possíveis para orientar sua interpretação a respeito de um determinado problema: “Tais indicadores são muitos no mundo da política, pois tanto agências governamentais como não governamentais monitoram

⁵ “relatively enduring alterations of thought or behavioral intentions that result from experience and/or new information that are concerned with the attainment or revision of policy objectives” (SABATIER & JENKINS-SMITH, 1999, p. 123)

rotineiramente várias atividades (KINGDON, 2011, p. 90, tradução do pesquisador)⁶. Os “*focusing events, crises, and symbols*” (KINGDON, 2011, p. 94) ressaltam a influência dos eventos de grande magnitude que acentuam a atenção em torno de uma determinada questão, reforçando sua caracterização como problema: “Às vezes, essa pressão é provocada por um evento entendido como uma crise ou catástrofe que chama a atenção para o problema, um símbolo poderoso que surge, ou a experiência pessoal de um formulador de políticas.” (KINGDON, 2011, p. 94 –95, tradução do pesquisador)⁷. O “*feedback*” (KINGDON, 2011, p. 100) consiste no retorno de informações sobre outras políticas que podem trazer novos problemas para o centro das atenções dos *policy makers*:

Esse feedback muitas vezes atrai a atenção para certos problemas: os programas que não estão funcionando como planejado, a execução que não se enquadra com o que manda a legislação, os novos problemas que surgem com a implantação de um programa, ou consequências imprevistas que devem ser corrigidas (KINGDON, 2011, p.100–101, tradução do pesquisador)⁸.

No segundo fluxo, o *policy stream*, elencam-se as possíveis soluções e alternativas (*policy alternatives*) para os problemas. Kingdon (2011, p. 32) observa que as ideias que surgem nesse fluxo não se associam, necessariamente, aos problemas identificados no processo de *agenda setting*: “pessoas não necessariamente resolvem problemas. [...] Em vez disso, elas geralmente criam soluções e, então, procuram problemas para os quais possam apresentar soluções.” (KINGDON, 2011, p. 32, tradução do pesquisador)⁹. Em outras palavras, não há vínculo entre a escolha de problemas e a criação de soluções.

Por fim, o terceiro fluxo é definido como política propriamente dita ou *political stream* (KINGDON, 2011, p. 145). Ao contrário do *policy stream*, onde o consenso é formado por meio da persuasão e da propagação das ideias, no fluxo político (*political stream*) as coalizões desenvolvem-se através da negociação política. Para Kingdon (2011), o fluxo

⁶ “Such indicators abound in the political world because both governmental and nongovernmental agencies routinely monitor various activities” (KINGDON, 2011, p. 94).

⁷ “That push is sometimes provided by a focusing event like a crisis or disaster that comes along to call attention to the problem, a powerful symbol that catches on, or the personal experience of a policy maker” (KINGDON, 2011, p. 94 –95)

⁸ “This feedback often brings problems to their attention: programs that are not working as planned, implementation that does not square with their interpretation of legislative mandate, new problems that have arisen as a result of a program’s enactment, or unanticipated consequences that must be remedied” (KINGDON, 2011, p.100–101).

⁹ “[...] people do not necessarily solve problems. [...] Instead, what they often do is generate solutions, and then look for problems to which to hook their solutions” (KINGDON, 2011, p. 32).

político é influenciado por três elementos: o “clima” favorável que concede relevância a certas questões durante um determinado tempo, a organização das forças políticas exercidas por grupos de pressão que podem levar ao consenso ou conflito na arena política e as mudanças em posições estratégicas dentro da estrutura governamental:

Fluindo independentemente ao longo dos fluxos de problemas e soluções está o fluxo político, composto de elementos como o estado de espírito público, campanhas de grupos de pressão, resultados das eleições, distribuições partidárias ou ideológicas no Congresso e mudanças de administração. Independentemente do que acontece na comunidade de especialistas, e muito além de trazer problemas para a atenção das pessoas e em torno do governo, ocorrem eventos como uma nova maioria no Congresso ou uma nova administração. Este desenvolvimento do fluxo político tem um efeito poderoso sobre as agendas, na forma como seus novos itens se tornam proeminentes e como outros são arquivados até um momento mais apropriado (KINGDON, 2011, p. 145)¹⁰.

A convergência desses três fluxos dá origem a um importante conceito, que Kingdon (2011, p. 165) chama de “*policy window*”:

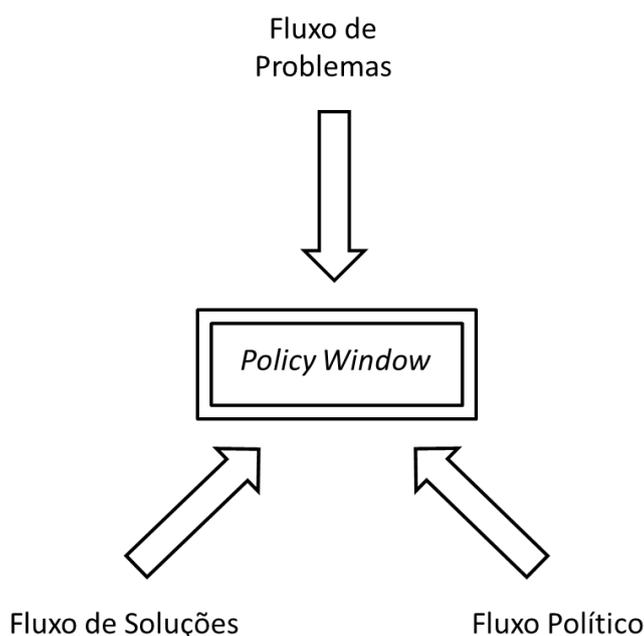
A *policy window* é uma oportunidade para os defensores de propostas empurrarem suas soluções previamente elaboradas, ou para atrair a atenção para os seus problemas específicos. Na verdade, como a citação acima mostra, esses defensores gravitam em torno do governo com suas soluções à mão, à espera de problemas para encaixar suas soluções, aguardando um desenrolar do fluxo político que possam usar a seu favor. Às vezes, a janela se abre de forma bastante previsível. [...] Em outras vezes, isso acontece de forma imprevisível. Empreendedores de políticas devem estar preparados, com a sua proposta pronta, seu problema específico bem fundamentado, para aproveitar quando a oportunidade passar por eles (KINGDON, 2011, p. 165)¹¹.

¹⁰ “Flowing along independently of the problems and policy streams is the political stream, composed of such things as public mood, pressure group campaigns, election results, partisan or ideological distributions in Congress, and changes of administration. Quite apart from what happens in the community of specialists, and quite apart from bringing problems to the attention of people in and around government, such events as a new majority in Congress or a new administration occur. These development in the political stream have a powerful effect on agendas, as new agenda items become prominent and others are shelved until a more propitious time” (KINGDON, 2011, p. 145).

¹¹ “The policy window is an opportunity for advocates of proposals to push their pet solutions, or to push attention to their special problems. Indeed, as the quotation above illustrates, advocates lie in wait in and around government with their solutions at hand, waiting for problems to float by to which they can attach their solutions, waiting for a development in the political stream they can use to their advantage. Sometimes, the window opens quite predictably. [...] At other times, it happens quite unpredictably. Policy entrepreneurs must be prepared, their pet proposal at the ready, their special problem well-documented, lest the opportunity pass them by” (KINGDON, 2011, p. 165).

Em outras palavras, a *policy window* pode ser definida como um dado momento específico, onde todos os fluxos, aqui já mencionados, conspiram para a criação de um cenário político extremamente favorável para o encontro de um problema com uma determinada solução. Essas “janelas políticas” são raras e costumam permanecer abertas por pouco tempo. A figura 2 resume, por meio de visualização, a definição de *policy window*.

Figura 2 – Policy Window



Fonte: Elaboração própria com base em Kingdon (2011).

Conforme mostra a Figura 2, a convergência desses fluxos consiste em um conjunto de circunstâncias favoráveis muito específicas que, por isso mesmo, não são comuns nem usuais. A *policy window* ou “janela política” precisa ser aproveitada habilmente pelos formuladores de políticas municiados de soluções que nela se encaixam.

Nesse modelo de análise, acrescenta Viana (1996, p. 8), que “a sobrevivência de uma ideia ou um assunto dependeria, então, de sua factibilidade técnica; de sua aceitação pelos grupos de especialistas e pelo público; e da força de consenso que mobilizam”. Para a referida autora, a fragmentação das *policy communities* influenciam a fragmentação da política e, conseqüentemente, a sua estabilidade (VIANA, 1996). Já na visão de Capella (2007), o conceito de *policy window* reforça:

Abordagens que, como o modelo de *multiple streams*, destacam a centralidade de ideias, das interpretações e da argumentação no processo de formulação das políticas constituem um desafio à análise tradicional sobre a formulação de políticas públicas, auxiliando na compreensão da dimensão simbólica desse processo (CAPELLA, 2007, p. 93).

Já para Secchi, a etapa de formulação de alternativas se dá segundo “esforços de construção e combinação de soluções para os problemas” (SECCHI, 2010, p. 36). Espera-se que, nesta fase, os “*analistas de políticas públicas* e demais atores envolvidos no processo resumam o que esperam que sejam os resultados da política pública” (SECCHI, 2010, p. 37, grifos do autor). Dizendo de outra maneira, significa que aqui devem ser estabelecidos os objetivos a serem alcançados pela política pública e os caminhos, dentre todos os possíveis, para a consecução de cada um.

A tomada de decisões é entendida como o “momento em que os interesses dos atores são equacionados e as intenções (objetivos e métodos) de enfrentamento de um problema público são explicitados” (SECCHI, 2010, p. 40). Para Secchi, os tomadores de decisão orientam-se por três dinâmicas diferentes: primeiro, sob uma perspectiva *ad hoc*, “os tomadores de decisão têm problemas em mãos e correm atrás de soluções”; segundo, os tomadores de decisão vão ajustando, concomitantemente, “problemas às soluções, e as soluções aos problemas” (SECCHI, 2010, p.40) e; terceiro, “os tomadores de decisão tem soluções em mãos e correm atrás de problemas” (SECCHI, 2010, p. 41). Nesse sentido, cabe mencionar o trabalho de Cohen, March e Olsen (1972). Ao elaborarem a teoria do “modelo da lata do lixo”, os autores sustentam que as decisões resultam do encontro casual entre problemas, soluções e oportunidades (COHEN *et al*, 1972). Dessa forma, é coerente admitir que seja possível surgirem soluções antes de problemas, fato esse comum quando determinados atores pretendem deixar suas marcas por meio de políticas adotadas e reconhecidas.

Na fase de implementação, “são produzidos os resultados concretos da política pública” (SECCHI, 2010, p. 44). O mais importante, nesta etapa, é compreender que “a implementação de políticas públicas não se traduz apenas em problema técnico ou problema administrativo, mas sim em um grande emaranhado de elementos políticos que frustram os mais bem intencionados planejamentos” (SECCHI, 2010, p. 45). Segundo Sabatier (1986) as políticas públicas podem ser implementadas de “cima para baixo” (modelo *top down*) ou “de baixo para cima” (modelo *bottom-up*). A primeira vertente, estabelece a diferenciação estanque entre tomada de decisão e implementação. Já a segunda, caracteriza-se pela

liberdade de propor novas soluções durante o processo de implementação, com base nos resultados já alcançados.

A penúltima fase do Ciclo de Políticas Públicas, Secchi (2010) chama de avaliação. De acordo com o autor, é nesta etapa “que o processo de implementação e o desempenho da política pública são examinados com o intuito de conhecer melhor o estado da política e o nível de redução do problema que a gerou” (SECCHI, 2010, p. 49). Em outras palavras, é por meio da avaliação que se decide a continuação da política obedecendo o formato já adotado, sua reestruturação ou extinção. Nesse terceiro caso, considerado pelo autor como última fase do ciclo, é necessário vencer os obstáculos políticos que impedem a finalização de programas que já resolveram o problema público, ou que se tornaram inúteis em razão da impossibilidade da superação destes.

Enfim, podemos dizer que os estudiosos de políticas públicas, aqui destacados, dedicaram-se à elaboração dos mais variados modelos destinados à sua análise. De uma forma geral, depreende-se que tais formulações teóricas podem ser utilizadas nos esforços analíticos e metodológicos de compreensão da grande maioria das políticas públicas, independentemente da temática central a elas vinculada. Como políticas públicas de saúde, por exemplo. Esse será o centro da discussão teórica empreendida a seguir.

2.2 A Política Pública Brasileira de Saúde e a Abordagem Intersetorial

Afirma Almeida Filho (2011) que a saúde é um conceito filosófico, científico e prático. Nesse sentido, interessa, a este trabalho, compreendê-la como campo de práticas, especialmente a forma como se desenvolvem suas políticas públicas levando-se em consideração a imprevisibilidade e a subjetividade presentes nas dificuldades para montagem das bases estruturais de modelos de organização de serviços de saúde (PINHEIRO & LUZ, 2010). Segundo Almeida Filho (2011), o conceito de saúde como práxis resume-se no:

Conjunto de atos sociais de cuidado e atenção a necessidades e carências de saúde e qualidade de vida, conformadas em campos e subcampos de saberes e práticas institucionalmente regulados, operado em setores de governo e de mercados, em redes sociais e institucionais (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 27).

Entre os principais atores que compõem o cenário social e político em que se inserem as políticas públicas de saúde está o sistema de saúde. Um sistema de saúde pode ser definido como:

O conjunto de agências e agentes cuja atuação tem como objetivo principal garantir a saúde das pessoas e das populações. (...) As agências são organizações públicas ou privadas, governamentais ou não, que têm como finalidade promover, proteger, recuperar e reabilitar a saúde dos indivíduos e das comunidades. Assim, fazem parte do sistema de saúde tanto um hospital particular que atende pessoas com planos de saúde como um posto de saúde pertencente a uma prefeitura. Os agentes são profissionais e demais trabalhadores da saúde que, individualmente ou em equipe, realizam ações de saúde, cuidando das pessoas e das comunidades. Não se incluem aí as indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares (PAIM, 2012, p. 13).

Explicam Noronha *et al.*(2011) que o marco da Reforma Sanitária no Brasil foi a 8.^a Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. O efeito do intenso debate a que se seguiram os dois anos seguintes, como estudado pelos citados autores, resultou na inclusão da seguridade social na nova Constituição Federal, promulgada em 1988. A lei 8.080, conhecida como “Lei Orgânica da Saúde”, iniciou o processo de regulamentação do funcionamento de um modelo público de ações e serviços de saúde, ordenado pelo que viria a ser conhecido como Sistema Único de Saúde (SUS):

Orientado por um conjunto de princípios e diretrizes válidos para todo o território nacional, parte de uma concepção ampla do direito à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito, incorporando, em sua estrutura institucional e decisória, espaços e instrumentos para democratização e compartilhamento da gestão do sistema de saúde. (...) Os principais princípios e diretrizes do SUS estabelecidos na Lei Orgânica da Saúde são: universalidade de acesso em todos os níveis de assistência (...), igualdade na assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (...), integralidade da assistência (...), participação da comunidade (...) e descentralização político-administrativa (NORONHA *et al.*, 2011, p. 435).

Quadro 2 – Princípios e Diretrizes do SUS

Princípio / Diretriz	Descrição
Universalidade	Todos têm o mesmo direito de obter as ações e os serviços de que necessitam, independentemente de complexidade, custo e natureza dos serviços envolvidos.
Igualdade	Não pode haver discriminação no acesso aos serviços de saúde.
Integralidade	Conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.

Participação	É garantida a participação da população por intermédio de suas entidades representativas, no processo de formulação de diretrizes e prioridades para a política de saúde, na fiscalização do cumprimento dos dispositivos legais e normativos do SUS e do controle e avaliação de ações e serviços de saúde executados nos diferentes níveis de governo.
Descentralização	Governos estaduais e, sobretudo, municipais devem ter maior responsabilidade e autonomia para decidir e implementar ações e serviços de saúde.

Fonte: Noronha *et al* (2011).

A regulamentação estrita do SUS deu-se através da formulação de Normas Operacionais Básicas (NOBs). A NOB n.º 96, em particular, estabeleceu a transferência direta de recursos do FNS (Fundo Nacional de Saúde) para os fundos municipais, além de consolidar o Programa Saúde da Família (PSF) como modelo de atenção básica à saúde (GERSCHMAN, 2008). As NOBs instituíram também o Conselho Nacional de Saúde (CNS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) como instâncias deliberativas de participação e incorporação da sociedade. Em 2002, a criação da Comissão Intergestorial (CITI) consolida a articulação entre os ministérios da Educação, Trabalho e Meio Ambiente, dando materialidade institucional à intersetorialidade. Três anos depois, a avaliação das condições de concessão do programa Bolsa Família passa a ser responsabilidade do SUS (GERSCHMAN, 2008).

É relevante ressaltar o trabalho de Rivera e Artmann (2010) que realizaram um inventário do que consideram as quatro correntes principais no que diz respeito ao planejamento e a gestão em saúde no Brasil. De acordo com os autores, essas vertentes são marcadas não só “pelos desafios prático-teóricos e diversidade de influências teórico-metodológicas” (RIVERA & ARTMANN, 2010, p. 2267) como também pela militância sociopolítica vinculada à já citada Reforma Sanitária.

A primeira vertente associa-se ao grupo liderado pelo LAPA (Laboratório de Planejamento) da Faculdade de Medicina de Campinas. As premissas de seu modelo, compreendido como de gestão colegiada e democrática, apresenta como premissas: “forte autonomia, colegiados de gestão, comunicação lateral e ênfase na avaliação para aumentar a responsabilidade” (RIVERA & ARTMANN, 2010, p. 2267). De uma forma geral, essa corrente posiciona-se contra a hierarquização dos serviços, aproximando-se de um modelo

que enfatiza a coordenação horizontal em todos os níveis e a “centralidade da rede básica de atendimento” (RIVERA & ARTMANN, 2010, p. 2267).

A segunda, intitulada como planejamento estratégico comunicativo, é representada por núcleos da ENSP/Fiocruz e baseia-se essencialmente em um referencial teórico habermasiano, fundamentado na teoria do agir comunicativo¹². Nesse sentido, incorpora ao planejamento componentes como “gestão pela escuta, [...] práticas de argumentação, negociação, dimensão cultural, redes de conversação” (RIVERA & ARTMANN, 2010, p. 2267). Posiciona-se como crítica ao paradigma estratégico, recebendo, também, contribuições de um referencial psicossociológico “à gestão organizacional e ao desenvolvimento das capacidades de liderança” (RIVERA & ARTMANN, 2010, p. 2267).

A terceira denomina-se corrente da Vigilância à Saúde. Caracteriza-se pela heterogeneidade geográfica e institucional postulando “um modelo de vigilância à saúde que propõe pensar numa inversão do modelo assistencial” (RIVERA & ARTMANN, 2010, p. 2267). Significa dizer que seu posicionamento opõe, ao conceito de verticalização dos programas de saúde, a necessidade de integração transversal de seus componentes (RIVERA & ARTMANN, 2010). Na base de seus alicerces assistenciais está o modelo de médico de família.

A Faculdade de Medicina da USP (Universidade de São Paulo) lidera a escola da ação programática. Sua ênfase recai sobre “formas multidisciplinares de trabalho em equipe” (RIVERA & ARTMANN, 2010, p. 2267). Sua abordagem privilegia maior integração e coordenação do atendimento, sustentando a necessidade de “de uma abertura programática por grupos humanos amplos, para além de um recorte por patologias” (RIVERA & ARTMANN, 2010, p. 2267).

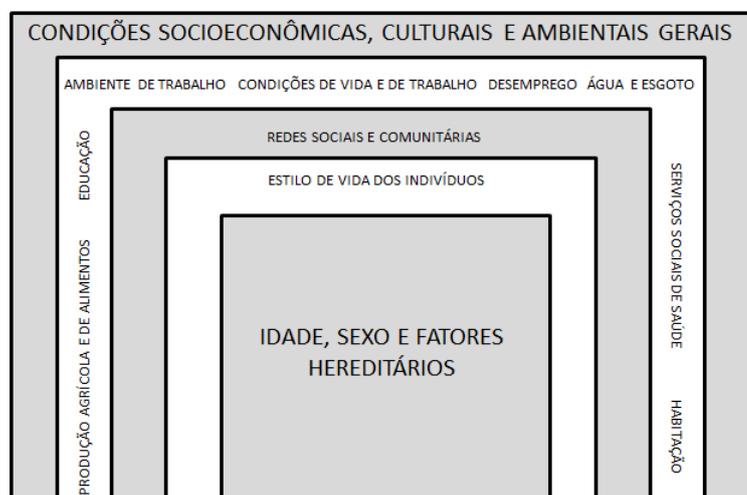
De uma maneira geral, talvez seja possível afirmar que a intersectorialidade está presente na base de sustentação de todas essas quatro vertentes que, com poucas variações, consideram-na fundamentalmente importante. Nesse sentido, é preciso invitar esforços no sentido de entender como a abordagem intersectorial tem se desenvolvido no Brasil, principalmente nos últimos anos.

Conforme já mencionado, mundialmente falando, a ideia de intersectorialidade foi introduzida nos anos de 1970 como elemento central na migração para o conceito ampliado de

¹² De forma concisa, pode-se dizer que a teoria da ação comunicativa centra-se na valorização do agir orientado para o entendimento mútuo, especificando condições para um acordo alcançado comunicativamente. Os processos que viabilizam esse acordo dependem do assentimento racionalmente motivado por um conteúdo discursivo (HABERMAS, 1989).

saúde que não contempla apenas a ausência de doença, mas o conjunto de intervenções articuladas que tem como objetivo a melhoria da qualidade de vida e o preenchimento integral nas necessidades individuais e coletivas do cidadão. Nesse sentido, o Modelo de Dahlgren e Whitehead ganhou perenidade desde a sua publicação, em 1991 (WHITEHEAD, DAHLGREN & GILSON, 2001). A Figura 3 mostra, de forma esquemática, como os pilares do modelo, intersectorialidade, participação social e evidências científicas, relacionam-se em termos de determinantes sociais de saúde.

Figura 3 – Modelo Conceitual das Influências dos Principais Determinantes Sociais de Saúde



Fonte: Adaptado de Whitehead, Dahlgren e Gilson, 2001.

Os reflexos desse modelo no Brasil transformaram-se em objeto de regulamentação pela já citada Lei 8.080, que estabelece como condicionantes em Saúde a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990).

Realizada em 2005, a 12.^a Conferência Nacional de Saúde definiu o Programa Saúde da Família (PSF) como ator central da prática intersectorial. Definido como “um modelo de atenção básica à saúde com foco na unidade familiar e construído operacionalmente na esfera comunitária” (ANDRADE, BEZERRA & BARRETO, 2005, p. 329) o PSF surgiu formalmente no Brasil como política pública de saúde no ano de 1994. Dez anos depois, contava com mais de 20 mil equipes cobrindo cerca de 90% dos municípios brasileiros, o que equivale a mais de 70 milhões de pessoas (ANDRADE, BEZERRA & BARRETO, 2005).

Dessa forma, toda iniciativa que pretende consolidar-se como intersetorial deverá desenvolver-se a partir da Estratégia Saúde da Família (ESF). A Conferência concluiu a existência da necessidade urgente e prioritária de reformar radicalmente a implementação dos programas sociais em todos os níveis da esfera pública, no sentido de privilegiar as ações integradoras (BRASIL, 2005). Conforme escreve Buss (2000), é impossível para o setor saúde atuar de forma isolada, sendo indispensáveis o estabelecimento de parcerias com os demais segmentos sociais e a aproximação das ações do contexto histórico, social, cultural, político e econômico dos destinatários das políticas públicas de saúde.

Em outubro de 2006, os governos do Brasil e do Canadá aprovaram um projeto de três anos chamado de “Projeto Ação Intersetorial de Saúde: Promoção da Saúde como Estratégia para o Desenvolvimento Local Sustentável”. O acordo entre os dois países, envolvendo pelo lado do Brasil a Fundação Oswaldo Cruz, através da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) e Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e, por parte do Canadá, a Associação Canadense de Saúde Pública (CPHA), ampliou a capacidade brasileira de propor programas de apoio à promoção da saúde, reforçando as ações de Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável (DLIS) iniciadas no país no final dos anos de 1990 (CPHA, 2007). Conforme já comentado, pautadas pela proposta intersetorial, as ações de DLIS começaram nos municípios do interior do país, existindo dificuldades para chegar às áreas urbanas.

As ações de DLIS, conforme escrevem Ferreira e Buss (2002, p. 23), propuseram como requisitos fundamentais de seu sucesso, além da participação social, o estabelecimento de uma “autoridade social articuladora ou coordenadora das instituições públicas presentes no território e a construção de alianças entre elas e as forças sociais existentes”. Em outras palavras, talvez seja possível perceber a dificuldade que essas ações tiveram em dividir seu protagonismo com outros atores, o que pode ter sido um importante fator do seu desmonte já no final da primeira década desse século.

Contudo, estudos importantes como o de Teixeira e Paim (2000), já enumeravam, desde o princípio do século, as dificuldades de operacionalização de práticas inovadoras que auxiliem a composição de abordagens para políticas públicas inovadoras. De acordo com os autores, os acordos políticos de coerência ideológica duvidosa, os interesses das elites, o burocratismo, o corporativismo e as limitações econômicas constituem sérios entraves que, de forma alguma podem ser desconsiderados no desenho estratégico das intervenções intersetoriais (TEIXEIRA & PAIM, 2000). De acordo com esse ponto de vista:

Um dos desafios colocados por esse processo diz respeito ao planejamento, à organização e ao gerenciamento da ação intersetorial, isto é, da conjugação dos esforços de distintos setores, como saúde, educação, saneamento, segurança, transporte e habitação, entre outros, visando à racionalização dos recursos existentes e à transformação das atividades desenvolvidas, para que tenham maior efetividade e impacto sobre os problemas e necessidades sociais (TEIXEIRA & PAIM, 2000, p. 65)

Nesse mesmo sentido, acrescenta Andrade (2006, p. 25) que os conceitos de promoção à saúde e de intersetorialidade estabelecem uma “tensão paradigmática”, a partir do momento que são confrontados com “aparatos fundados numa lógica setorial e verticalmente hierarquizada” (ANDRADE, 2006, p. 25). Completa o autor que essas ideias, ao mesmo tempo que reconhecem os determinantes sociais como condicionantes de boa saúde, confiam seu processo de formulação política à uma lógica setorial (ANDRADE, 2006), o que, necessariamente, produz o que o autor chama de “dilema da intersetorialidade” (ANDRADE, 2011, p. 27). Esse dilema configura-se na permanente contradição entre experiências intersetoriais isoladas e políticas públicas “hegemonicamente setorializadas” (ANDRADE, 2006, p. 284).

Nesse contexto, torna-se fundamental aprofundar, justamente, no debate desse dilema intersetorial. Na medida em que a setorialização e a fragmentação resistem, como contribuir com construções teóricas mais consistentes que possam progredir para outras abordagens e novas discussões? É o que se pretende apresentar no sub-tópico a seguir.

2.3 Análise de Políticas Públicas e o Debate Setorial

Da mesma maneira que outros campos disciplinares próximos ao contexto das Ciências Sociais, a Análise de Políticas Públicas tem sido marcada cada vez mais por discussões epistemológicas que colocam em xeque os padrões científicos predominantes. Conforme escreve Marques (2013), as políticas públicas têm sido “entendidas cada vez mais como processos complexos” (MARQUES, 2013, p. 24).

De acordo com Faria (2013), a evolução dos diversos campos do saber foi marcada historicamente pela especialização e pela fragmentação. Ainda que o avanço promovido por tal evolução não possa possivelmente ser colocado em discussão, há de se destacar a menção da metáfora de Karlqvist feita pelo citado autor, segundo a qual, o estágio atual da ciência pode ser visto como um arquipélago de conhecimento flutuando nas águas da ignorância (FARIA, 2013). Tal argumento é reforçado pelo fato das instituições produtoras de conhecimento sustentarem, e de certa forma fortalecerem, a reprodução e perpetuação do

saber particularizado (FARIA, 2013). Na contramão desse processo, cada vez mais as questões prioritárias da agenda pública têm requerido de seus atores uma mudança de abordagem, capaz de promover um maior diálogo entre as mais diversas disciplinas (FARIA, 2013).

Entretanto, destacam Howlett, Ramesh e Perl (2013) que a análise de políticas públicas tem abraçado, com maior frequência, uma vertente orientada por uma racionalidade científica, imbricada fundamentalmente com uma “obsessão por fatos quantificáveis e pensamento racional” (HOWLETT *et al.*, 2013, p. 26). Essa perspectiva concentra-se, univocamente, “na aplicação de princípios da ciência econômica [...] aos problemas públicos” (HOWLETT *et al.*, 2013, p. 26).

Em oposição a esta abordagem surge, no início da década de 1990, uma “insatisfação generalizada com a orientação tecnocrática que a disciplina havia tomado” (HOWLETT *et al.*, 2013, p. 31). Os adeptos dessa nova corrente “não alimentam a pretensão de objetividade analítica e neutralidade política” (HOWLETT *et al.*, 2013, p. 33), enfatizando aspectos como participação pública, processo deliberativo e sensibilidade às realidades confusas ou caóticas (HOWLETT *et al.*, 2013), também orientando-se pela combinação de “análises empíricas e normativas” (HOWLETT *et al.*, 2013, p. 34) nos níveis micro e macro. No nível micro, a preocupação está centrada nas questões e problemas reais que envolvem os programas em funcionamento. No nível macro, a discussão focaliza os efeitos e consequências que realmente importam à sociedade (HOWLETT *et al.*, 2013).

Explicando de outra forma, a adoção desses princípios nos estudos sobre políticas públicas tem se caracterizado por sucessivas tentativas de estabelecer sua compreensão por meio da interdependência e da estreita vinculação com os problemas públicos tangíveis.

Para Marques (2000) a abordagem estritamente setorial configura-se como uma estratégia estatal para regulamentar, de forma vertical, determinados focos de atividade. De acordo com o autor, um “setor” pode ser definido como:

[...] o conjunto de papéis sociais estruturados em torno de uma lógica vertical e autônoma de reprodução. A estruturação dos setores segue frequentemente, portanto, uma lógica profissional (dos papéis sociais), agrupando os atores de um dado campo de atividade, suas ideias e suas práticas. [...] Além disso, o quadro da análise setorial enfoca o conjunto agregado de indivíduos, entidades, etc., não destacando de forma central as relações entre eles (MARQUES, 2000, p. 42-43).

A partir do que escreve o autor, pode-se supor que a formulação de políticas públicas mantém-se vinculadas a um caráter setorial, resultando em ações caracterizadas pelo insulamento, pela verticalização e pelo negligenciamento de “importantes processos e dinâmicas passíveis de estudo através da consolidação direta de vínculos e relações” (MARQUES, 2000, p. 33). Na mesma medida, a análise de políticas públicas tem se comportado, epistemologicamente, segundo os mesmos pressupostos, criando sistematizações e desenvolvendo modelos que, de uma forma geral, desconsideram esses fatores.

Aparentemente, o entendimento de Frey (2000) é o mesmo. Para o autor, “a prática comum da *policy analysis*” é procurar reduzir sua complexidade visto que esta pode mostrar-se “embaraçosa e inadequada para boa parte dos casos empíricos” (FREY, 2000, p. 217). Logo, torna-se comum surgirem conflitos quando se adota a perspectiva setorial em casos complexos como, por exemplo, os das políticas ambientais e de saúde.

Portanto, Frey (2000) discorda de Lowi (1972, p. 299, tradução do pesquisador) para quem “a perspectiva de toda a abordagem é exatamente o oposto da perspectiva típica em ciência política, pois começa com a suposição de que as políticas [públicas] determinam a política”¹³. De acordo com Frey:

A suposição de Lowi de que *policies* determine *politics* pode até ser válida para um campo específico de política ou um *policy issue*, sob condições particulares, mas de forma alguma serve como lei global. O exame da vida de certas políticas setoriais, sobretudo as de caráter mais dinâmico e polêmico, não deixa dúvidas referentes à interdependência entre os processos e os resultados das políticas (FREY, 2000, p. 219).

Entretanto, assim como os estudos de Faria (2013), existem outros estudiosos de políticas públicas que seguem nessa direção, como Junqueira (2000), que tendem a escutar com mais nitidez os ecos da interdependência e da colaboração. Junqueira aponta a emergência de enfoques nos quais se privilegiam a integração e a reconstrução das práticas e da cultura das organizações gestoras das políticas sociais, visando impedir que as políticas públicas permaneçam circunscritas ao domínio setorial (JUNQUEIRA, 2000).

Avançando no tema, Almeida Filho (1997) identifica um conjunto de discursos resultantes do cruzamento de campos inicialmente disciplinares que procura eliminar da ciência o insulamento em detrimento da complementaridade. Surge, assim, uma discussão de

¹³ “the perspective of the entire approach is the very opposite of the typical perspective in political science, for it begins with the assumption that policies determine politics” (LOWI, 1972, p. 299).

matriz “piagetiana”¹⁴ centrada em conceitos como multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade, entre outros. Nessa mesma direção, orientam-se também os estudos de Myrian Sepúlveda dos Santos (2007).

De acordo com a referida autora, a solução de um dado problema, compreendido a partir de uma perspectiva multidisciplinar, pressupõe a reunião de conhecimentos de diversas áreas sem que haja conexão entre elas. Em um contexto multidisciplinar, as disciplinas não se integram nem se transformam, podendo ser novamente separadas sem perder suas características fundamentais. Em outras palavras, as fronteiras disciplinares permanecem intactas “sem que um novo aparato conceitual seja discutido” (SANTOS, 2007, p. 53). Poder-se-ia dizer que ocorre um verdadeiro “encontro entre monólogos disciplinares” (SANTOS, 2007, p. 53). Já para Almeida Filho (1997) a multidisciplinaridade define-se pelo “conjunto de disciplinas que simultaneamente tratam de uma dada questão, problema ou assunto [...], sem que os profissionais implicados estabeleçam entre si efetivas relações no campo técnico ou científico” (ALMEIDA FILHO, 1997, p. 8). Dizendo de outra forma, é um princípio que funciona por meio da justaposição em um único nível, sem nenhuma colaboração sistemática entre as disciplinas, hierarquizada de acordo com os seus objetivos individuais.

Ainda conforme Almeida Filho (1997), uma lógica pluridisciplinar ainda implica na justaposição das disciplinas, contudo, agora, com objetivos comuns. Não se verifica diferença hierárquica e existe uma perceptível perspectiva de complementaridade. Parafraseando Santos (2007), poder-se-ia dizer que se trata de um “jogral de vozes disciplinares”, onde as temáticas de umas completam as temáticas das outras.

Quando duas ou mais disciplinas integram-se em uma mesma investigação promovendo um intercâmbio capaz de gerar mudanças conceituais a partir de novas teorias e metodologias compartilhadas, diz-se que se adotou um ponto de vista interdisciplinar (SANTOS, 2007, p. 54). Nessa perspectiva, as fronteiras disciplinares são frágeis e permeáveis a novas formulações e definições não se tratando mais de “combinar pesquisas com métodos e conceitos diferentes, mas de construir um novo aparato conceitual e metodológico na explicação ou interpretação de um novo objeto” (SANTOS, 2007, p. 54). Ou, interpretando de outra maneira, é “o diálogo constituído entre disciplinas diferentes” (SANTOS, 2007, p. 54). Para Almeida Filho (1997, p. 10) a interdisciplinaridade implica na

¹⁴ Em 1972, Jean Piaget propôs uma forma de compreender as relações entre diferentes áreas de conhecimento segundo as alterações originadas após terem sido conectadas em diferentes intensidades. Poucas modificações conceituais resultantes dessa articulação são descritas como multidisciplinaridade. O avanço no grau de articulação conduz à interdisciplinaridade e à transdisciplinaridade (FARIA, 2013, p. 15).

existência de uma unidade conceitual “a um grupo de disciplinas conexas [...] cujas relações são definidas a partir de um nível hierárquico superior, ocupado por uma delas”.

Seguindo nas ideias do autor, pode-se escrever que a transdisciplinaridade consiste na integração de diferentes disciplinas mediante o compartilhamento fundamental de uma “axiomática geral”; estrutura-se em um sistema multiníveis com diferentes objetivos, horizontalizado, coordenado não por uma disciplina, mas por um conjunto de conhecimentos comuns (ALMEIDA FILHO, 2000, p. 17). Ou seja, o grau de integração entre as disciplinas eleva-se a um patamar que praticamente inviabiliza a sua separação, proporcionando o surgimento de uma nova macrodisciplina. Santos (2007) chamou a transdisciplinaridade de “respeito à diferença em vozes polifônicas” concebendo-a como o verdadeiro “desafio epistemológico às abordagens tradicionais” (SANTOS, 2007, p. 58). Almeida Filho (2000) ainda acrescenta que efetivamente poucos autores propuseram alguma sistematização deste conceito, entre os quais encontram-se Jantsch e, principalmente, Edgard Morin.

Para Morin (1996), a tendência à fragmentação e à disjunção resulta no insulamento do conhecimento afastando-o cada vez mais da prática reflexiva coletiva. Dessa forma, o saber torna-se redutível a dados computados e manipulados, transformando os especialistas em verdadeiros ignorantes naquilo que não diz respeito às suas disciplinas (MORIN, 1996). De acordo com o autor, não é mais possível ignorar que ciência e sociedade relacionam-se de forma cada vez mais estreita, de maneira que o saber científico, não raro, converte-se em poder econômico e político. O que Morin (1996), defende, portanto, é uma nova ciência, consciente de que deve preencher lacunas e ignorar fronteiras:

De toda parte surge a necessidade de um princípio de explicação mais rico do que o princípio de simplificação (separação / redução), que podemos denominar princípio de complexidade. É certo que ele se baseia na necessidade de distinguir e de analisar, como o precedente, mas, além disso, procura estabelecer a comunicação entre aquilo que é distinguido: o objeto e o ambiente, a coisa observada e o seu observador. Esforça-se não por sacrificar o todo à parte, a parte ao todo, mas por conceber a difícil problemática da organização, em que, como dizia Pascal, é impossível conhecer as partes sem conhecer o todo, como é impossível conhecer o todo sem conhecer particularmente as partes (MORIN, 1996, p. 30)

Morin (1996) também refuta uma pretensa abordagem holística que, ao assentar-se nas teorias sistêmicas convencionais, compartilha do mesmo viés reducionista. Para o mencionado autor “o *holismo* só abrange visão parcial, unidimensional, simplificadora do todo” (MORIN, 1996, p. 259, grifo do autor). A ideia consagrada de sistema, completa ele, é

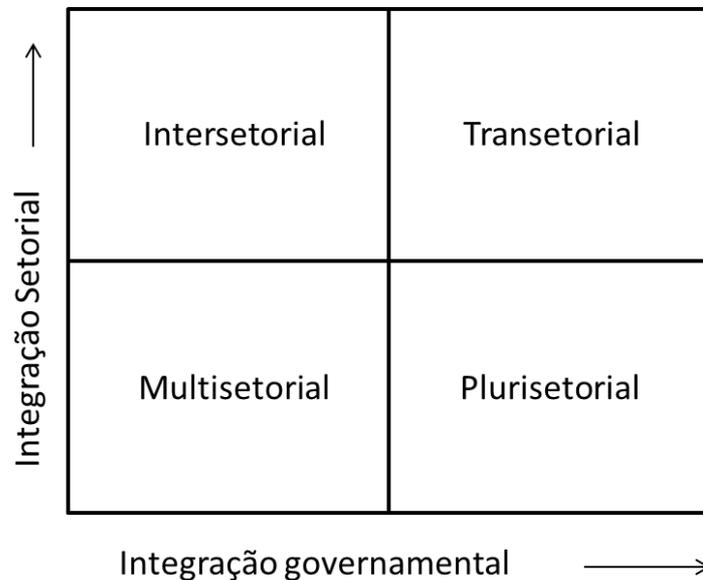
apenas uma “noção-apoio para designar todo o conjunto de relações entre constituintes formando um todo” (MORIN, 1996, p. 258).

Em outras palavras, trata-se de conceder protagonismo à complexidade na medida em que esta seria responsável por conduzir a ênfase da concepção “moriniana” na direção do processo permanente de interação entre as partes e o todo, as primeiras assumindo uma dupla identidade – mantendo suas propriedades sem se confundir com o todo e, concomitantemente, conservando sua “cidadania sistêmica” (MORIN, 1996, p. 260) –, o segundo, constituindo, em um aspecto mais amplo, uma macrounidade. Logo, o que Morin abomina é a interdependência estática.

Nesse sentido, para Morin (1996) “o todo é mais do que a soma das partes”, dado que o caráter complexo das relações suscitam, a todo momento, a emergência de propriedades novas; “o todo é menos do que a soma das partes”, uma vez que, assim como novas propriedades emergem, o processo dinâmico de interação pode também fazer sucumbir propriedades antigas e; “o todo é mais que o todo” já que todo e partes retroagem mutuamente no que ele chama de “*dinamismo organizacional*” (Morin, 1996, p. 261, grifo nosso).

Descrever uma abordagem trata-se de uma escolha epistemológica que, fundamentada teoricamente nas características salientadas pela literatura especializada, auxilia a análise de fenômenos sociais complexos e evitados de particularidades, como as políticas públicas. Desta forma, buscou-se a seguir, a sistematização do debate empreendido até aqui através da transferência dos conceitos discutidos do campo disciplinar para o âmbito setorial vinculado à formulação de políticas públicas. Inicia-se com a apresentação da Figura 4:

Figura 4 – Abordagens Não Setoriais na Formulação de Políticas Públicas



Fonte: Elaboração própria.

O esquema acima sugere um enfoque teórico para elaboração de políticas públicas que parte de uma perspectiva setorial e avança por dois eixos determinantes. Primeiro, a ampliação da integração governamental o quê, em outras palavras, pode ser compreendida como a redução progressiva da lógica compartimentalizada que afeta não somente a concepção técnica de setor, como também o grau de vinculação e entendimento entre as diversas instâncias governamentais (no caso do Brasil, federais, estaduais e municipais). Segundo, o aumento do grau de integração entre esses os setores, entendendo que esse pressuposto, encaixa-se melhor nos conceitos propostos, em contraste com uma equivocada lógica sistêmica que inibe conflitos e singularidades. Nesse sentido, emergem quatro abordagens admissíveis: a multisetorial, a plurisetorial, a intersetorial e a transetorial. É relevante salientar que, possivelmente, os processos de formulação de políticas públicas poderão estar associados essencialmente a uma das quatro abordagens sendo, também aceitável, a ideia de que existam combinações e interseções entre elas.

Assim de maneira análoga às ideias descritas até aqui, entende-se a multisetorialidade como alternativa para abordagem na formulação de políticas públicas cujo enfoque concebe os setores como fatias disjuntas de um processo estático, que não interagem a ponto de produzir resultados diversos dos que produziriam se fossem estabelecidas de forma puramente

isolada. Políticas públicas elaboradas segundo uma acepção multisetorial tendem a caracterizar-se da seguinte forma:

- Setores justapostos, não horizontalizados;
- Alta probabilidade de sobreposição ou duplicação de ações;
- Processos organizacionais estáticos;
- Alta suscetibilidade a desentendimentos políticos e administrativos;
- Grande dispersão de autonomia entre as diversas esferas governamentais;
- Denominação que denuncia fragmentação (política pública de saúde, política pública de educação, política pública de segurança, política pública ambiental, etc.).

Políticas públicas concebidas segundo uma abordagem plurisetorial ainda mantém a desarticulação enfatizada pela multisetorialidade. Contudo, a priorização de uma maior integração governamental provocada pela unificação dos objetivos tende a reduzir a justaposição de ações e as crises de autonomia, criando ações complementares entre si. Entre as características das políticas públicas plurisetoriais, incluem-se:

- Setores não mais justapostos, horizontalizados;
- Complementaridade e não sobreposição ou duplicação de ações;
- Processos organizacionais ainda estáticos;
- Média suscetibilidade a desentendimentos políticos e administrativos;
- Média dispersão de autonomia entre diversas esferas governamentais;
- Denominação ainda denuncia fragmentação (política pública municipal, política pública estadual, política pública federal).

De forma idêntica, o modelo intersetorial de políticas públicas introduz em sua análise a compreensão articulada dos setores. Contudo, conforme explica Almeida Filho (2000), um desses setores deve assumir uma função hierárquica superior, integradora, mediadora e coordenadora, normalmente “determinada por referência à sua proximidade a uma temática unificada” (ALMEIDA FILHO, 2000, p. 17). Surge como a principal abordagem contemporânea para políticas públicas de saúde que a conectam a determinantes sociais. Uma política pública formulada de acordo com uma abordagem intersetorial distingue-se por:

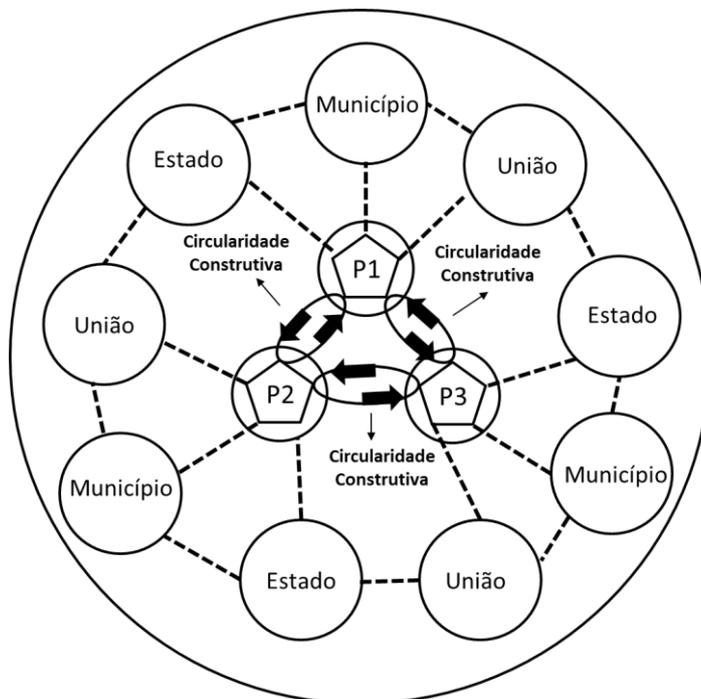
- Lógica semi-horizontalizada, assumindo um setor como hierarquicamente superior aos demais;
- A possibilidade de sobreposição ou duplicação de ações restringe-se às interações que não envolvem o setor hierarquicamente superior;
- Os processos organizacionais passam a ser semi-estáticos;
- Baixa suscetibilidade a desentendimentos políticos e administrativos;
- Restrita conciliação da autonomia entre as diversas esferas governamentais;
- A denominação das políticas públicas vincula-se aos setores que, por sua natureza, denotam caráter de agregação, como políticas públicas de saúde e políticas públicas ambientais.

Sustentado pelos trabalhos seminais de Morin e pelos escritos contemporâneos de Almeida Filho, entende-se que a transetorialidade apresenta-se como a representação do pensamento complexo em análise de políticas públicas. A essência de sua concepção assenta-se menos na delimitação de finalidade dos diferentes setores que nas interações ativas que os articula. Em outras palavras, a ênfase da transetorialidade, adaptando o que disse Morin (1996), desloca-se dos setores para os processos de “circularidade construtiva” (MORIN, 1996, p. 259), que se estabelecem entre eles. Nessa perspectiva, torna-se mais importante elaborar políticas públicas focalizando as transformações ocorridas em uma ordem fundamentalmente dinâmica, tornando-se improvável distinguir, em seu contexto, políticas puramente setoriais. Ao contrário, passaríamos a identificar o que poderíamos chamar de macropolítica pública transetorial, conceito segundo o qual a amplitude integradora entre as políticas se eleva sem, contudo, eliminar-se o singular e o específico. A perspectiva transetorial pode ser caracterizada por:

- Lógica horizontalizada;
- Ausência de sobreposição ou duplicação de ações, visto que o foco passa a ser os processos relacionais, não havendo mais ações exclusivas dessa ou daquela política;
- Os processos organizacionais deixam de ser estáticos e passam a ser dinâmicos;
- Amplia-se sensivelmente o diálogo político e administrativo;
- Ampla conciliação de autonomia entre as diversas esferas governamentais;
- As políticas passam a compor uma única macropolítica transetorial.

O que aqui é chamado de macropolítica pública transetorial pode ser melhor ilustrado pela figura 5:

Figura 5 – Macropolítica Pública Transetorial



Fonte: Elaboração própria com base em Morin (1996).

Na ideia de macropolítica pública transetorial nem setores, nem governos se confundem a ponto de descartar a diversidade, muito menos se dissociam colocando em jogo a unidade (MORIN, 1996). Ao contrário, esta deve ser concebida para promover a integração dos setores e das instâncias governamentais de modo que, mutuamente, unidade e diversidade se organizem (MORIN, 1996). Dizendo de outra forma, a macropolítica pública transetorial visa enfatizar os processos de circularidade construtiva, com a emergência permanente de novas questões que, surgindo do todo, retroagem aos setores provocando, concomitantemente, um novo movimento no sentido inverso.

3 METODOLOGIA DA PESQUISA

3.1 Tipo de Pesquisa

A pesquisa se dispôs a analisar uma política pública, focalizando o caráter intersetorial de sua elaboração, segundo o qual essa mesma política não pode ser compreendida de forma fragmentada. Levando-se em consideração o problema de pesquisa delineado, entendeu-se o presente estudo como de natureza qualitativa, por ser esta mais aderente com seu objeto, especialmente quando deixa claro que se trata de identificar questões problemáticas relacionadas à formulação do Projeto Teias – Escola Manguinhos como política pública intersetorial.

Julgou-se pertinente qualificar a pesquisa como analítica, como o seu próprio título já explicita, visto que se pretendeu analisar uma política pública onde estão articuladas uma organização pública e um complexo de comunidades. É também do tipo descritivo, uma vez que descreveu aspectos relacionados à política pública em questão para atingir os seus objetivos específicos. Conforme Gil (1989):

Algumas pesquisas descritivas vão além da simples identificação da existência de associações entre variáveis, pretendendo determinar a natureza dessa relação. Neste caso tem-se uma pesquisa descritiva que se aproxima da explicativa. Por outro lado, há pesquisas que, embora definidas como descritivas a partir de seus objetivos acabam servindo mais para proporcionar uma nova visão do problema, o que as aproxima das pesquisas exploratórias (GIL, 1989, p.45).

Dizendo de outra maneira, significa que a tentativa de descrever os fatores orientadores dos segmentos que se incluem no âmbito da formulação de uma política pública supostamente intersetorial, deve relacionar, entre outros aspectos, as características específicas desses segmentos e suas conexões com as ações desenvolvidas pela administração pública de forma mais ampla, além da maneira como ambos se integram e se entendem mutuamente.

Também sobre isso escreve Vieira (2004), afirmando que desde os anos de 1990, tem aumentado significativamente a quantidade de pesquisas qualitativas, particularmente às dedicadas a estudos organizacionais aplicáveis a setores como o planejamento urbano, a educação, a avaliação de políticas públicas e a saúde. Nesse sentido, acresce o autor, que as análises qualitativas caracterizam-se essencialmente por serem descritivas, com uma dimensão subjetiva maior que a encontrada em estudos quantitativos. Entretanto, ainda de

acordo com Vieira (2004), não é verdade que a pesquisa qualitativa seja carente de rigor científico na medida em que, através de uma adequada composição metodológica, seja capaz de fornecer “descrições ricas e bem fundamentadas, além de explicações sobre processos em contextos locais identificáveis” (VIEIRA, 2004, p. 18).

Ainda com base no trabalho de Vieira (2004), definiu-se a presente pesquisa como de corte “seccional com perspectiva longitudinal” onde a “coleta de dados é feita em um determinado momento, mas resgata dados e informações de outros períodos passados” (VIEIRA, 2004, p. 21). Porém, a adaptação deste trabalho à tipologia mencionada pelo autor para definição do nível de análise já se configura mais complexa. Possivelmente, a análise de uma política pública intersetorial aproxima-se mais do nível societário, onde “o objeto central de análise é a sociedade” (VIEIRA, 2004, p. 22). Dessa forma, pôde ser também mais coerente incluir de alguma forma a abordagem intersetorial na operacionalização das categorias de análise.

3.2 Coleta de Dados

Coletar dados significa obter as informações necessárias para responder a questão de pesquisa proposta. Evidentemente, todo o processo de coleta deverá ser guiado pelos objetivos específicos da pesquisa, uma vez que atingi-los significa ter em mãos respostas que, interconectadas, construirão seu resultado final. A coleta de dados, portanto, se deu através de pesquisa documental, pesquisa empírica com fontes orais por meio de entrevistas, além da pesquisa bibliográfica, ponto de partida na construção da pesquisa.

3.2.1 Pesquisa Documental

A pesquisa documental é uma das fontes de dados mais utilizadas em pesquisas qualitativas e normalmente é uma valiosa complementação dos dados obtidos a partir de fontes bibliográficas e orais. Sua análise permite entender algumas situações organizacionais importantes para a pesquisa, sob o olhar da organização, pois tratam-se de dados produzidos por ela própria (ROESCH, 1999). Para isso, observa a autora que se faz necessário verificar a disponibilidade, a validade e a capacidade de compreensão dos documentos.

De um modo geral os documentos costumam fornecer a visão da organização sobre os assuntos tratados. Preliminarmente foram ser avaliadas a pertinência, a credibilidade e a representatividade dos documentos, segundo os seguintes requisitos: o contexto em que foi

escrito, a autoria dos escritos, sua autenticidade e confiabilidade, sua natureza, seus conceitos-chave e sua lógica interna.

Segue abaixo a relação de documentos selecionados para a pesquisa documental, os quais, na sua maioria registram dados que dizem respeito ao Projeto Teias – Escola Manguinhos:

- Documentos institucionais oficiais da Fundação Oswaldo Cruz, referentes ao Projeto Teias – Escola Manguinhos: “A experiência do Território Escola Manguinhos na Atenção Primária de Saúde” (2012), “O Território Integrado de Atenção à Saúde em Manguinhos: Todos somos aprendizes!” (2012);
- Relatórios de Gestão da Fundação Oswaldo Cruz compreendidos entre os anos de 2009 e 2014;
- Atas das reuniões plenárias do Conselho Gestor Intersetorial (CGI) compreendidas no período de 15/12/2011 à 25/10/2013.

Os dados extraídos da pesquisa documental foram sujeitos à análise interpretativa uma vez que, segundo Severino (2007), interpretar “[...] é tomar uma posição própria a respeito das ideias enunciadas, é superar a estrita mensagem do texto, é ler nas entrelinhas” (SEVERINO, 2007, p.94).

3.2.2 Pesquisa Empírica com Fontes Orais

Os dados da pesquisa empírica foram coletados por meio de entrevistas. Escolheu-se utilizar a entrevista em profundidade, método que não impõe ao entrevistador a necessidade de buscar um entendimento objetivo, conforme escrevem Easterby-Smith, Thorpe e Lowe (1991). Ainda de acordo com os referidos autores, o principal desafio na utilização das entrevistas em profundidade consiste tanto no desenvolvimento de habilidades, por parte do entrevistador, a fim de evitar a imposição de seu “quadro de referências aos entrevistados” (EASTERBY-SMITH, THORPE e LOWE, 1991, p. 79), como na ampliação de sua sensibilidade para focalizar pontos que direcionem para uma possível descoberta.

O grau de estruturação de uma entrevista constituiu um importante problema para o pesquisador. Na presente pesquisa evitou-se a realização de entrevistas inteiramente desestruturadas, uma vez que não encontrariam coerência com a metodologia escolhida além do que poderiam gerar um volume complexo de informações, difíceis de analisar e

possivelmente alheias ao tema. Por outro lado, é importante ressaltar que uma excessiva estruturação poderia tolher o entrevistado, impedindo que o mesmo acrescentasse às questões, subsídios importantes que pudessem surpreender positivamente o próprio pesquisador. Optou-se, portanto em elaborar questões norteadoras que se desdobraram num roteiro semiestruturado para as entrevistas, conforme apresentado no Apêndice A. Pode-se dizer que na abordagem junto aos sujeitos de pesquisa selecionados procurou-se adequar-se à atividade desempenhada por cada um dentro do contexto do Projeto Teias Escola – Manguinhos. Necessariamente, os seguintes elementos estiveram presentes, uma vez que estão intrinsecamente conectados ao conceito de intersectorialidade: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais.

Como linha auxiliar, optou-se por conduzir as entrevistas pelo método dos incidentes críticos que, de acordo com Roesch (1999), consiste em elaborar questões capazes de reportar eventos passados de forma específica explicando “ações e motivos naquela ocasião” (ROESCH, 1999, p. 163). Adaptando as experiências da autora ao presente trabalho, as perguntas aos entrevistados foram ser feitas com a finalidade de compreender que fatos motivaram seu posicionamento no cenário de elaboração do Projeto Teias Escola – Manguinhos, frente ao contexto dos sujeitos de pesquisa escolhidos. Cabe ressaltar ainda, que o método dos incidentes críticos serviu apenas como impulsionador da entrevista, o que não descartou a manutenção de outras perguntas associadas ao fenômeno estudado.

3.3 Sujeitos de pesquisa

Os sujeitos de pesquisa foram selecionados segundo o cumprimento de ao menos um dos seguintes critérios, enquanto atores envolvidos com a elaboração do Projeto Teias – Escola Manguinhos: (a) o sujeito deverá ter participado da formulação técnica do Projeto Teias – Escola Manguinhos; (b) o sujeito deverá ter participado da articulação política que resultou na implementação do Projeto Teias – Escola Manguinhos; (c) o sujeito deverá ter ocupado cargo de nível decisório relevante com referência às ações adotadas para elaboração do Projeto Teias – Escola Manguinhos e; (d) o sujeito deverá ser comprovadamente detentor de notório saber na área da saúde pública e coletiva. Excluem-se desses critérios características pessoais como gênero e idade.

Quadro 3 – Sujeitos de Pesquisa

Sujeitos	Descrição	Razão para a Escolha
Entrevistado 1	Diretor da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca	A ENSP é a unidade da Fundação Oswaldo Cruz responsável pela gestão e suporte técnico do Projeto Teias
Entrevistado 2	Coordenador do Projeto Teias – Escola Manguinhos	É o indivíduo responsável pela coordenação de todas as atividades do “projeto”.
Entrevistado 3	Gerente do Projeto Teias – Escola Manguinhos	É o indivíduo responsável pelo gerenciamento de todas as atividades do “projeto”.
Entrevistado 4	Vice-Presidente de Gestão e Desenvolvimento Institucional da Fiocruz	O Projeto Teias faz parte do portfólio de projetos sob a supervisão da Vice-Presidência de Gestão e Desenvolvimento Institucional da Fiocruz.
Entrevistado 5	Coordenador de Cooperação Social da Fiocruz	A Coordenadoria de Cooperação Social da Fiocruz é responsável por diversas ações de intervenção territorial em Manguinhos, principalmente através de parcerias estabelecidas com entidades do terceiro setor.
Entrevistado 6	Secretária executiva do Fórum do Movimento Social de Manguinhos	Responsável por articular as demandas originadas de movimentos e grupos sociais ativos no território de Manguinhos com as ações emanadas do poder público.
Entrevistado 7	Coordenador de Projetos Estratégicos / Analista de Planejamento em Saúde	Tem como atribuições coordenar atividades especializadas de planejamento e suporte técnico em projetos e programas na área de saúde.

Fonte: Elaboração Própria.

3.4 Tratamento e Análise dos Dados

Os dados foram analisados com o uso da técnica de análise de conteúdo. Conforme escreve Vergara (2012), analisar o conteúdo de um dado material consiste na identificação do que este diz sobre um determinado tema. Acrescenta Bardin (1977, p. 42) que a análise de conteúdo pode ser compreendida como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações”. É um procedimento comumente utilizado na interpretação de transcrições de entrevistas e de material institucional. Em outras palavras, ao auxiliar a sistematização das descrições, a análise de conteúdo contribui para a reinterpretação e compreensão mais aprofundada das mensagens.

Roesch (1999, p. 169) afirma, citando Weber (1990), que a análise de conteúdo “usa uma série de procedimentos para levantar inferências válidas a partir de um texto”. Acrescenta ainda a autora que “o método busca classificar palavras, frases, ou mesmo parágrafos em categorias de conteúdo” (ROESCH, 1999, p. 169).

É muito importante salientar que, Harold Lasswell, autor aqui já mencionado como um dos fundadores da disciplina Análise de Políticas Públicas é também um dos pioneiros no emprego da metodologia de análise de conteúdo. Tal fato dá pistas de que, possivelmente, o mencionado método apresenta-se como um dos mais adequados à articulação analítica da presente pesquisa.

De acordo com a definição original de Laswel (1987), é possível caracterizar a análise de conteúdo a partir de seis questões: (a) quem fala? (b) para dizer o quê? (c) a quem? (d) de que modo? (e) com que finalidade? (f) com que resultados. Através do Quadro 4, sintetizam-se as orientações de Lasswell para as respostas de cada pergunta, o que torna possível identificar qual delas é aplicável a este trabalho.

Quadro 4 – Questões Metodológicas de Lasswell

Pergunta	Orientação da Resposta
Quem fala?	Características de quem fala ou escreve, sua personalidade, fluência verbal, valores, conhecimento semântico, características psicológicas ou outras.
Para dizer o quê?	Características da mensagem em si, seu teor de informação, suas palavras, seus argumentos e ideias que expressam.
A quem?	Características de quem vê ou ouve e quais inferências é capaz de fazer.
De que modo?	Forma pela qual a comunicação se processa, seus códigos, seu estilo, sua estrutura da linguagem.
Com que finalidade?	Objetivos explícitos ou implícitos da mensagem.
Com que resultados?	Identificação dos resultados da comunicação.

Fonte: Adaptado de Lasswell (1987).

Seguindo o procedimento de análise proposto pelo mencionado autor, entende-se que a pergunta a ser respondida nesta pesquisa é “para dizer o quê?”. Precisamente, escreve Lasswell (1987, p. 105, grifo do autor): “os especialistas que focalizam o ‘diz o quê’ ocupam-se da *análise do conteúdo*”. Nesse sentido, a interpretação das informações coletadas junto aos sujeitos de pesquisa foi capaz de construir um conjunto coeso de ideias, adequado à consecução dos objetivos geral e específicos aqui já explicitados, em conformidade com a abordagem teórica adotada.

Para Martinet (1987), a linguagem, a partir do momento que se oferece como suporte do pensamento, é o que permite ao homem se exprimir. Já de acordo com Stone (1987, p. 315) “o que as pessoas dizem e escrevem constitui uma fonte básica de evidência sobre processos individuais e sociais”. O autor define a análise de conteúdo como “qualquer

pesquisa técnica cuja finalidade consiste em fazer inferências através da identificação sistemática e objetiva de características especificadas no interior do texto” (STONE, 1987, p. 317). Acrescenta o autor que “a inferência é [...] a *raison d’être* da análise de conteúdo” (STONE, 1987, p. 317).

Conforme Sampieri, Callado e Lucio (2013), a maior parte dos estudos qualitativos demonstra ser necessária a codificação dos dados a fim de obtermos sua descrição mais completa, eliminando informação irrelevante. Assim, o pesquisador deve verificar os segmentos de conteúdo, analisando-os e comparando-os. Sendo distintos com referência ao significado e conceito, de cada um emerge uma categoria; sendo similares juntam-se em uma mesma categoria (SAMPIERI, CALLADO & LUCIO, 2013). Ainda de acordo com os autores:

Na codificação qualitativa os códigos surgem dos dados (mais especificamente dos segmentos de dados): os dados vão se revelando e nós o capturamos em categorias. Usamos a codificação para começar a mostrar significados potenciais e desenvolver idéias, conceitos e hipóteses; vamos compreendendo o que acontece com os dados (começamos a gerar um sentido de entendimento sobre a formulação do problema). Os códigos são rótulos para identificar categorias, isto é, descrevem um segmento de texto, imagem, artefato ou outro material [...] Na codificação qualitativa, as categorias são conceitos, experiências, idéias, fatos relevantes e com significado (SAMPIERI, CALLADO & LUCIO, 2013, p. 458).

Ao entender que um segmento é importante, ou seja, combina com a pesquisa, representa o que disseram os sujeitos e apresenta-se como relevante do ponto de vista do pesquisador, então pode ser utilizado como uma potencial categoria de análise. Conforme novos segmentos de dados são analisados e revisados os segmentos anteriores, novas conexões conceituais podem surgir, gerando novas categorias ou consolidando as anteriores (SAMPIERI, CALLADO & LUCIO, 2013).

A criação de categorias, a partir da análise de segmentos de conteúdo, deixa explícito porque a abordagem qualitativa é basicamente indutiva. É preciso acrescentar que a designação das categorias e as definições de classificação devem conter suficiente clareza a fim impedir que os processos tenham de ser várias vezes repetidos por ocasião da codificação. É essencial lembrar que “na análise qualitativa temos de mostrar o que dizem as pessoas estudadas usando suas próprias palavras” (SAMPIERI, CALLADO & LUCIO, 2013, p. 460). Voltando às ideias de Stone (1987): “o problema da construção de categorias é amplamente considerado como o aspecto mais importante da análise de conteúdo. Trata-se do estágio em

que os dados são relacionados à teoria, servindo como base para a fixação de inferências” (STONE, 1987, p. 322).

Partindo-se enfim da compreensão de todos esses fatores, detalham-se abaixo as categorias de análise elaboradas com a finalidade de operacionalizar os conceitos associados às proposições analíticas referentes ao Projeto Teias – Escola Manguinhos, enquanto política pública elaborada em consonância com a abordagem intersetorial. Tais categorias estão estabelecidas de forma coerente com as perspectivas teóricas fundamentadas no capítulo anterior, essencialmente vinculadas ao Modelo de Múltiplos Fluxos, elaborado por John Kingdon.

Quadro 5 – Categorias de Análise - Modelo de Múltiplos Fluxos (Kingdon, 2011)

Agenda Setting

Categoria	Definição Categoria	Unidades de Análise	Operacionalização
<i>Problems Stream</i>	O modelo pretende analisar porque questões são compreendidas como problemas e por que esses mesmos problemas passam fazer parte da agenda governamental (KINGDON, 2011)	Indicadores	Interpretação dos <i>policy making</i> para as avaliações das intervenções anteriores no território do Complexo de Manguinhos. Eventos que sinalizaram a importância do realinhamento das ações em um novo conjunto de iniciativas. Novas configurações que podem significar o surgimento de novos problemas.
		Eventos, crises e símbolos	
		<i>Feedback</i>	

<i>Policy Stream</i>	Elencam-se as possíveis soluções e alternativas (<i>policy alternatives</i>) para os problemas. As ideias que surgem nesse fluxo não se associam, necessariamente, aos problemas identificados no processo de agenda setting (KINGDON, 2011)	Vertente sanitaria predominante	Pensamento teórico que orienta a formulação de políticas públicas. Tipo de abordagem central a ser adotada e seu potencial de articulação com outras políticas. Arcabouço legal e administrativo que viabilize as iniciativas.
<i>Political Stream</i>	"Diferentemente do fluxo de alternativas (<i>policy stream</i>), em que o consenso é construído com base na persuasão e difusão das ideias, no fluxo político (<i>political stream</i>) as coalizões são construídas em um processo de barganha e negociação política" (CAPELLA, 2007, p. 92)	"Clima"	Compreensão da composição e o peso político das forças que influenciaram a formulação da política pública.
		Organização das forças políticas	
		Mudanças de posição na estrutura governamental	

4 ANÁLISE DOS DADOS

4.1 Análise dos Dados da Pesquisa Documental

4.1.1 Breve Histórico e Situação Atual do Projeto Teias - Escola Manguinhos

A estratégia de aperfeiçoamento do SUS, proposta pelo Ministério da Saúde, assenta-se sobre um modelo que entenda as particularidades dos sistemas locais integrando-os à rede regionalizada e hierarquizada de acordo com a complexidade dos serviços. A atenção primária à saúde constitui a porta de entrada principal e ordenadora do acesso aos demais serviços.

Em Manguinhos, essa porta de entrada é constituída pelo Programa Saúde da Família (PSF), a principal ação do Projeto Teias, estruturada em treze equipes compostas cada uma por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e 6 (seis) agentes comunitários de saúde (TEIAS, 2012). Cada equipe é responsável por cobrir uma subdivisão do território de Manguinhos ocupando-se de aproximadamente 3.000 (três mil) moradores. Conforme registra o documento “A experiência do Território Escola Manguinhos na Atenção Primária de Saúde” (2012), são ao todo aproximadamente 200 (duzentos) profissionais envolvidos e duas unidades ambulatoriais: a Clínica da Família Victor Valla e o Centro de Saúde Escola Manguinhos (CSE). Existe uma única porta de entrada para urgências e emergências que é a Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Nas figuras 6, 7 e 8, a seguir, é possível visualizar, cartograficamente, as dimensões do território que engloba todas as comunidades que ocupam o Complexo de Manguinhos, a divisão por área de responsabilidade para cada unidade do PSF e as zonas cobertas por cada equipe do PSF.

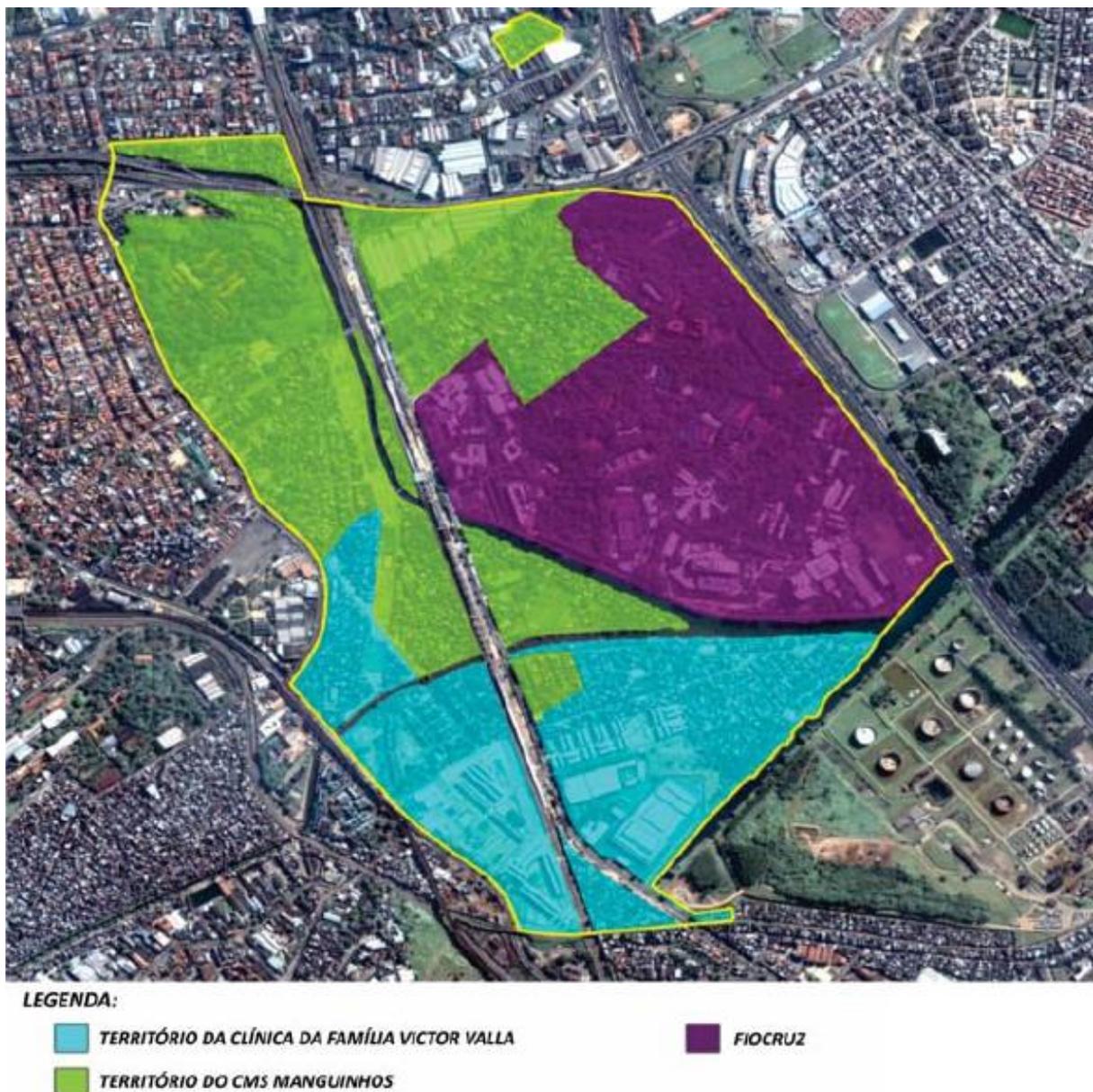
Figura 6 – Demarcação do Território de Manguinhos



Fonte: A Experiência do Território Escola Manguinhos na Atenção Primária de Saúde, 2012.

Pela figura 6 visualiza-se o bairro de Manguinhos, situado na Zona Norte do município do Rio de Janeiro, 10ª Região Administrativa (RA) da cidade, que inclui também os bairros de Bonsucesso, Olaria e Ramos. A região é principalmente cortada pela Av. Leopoldo Bulhões que, grosso modo, estabelece o limite entre a área onde está localizada a Fundação Oswaldo Cruz e o território do Complexo de Manguinhos.

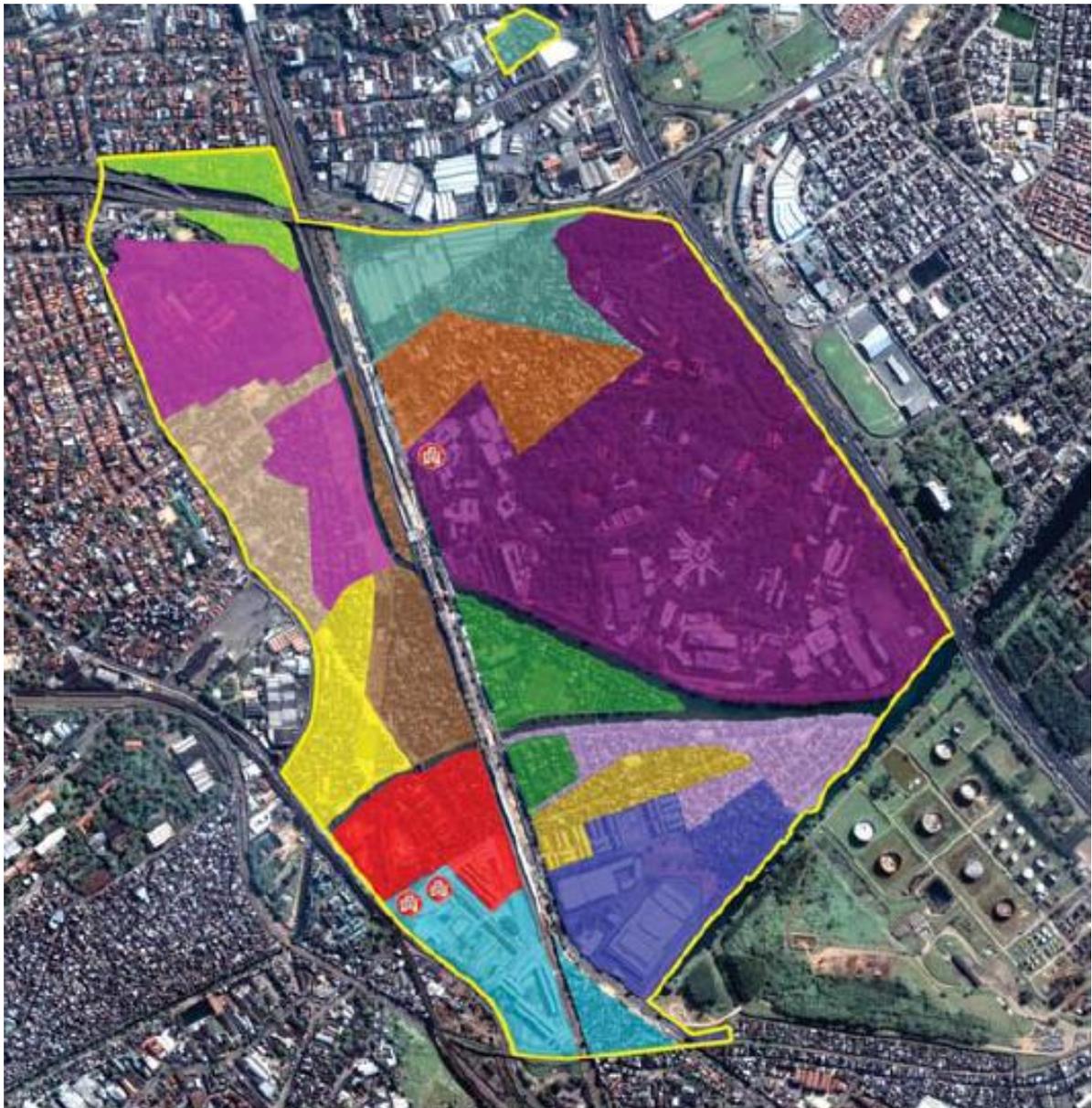
Figura 7 – Demarcação das Áreas de Responsabilidade das Unidades do PSF



Fonte: A Experiência do Território Escola Manguinhos na Atenção Primária de Saúde, 2012.

Já através da figura 7 é possível observar com maior nitidez a área ocupada pela Fiocruz. A saúde da família trabalha com uma área territorial definida para cuidar, na qual estão distribuídas suas equipes. A figura também mostra a divisão geográfica da cobertura de responsabilidade das duas Unidades que abrigam as 13 (treze) equipes.

Figura 8 – Demarcação das Zonas de Cobertura de cada equipe do PSF



LEGENDA:

 DESUP	 NELSON MANDELA	 VILA TURISMO	 COM. AGR./HIG.
 VILA UNIÃO	 CHP2	 NOVA VILA TURISMO	 FIOCRUZ
 MANDELA DE PEDRA	 PARQUE CARLOS CHAGAS	 PARQUE OSWALDO CRUZ	
 SAMORA MACHEL	 PARQUE JOÃO GOULART	 PARQUE AMORIM	

Fonte: A Experiência do Território Escola Manguinhos na Atenção Primária de Saúde, 2012.

Na figura 8, apresenta-se de forma mais detalhada, a demarcação dos limites geográficos de cada uma das equipes no território.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF Manguinhos) constitui uma retaguarda especializada de assistência voltada para o suporte técnico-pedagógico às equipes de saúde da família. Dentro do NASF, surgiu o embrião do Programa de Atenção Domiciliar, a versão

carioca do *home care*, que consiste no cuidado diferenciado e por breve período aos idosos com dependência, pacientes acamados, deficientes, jovens vítimas da violência (paraplégicos vítimas de causas externas), entre outros casos, como se verifica no documento mencionado no parágrafo anterior.

Outra iniciativa deste programa é a atenção à saúde da população de rua, batizada com o nome de “Consultório na Rua”. Em Manguinhos, os moradores de rua encontram-se, em sua grande maioria, envolvidos com o uso abusivo de drogas, principalmente o *crack*, e o álcool. O “Consultório na Rua” visa garantir para essa população o acesso à atenção à saúde de forma rápida e eficiente, através da estratégia de redução de danos, estabelecida pelo Ministério da Saúde como mais adequada a este contexto.

Figura 9 – Equipe do “Consultório na Rua” em ação



Fonte: A Experiência do Território Escola Manguinhos na Atenção Primária de Saúde, 2012.

A “Academia Carioca da Saúde” também compõe o portfólio de ações do Projeto Teias. Sua proposta é promover a atividade física no território como forma de prevenção e

controle das doenças cardiovasculares e outras condições crônicas. Também tem o objetivo de disseminar a adoção de um estilo de vida mais saudável.

Figura 10 – Academia Carioca da Saúde



Fonte: A Experiência do Território Escola Manguinhos na Atenção Primária de Saúde, 2012.

No caso específico de Manguinhos, o principal programa de benefícios do governo federal, o “Bolsa Família”, também está integrado ao Projeto Teias. Identifica-se, também no documento “A experiência do Território Escola Manguinhos na Atenção Primária de Saúde” (2012), que este programa é dirigido às famílias cujos membros têm uma renda média de até R\$140,00. Os valores pagos à família consideram a renda, o número de crianças e jovens até 17 (dezessete) anos e o número de gestantes e mulheres amamentando. Para participar do programa, a família deve cumprir algumas condições, como garantir a frequência escolar das crianças e jovens, manter a vacinação em dia, ir às consultas na unidade de saúde, entre outras, conforme visto no mencionado documento.

A gestão do Projeto Teias – Escola Manguinhos estabelece-se através de uma parceria regulada por um contrato de gestão celebrado entre a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) e Secretaria Municipal de Saúde (SMS), por meio da Fiotec (Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde). A Fiotec é a fundação de apoio vinculada à Fiocruz, convertida juridicamente em Organização Social para fins de adequação

ao modelo de gestão municipal dos serviços de saúde. Neste modelo, diversos profissionais são contratados pelo regime celetista através das OSs, o que acontece também no Projeto Teias.

Na tentativa dar validade à participação cidadã no âmbito do projeto, a gestão do Teias Escola – Manguinhos trabalha em conjunto com o CGI (Conselho Gestor Intersetorial), com os Conselhos Internos das Clínicas da Família além de possuir o auxílio de apoiadores institucionais.

O CGI de Manguinhos é composto por 48 (quarenta e oito) conselheiros, de forma paritária na participação do poder público e da comunidade, incluindo além da representação do setor Saúde, o setor da Educação e da Assistência Social. A intersetorialidade está presente também na representação comunitária, por segmentos sociais. O CGI tem a função de acompanhar, pactuar e fiscalizar as ações de saúde na Atenção Primária, realizadas em Manguinhos.

A ação dos apoiadores institucionais tem como objetivo a modificação das práticas convencionais de coordenação, planejamento, supervisão e avaliação através da construção de espaços de análise antes negligenciados, vinculados essencialmente aos problemas concretos e circunstanciais inerentes a relação das políticas de saúde com as demais políticas setoriais. Em outras palavras, pode-se dizer que os apoiadores institucionais atuam como agentes facilitadores da intersetorialidade ao tentar preencher lacunas de diálogo entre gestores, trabalhadores e usuários.

4.1.2 Principais Eventos

O Quadro 6 expõe os dados obtidos a partir do documento institucional “A experiência do Território Escola Manguinhos na Atenção Primária de Saúde” – 2012 e das 24 (vinte e quatro) Atas de Reunião do Conselho Gestor Intersetorial compreendidas no período de 15/12/2011 à 25/10/2013. No referido quadro são mostrados os eventos relevantes desde o início das obras do PAC, em 2007, até o ano de 2013. Ressalta-se que a maior quantidade de iniciativas relacionadas ao Projeto Teias ocorreu no ano de 2011.

Quadro 6 – Ordem Cronológica e Relevância dos Principais Eventos do Projeto Teias (2007 – 2014)

Principais Eventos do Projeto Teias	Relevância	Ano
Início, em Manguinhos, das obras do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC).	Unindo os governos federal, estadual e municipal, o PAC tinha como objetivo integrar as favelas à cidade formal através do processo de urbanização e da prestação de serviços públicos de qualidade.	2007
Assinatura do contrato gestão entre a SMS-RJ e a FIOTEC (Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde) formalizando o início do Projeto Teias – Escola Manguinhos.	A instituição do programa estabelece-se através de uma modalidade de parceria voltada para a contratualização das ações em saúde na perspectiva da gestão pública por resultados.	2009
Ampliação da Estratégia de Saúde da Família para cerca de 37.000 pessoas residentes em Manguinhos.	Teve como objetivo permitir maior acesso à atenção, assim como propiciar as condições para a mudança do modelo tradicional de atenção primária para o modelo universal.	2010
Criação do NASF (Núcleo de Assistência à Saúde da Família).	Teve como objetivo promover o apoio matricial às Equipes de Saúde da Família a fim de contribuir para a adoção de práticas que propiciem um cuidado integral aos usuários, atuando em consonância com as recomendações do Ministério da Saúde.	2010
Início da integração das obras do PAC ao Projeto Teias.	Visou à atuação nos determinantes sociais através da promoção, prevenção e cuidados de saúde, integrados às mudanças do ambiente, em sua dimensão intersetorial, fomentando a articulação de atores e intervenções locais e identificando as vulnerabilidades sociais.	2010
Realização do censo demográfico domiciliar que traça um perfil mais preciso da população de Manguinhos.	Produziu informações demográficas mais precisas, permitindo a identificação de transições como o acentuado envelhecimento populacional acompanhado da manutenção de iniquidades sociais.	2010
Inauguração da Clínica da Família Victor Valla. Alteração do perfil assistencial do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria.	Essas duas unidades de Saúde da Família dividem entre si a cobertura territorial do Complexo de Manguinhos e abrigam as 13 (treze) equipes de profissionais.	2010
Efetivação das iniciativas Consultório na Rua, Academia Carioca da Saúde e Cegonha Carioca.	O Consultório na Rua tem o objetivo de garantir à população moradora de rua o acesso à atenção à saúde. A Academia Carioca busca favorecer a adoção de um estilo de vida saudável por meio do incentivo à atividade física. O Cegonha Carioca visa captar a gestante no primeiro trimestre de gravidez, qualificar o cuidado e realizar os exames necessários para um efetivo acompanhamento até o parto.	2011

Entra em curso o Projeto de Monitoramento da Qualidade da Água de Consumo no território.	Como resultado dessa iniciativa é apontado o monitoramento já realizado da água em todas as unidades escolares da rede pública de ensino, localizadas no bairro. Uma segunda etapa planejada, porém sem data prevista, é a realização dessa atividade nos domicílios dos moradores da comunidade.	2011
É implantado o Registro Eletrônico de Informação (REIS) nas unidades de Saúde da Família.	Através do REIS, a entrada de dados administrativos e do prontuário clínico permitiu qualificar o registro de dados que alimentam o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e o Boletim Ambulatorial de Procedimentos (BPA), além de possibilitar a extração de outros indicadores a partir do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP).	2011
Acontece a primeira reunião do CGI (Conselho Gestor Intersetorial) formalizando a sua criação e início de funcionamento. É realizada a 1.ª Conferência Local de Saúde de Manguinhos.	Marca o início da gestão participativa do Projeto Teias - Escola Manguinhos enfrentando o desafio na busca de novos marcos de integração da política pública de saúde com a participação cidadã. As Conferências Locais de Saúde são espaços potenciais para diálogo entre profissionais de saúde e moradores, para seleção de prioridades nas ações, de forma livre, inclusiva e consensual.	2011
As duas unidades de saúde de Manguinhos, aderem ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).	O principal objetivo desse programa é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde.	2011
O Projeto Teias - Escola Manguinhos participa da Cooperação Tripartite Brasil-Cuba-Haiti para o fortalecimento do sistema de saúde haitiano.	O projeto contribui internacionalmente, especificamente na atenção primária por meio da experiência acumulada na estratégia de agentes comunitários de saúde (ACS).	2011
Consolida-se o curso de atualização “Ambientação no Contexto da Saúde da Família” para profissionais de Manguinhos.	O curso faz parte da estratégia de Educação Permanente que abrange o processo de qualificação dos profissionais da Saúde da Família, em conformidade com a Política Nacional de Atenção Básica.	2011
Integração do Bolsa Família à Gestão do Projeto Teias.	Permitiu associar o mais importante programa de benefícios do governo federal com o reforço do acesso a direitos sociais básicos nas áreas de educação, saúde e assistência social, por meio do cumprimento de condições como garantia da frequência escolar, vacinação em dia e comparecimento às consultas nas unidades de saúde, entre outras.	2011
Efetivação do programa de atenção domiciliar Melhor em Casa.	Destaca a importância de atendimento diferenciado aos idosos com dependência, pacientes acamados e deficientes, por meio de um serviço especializado.	2012

Criação de Grupo de Trabalho com o objetivo de sistematizar a avaliação do Projeto Teias Escola – Manguinhos como Política Pública de Saúde.	A sistemática de avaliação deverá ser centrada no usuário e o recolhimento de dados se dará, preferencialmente, nas unidades clínicas.	2013
--	--	------

Fonte: A experiência do Território Escola Manguinhos na Atenção Primária de Saúde – 2012 / Atas de Reunião do CGI (Conselho Gestor Intersetorial) 2011 – 2013.

Em acordo com o que mostra o quadro acima, a maior parte (se não todas) das iniciativas previstas na fase de formulação foram implementadas. Ao que tudo indica, o Projeto Teias – Escola Manguinhos encontra-se em uma nova etapa, onde as prioridades deslocaram-se para as atividades de avaliação. Contudo, essa reflexão será mais bem trabalhada no próximo capítulo.

4.2 Análise dos Dados de Fontes Orais Coletados nas Entrevistas

4.2.1 Contexto histórico, político e administrativo da formulação do Projeto Teias-Escola Manguinhos e sua opção pela abordagem intersetorial

O contexto da formulação de uma política pública centrada na saúde vincula-se, necessariamente, a uma discussão que historicamente confronta duas vertentes: a ideia de saúde enquanto ausência de doença, associada a uma visão normalmente medicalizante e hospitalocêntrica, contra uma concepção sanitarista mais complexa, de existência de um processo saúde-doença conectado a determinantes sociais (WHITEHEAD *et al.* 2001). É comum ouvir essa segunda corrente ser designada como **conceito amplo de saúde**, segundo o Entrevistado 4, marcado por “*projetos de saneamento e atuação coletiva, menos foco no individual, menos foco no hospitalar, menos foco no curativo*”. Na esteira desse debate chega-se na ideia de intersetorialidade conforme relata o Entrevistado 1:

A saúde, ela é fruto de características biológicas próprias, genéticas, de características do ambiente físico, poluição, desigualdades sociais e por hábitos de vida, que são coisas culturais. Então, são três fatores: ambiente, hábitos de vida e características biológicas [que] em toda doença estavam combinados para gerar mais saúde ou menos saúde, que era complementado também pelo acesso ao serviço de saúde. Essa coisa da intersetorialidade é uma prescrição, digamos assim, não nova, não muito nova. Ela apareceu caudatária de uma visão ampliada de saúde. A compreensão de que a saúde é produzida em um processo social, processo de vida social e não pelo consumo de serviços de saúde. O consumo de serviços de saúde não é suficiente para gerar saúde. A saúde depende do acesso a políticas públicas de diversos tipos: trabalho, emprego, educação, transporte, todas essas constituem um ambiente que é capaz de produzir saúde nos indivíduos e coletividade, junto com acesso a serviços de saúde (Entrevistado 1).

Importante também ressaltar que, de acordo com o depoimento do Entrevistado 5, não é nova, em Manguinhos, a demanda por uma articulação das ações setoriais, segundo a lógica da construção de uma agenda pública comum que promovesse uma colaboração horizontalizada e que valorizasse a participação do maior número possível de atores sociais.

Pensávamos já desde a década de 1980 que era imprescindível articularmos as ações econômicas com as ações culturais, com as ações de educação, para que esse lugar [Manguinhos] pudesse ter capacidade de intervir de uma forma mais autônoma. A atividade econômica deveria gerar o mínimo de renda que viabilizasse um número de ações permanentes na educação, ou seja, a construção de algo articulado e integrado a partir de suas agendas, não a partir de que alguém determina quê (Entrevistado 5).

Nesse sentido, na perspectiva de Kingdon (2011), torna-se essencial salientar os elementos que construíram o que será chamado aqui de **questão-saúde** no âmbito da formulação do Projeto Teias Escola – Manguinhos para, em seguida, explicar como essa questão se torna um problema habilitado a compor a agenda pública do poder estatal. Partindo dessa premissa, nota-se, de forma nítida, que quatro fatores são constantemente mencionados pelos entrevistados: o conceito de **promoção à saúde**, a obrigação de expandir a **atenção básica** no município – com ênfase no Programa Saúde da Família –, o significado por trás do acrônimo **TEIAS** e os fatores **administrativos e legais** envolvidos nesse processo.

Sobre promoção à saúde, relembra-se, conforme diz a Carta de Otawa já citada neste trabalho, a existência de uma estrita afinidade entre qualidade de vida e saúde, aspectos reforçados pelo comentário do Entrevistado 1:

Promoção à saúde é um conjunto de procedimentos políticos [...]. Na verdade tem que haver uma conjugação de políticas de vários setores para que você tenha que ter um resultado ótimo para a saúde. [...] Então a conjugação disso deve ser necessária e isso se chama para a saúde de uma postura intersetorial, que é um termo genérico para designar isso. Nasce daí o termo políticas saudáveis que são políticas que sejam de setor, mas que tenham impactos positivos gerando saúde ou negativos mínimos, gerando uma proteção contra os malefícios à saúde. E aí começaram as experiências nos anos 70, nos anos 80, anos 90, surgiram em diversas partes do mundo os diversos modelos, os diversos esforços de conjugação dessas políticas geradoras ou facilitadoras de uma situação de saúde benéfica, ou de minimização de malefícios (Entrevistado 1).

No que diz respeito à atenção básica e a necessidade de sua expansão no município do Rio de Janeiro, a ênfase dos entrevistados é ainda mais clara. O Entrevistado 3 concede relevância à Estratégia Saúde da Família ao destacá-la como centro da política nacional de saúde a partir do início da década passada:

A Estratégia Saúde da Família tornou-se política de atenção básica, começou a implementação de fato por volta de 2000. E o Centro Saúde Escola fazia, portanto, a atenção primária tradicional até então, como todos os outros centros no Brasil faziam atenção primária. Mas para conseguir acompanhar a política de atenção primária ele precisava ter equipes de saúde da família que era o novo modelo de política nacional de atenção primária que estava entrando (Entrevistado 3).

De acordo com o Entrevistado 4, tão importante quanto a redefinição das diretrizes que passam a orientar a atenção básica no município, no estado e no país, está a importância de estender os limites de cobertura a fim de garantir acesso à saúde ao maior número possível de pessoas e, no caso particular da Fiocruz – por meio da ENSP (Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca e do CSE (Centro Saúde Escola) –, fomentar também a geração de conhecimento.

Essa compreensão da atenção básica se junta à perspectiva de extensão de cobertura de atenção primária que precisa ter grau de responsabilidade das pessoas, o que significa que, nesse primeiro momento o conceito de médico da família, de origem cubana, penetra no Brasil. Para olhar o [Projeto] Teias eu preciso olhar para esse referencial histórico. A ENSP [Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca] e o Centro Saúde Escola, no final da década de 1990, criam as primeiras equipes de saúde da família (Entrevistado 4).

A noção de trabalhar um território como escola, onde a experiência da atenção básica, vinculada à Saúde da Família, sustentaria a geração de conhecimento para a criação de novas bases conceituais de desenvolvimento para políticas públicas inovadoras, está na essência da ideia de **Teias**. Mais que um acrônimo para Território Integrado de Atenção à Saúde, o termo teias tinha como objetivo ser o estandarte de uma concepção de políticas públicas integradas que parte do conceito amplo de saúde:

O termo Teias não é um termo do município. O termo Teias é um termo do governo anterior, governo Lula, configurado pelo [ex] ministro [José Gomes] Temporão com o [José] Noronha, [ex] secretário de atenção à saúde do governo. O processo de organização do território é importante visando à atenção integral. Eu quero trabalhar com intersectorialidade nesse território, saneamento, educação, lazer, cuidados gerais e atenção médica. Daí se configurou esse termo: Território Integrado de Atenção à Saúde – Teias (Entrevistado 4).

A primeira coisa é em relação ao próprio conceito de Teias. Teias é um conceito que foi criado, posso dizer assim, no Ministério da Saúde pela Secretária de Atenção à Saúde e era uma proposta de organização do sistema de saúde dentro de um território. Teias é o acrônimo de Território Integrado de Assistência à Saúde e a visão que se tinha era a de organização do sistema de saúde em base territorial (Entrevistado 7).

Na conjuntura em que começou o Teias, no Brasil, foi no início do segundo governo Lula, o ministro era o [José Gomes] Temporão que é um acadêmico e um militante da chamada reforma sanitária, que foi quem consagrou o conceito de saúde com essas ideias, ideias progressistas. Começou a implantar no Ministério da Saúde, começou a focar o Ministério da Saúde na construção de um modelo de gestão por território, territorializado, sabendo o seguinte, que o que influencia no êxito da intersetorialidade e os efeitos dela é não tanto a dimensão nacional e sim a gestão mais local. [...] Na verdade, é a nível local que se vai ver mesmo se essas políticas estão integradas, política de transporte urbano, política de proteção ao trabalho, essas coisas. (Entrevistado 1).

Como alerta o Entrevistado 1 no relato acima, além de serem construídas sobre uma base territorial determinada, as intervenções intersetoriais, em que pesem suas necessidades de manter o vínculo com as políticas nacionais, tendem a gerar resultados mais consistentes quanto se concede maior autonomia à **gestão local**. Particularmente, com referência a esse tema, construiu-se um complexo arcabouço administrativo para gestão do Projeto Teias, cujo modelo não deixou de estar eivado por questões polêmicas. Tudo começa na forma como se estruturava a gestão territorial dos serviços de saúde, no Complexo de Manguinhos, durante a década passada.

Havia um convênio entre a Secretaria Municipal de Saúde e o Centro Saúde Escola para Estratégia Saúde da Família. Como vice-diretora de gestão [da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca], eu já havia identificado a fragilidade desse instrumento. Era um convênio que não tinha prestação de contas. [...] A responsabilidade pela atenção primária sempre foi municipal, não federal, então havia aí também uma dupla autoridade no território porque Centro Saúde Escola tinha a prerrogativa por ser um centro saúde escola, então ele poderia fazer um convênio com o município para ter Estratégia Saúde da Família dentro dele, para usar isso também como campo de ensino e pesquisa. Que essa é a missão do Centro Saúde Escola, não é só ofertar serviços. Só ofertar serviços é a Secretaria Municipal de Saúde que tem que fazer, por prerrogativa legal. Então em 2001 passou a ter oito equipes, o território começou a ser dividido, movimento de territorialização, oito equipes de saúde da família financiadas pelo município do Rio por um convênio. Eram celetistas Fiotec [Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde], como fundação de apoio à ENSP. Foi feito um convênio da Secretaria Municipal de Saúde com a ENSP para financiar oito equipes de saúde da família, mas com gestão do Centro Saúde Escola. [...] Não haviam mecanismos formais rigorosos de prestação de contas. A Fiotec contratava os profissionais celetistas que ficavam sob gerência do Centro Saúde Escola e pronto, a SMS passava o dinheiro para Fiotec pagar a folha de pagamento. Mas era um instrumento frágil, não havia nenhum acompanhamento por parte da secretaria (Entrevistado 3).

De acordo, portanto, com o depoimento acima, podemos dizer que o modelo de gestão dos serviços de saúde em Manguinhos, pouco antes do início do Projeto Teias, configurava-se

a partir de três pilares de sustentação. O primeiro, a gestão local sob responsabilidade do Centro Saúde Escola, unidade de saúde vinculada à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca que, além de deter a responsabilidade de prover o acesso a serviços de saúde para a população do entorno, também obrigava-se a cumprir atividades de pesquisa e ensino a fim de produzir conhecimento a partir das experiências desenvolvidas no território. O segundo, ações e iniciativas financiadas pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro que aportava recursos através de um instrumento jurídico de transferência voluntária de recursos, o convênio. Os valores eram repassados à ENSP / Centro Saúde Escola, logo, em última análise, à Fiocruz, que os transferia mediante contrato para a sua fundação de apoio, a Fiotec (Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde). Cabia à Fiotec providenciar e manter a contratação de profissionais habilitados a trabalhar dentro da Estratégia Saúde da Família, para atuarem no território por vínculo celetista. E, por fim, terceiro, a relação Prefeitura / Secretaria Municipal de Saúde com a Fiocruz / ENSP / Centro Saúde Escola, por um lado, precária e frágil, visto que se resumiria a um papel meramente de financiadora, com pouco ou nenhum controle sobre a gestão; mas por outro, permissionária de maior autonomia local ao Centro Saúde Escola. Contudo, o cenário mudaria no final dos anos 2000:

Em outubro de 2009 o município resolve expandir a atenção primária na cidade por meio das OSs [Organizações Sociais], aprova uma lei nas instâncias deliberativas locais e aí a ampliação passa a se dar por meio das OSs. Abrem-se editais para várias áreas e aqui para a área de Manguinhos abre-se um edital que tinha uma característica diferente porque a OS não seria só para produzir serviços e sim pesquisa, o envolvimento da Fiocruz só se justificaria dentro desse escopo. Tanto que a gente não se propôs a gerenciar outras áreas. A gente disse: a gente quer ficar aqui de forma que este seja um território escola. A gente concorreu e iniciamos então o Projeto Teias em dezembro de 2009. Eu participei da elaboração desse projeto porque eu já vinha na discussão com o estado, discutindo um projeto e aí a gente consegue colocar lá nesse espaço, que seria a [Clínica] Dr. [Victor] Valla, um modelo do jeito que a gente queria, que é um modelo com o [Programa] Saúde da Família como porta de entrada, integrado à UPA [Unidade de Pronto Atendimento] (Entrevistado 2).

O estado do Rio de Janeiro tinha uma das mais baixas coberturas do Programa Saúde da Família. Nesse momento, eles [estado e município] adotaram a decisão de aumentar a cobertura disso via Organizações Sociais. Isso é um debate até hoje. Aprovaram uma lei e houve a proposta por parte da prefeitura: a Fiocruz assumir [a gestão] como uma Organização Social. Para isso a fundação de apoio à Fiocruz [Fiotec] se constituiu numa Organização Social, [...] e recebia-se o recurso necessário à cobertura de 100% na área da saúde (Entrevistado 1)

[No novo cenário] a gente não tinha governabilidade, autoridade política, porque isso era uma coisa do município e ou do estado, para organizar a rede. Organizar a rede exige fluxos, pactuar fluxos. Aí a gente teve que caminhar junto como o município, com o estado, mas basicamente com o município porque a UPA acabou caindo para a gestão municipal. [...] Dessa forma você teria que ter cobertura de 100% da população porque enquanto você tem população sem cobertura de Saúde da Família ela tensiona as portas de entrada, você não consegue organizar. Então o primeiro ano do projeto, 2010, foi basicamente de ampliar a cobertura, a gente passa de seis, sete equipes para treze equipes, depois colocando mais uma que foi a equipe consultório na rua. Fizemos um novo cadastramento, divisão de área, tentando identificar prioridades para trabalhar (Entrevistado 2).

Depreende-se então que, de acordo com o que expuseram os entrevistados, o novo arcabouço jurídico-administrativo da gestão territorial dos serviços de saúde em Manguinhos partia de um modelo diferenciado quando comparado a outras áreas do município, caracterizado pela contratação de profissionais e obtenção de metas por meio de repasse financeiro pactuado em contrato de gestão com as Organizações Sociais, conforme preconizado pela prefeitura. Diferentemente de outras regiões municipais, a OS que atuaria no Complexo de Manguinhos seria a fundação de apoio à Fiocruz, para esse fim convertida juridicamente. Os efeitos gerados mais imediatamente incluíam a extensão da cobertura da Estratégia Saúde da Família para 100% da população no território de Manguinhos, com o acréscimo de cinco a seis novas equipes, sendo esse percentual, em tese, superior ao total do município, estimado em 40%. Houve ganho em cobertura mas perda de autonomia.

Finalizando, ao analisar o conteúdo dos relatos colhidos junto aos entrevistados, pode-se sintetizar o contexto histórico de formulação do Projeto Teias como o momento em que ocorre uma adesão mais firme à proposta intersetorial, beneficiada pela ascensão da Estratégia Saúde da Família como elemento essencial das políticas públicas centradas na promoção à saúde e na atenção básica.

Do ponto de vista político, o aspecto decisivo nesse contexto foi a mudança de rumos na política municipal de saúde, com a adoção do modelo de gestão por OSs, fundada em cima da ideia de territorialização, juntando-se a esses fatores, a determinação de expandir significativamente a cobertura do acesso a serviços de saúde no município do Rio de Janeiro.

O contexto institucional revela-se o mais complexo, na medida em que foi necessário articular um modelo de gestão que integrasse, principalmente, a Secretaria Municipal de Saúde e a Fiocruz. A saída encontrada foi a adoção de um arcabouço jurídico-administrativo cujo elemento decisivo foi a conversão da Fiotec em Organização Social, que possibilitou

manter a gestão local a cargo da Fiocruz sem, contudo, desrespeitar as regras estabelecidas pela administração pública municipal.

Assim descrito, o mencionado contexto vincula-se ao que aqui chamamos inicialmente de **questão-saúde**, agora transformada, de acordo com o Modelo dos Múltiplos Fluxos (KINGDON, 2011), em **problema-saúde**, integrando-se na agenda pública federal, estadual e municipal segundo uma “janela política” ou *policy window* (KINGDON, 2011, p. 165), conforme tentar-se-á caracterizar no próximo subitem.

4.2.2 Circunstâncias que favoreceram a entrada do Projeto Teias – Escola Manguinhos nas agendas públicas do município, do estado e da união – *policy window* ou janela política

Conforme escreve Kingdon (2011, p. 165), existem momentos específicos, no contexto de formulação das políticas públicas, onde ocorre uma convergência entre três fluxos: problemas, soluções e política. Esse modelo, conhecido como Múltiplos Fluxos e já descrito neste trabalho, denomina de *policy window* ou “janela política” à confluência dessas circunstâncias favoráveis para a entrada de uma determinada política na agenda pública estatal.

No subitem anterior, procurou-se descrever o contexto histórico, político e administrativo da formulação do Projeto Teias-Escola Manguinhos de forma a caracterizar o que aqui foi designado como questão-saúde. Para Kingdon (2011), uma questão somente se transforma em problema quando, efetivamente, passa a compor a agenda pública penetrando, justamente, por essa janela política.

No presente subitem, procurar-se-á descrever os três fluxos preconizados por Kingdon (2011), em consonância com os relatos dos entrevistados e com a finalidade de distinguir, da forma mais nítida possível, a janela política que beneficiou o surgimento do Projeto Teias-Escola Manguinhos na agenda de políticas públicas do município, do estado e da união convertendo, nesse contexto, a questão-saúde em problema-saúde.

O problema-saúde tem seu fluxo determinado por aspectos já analisados na discussão anterior como: a necessidade de aderir mais firmemente às ideias de promoção à saúde e de atenção básica em razão da hegemonia em escala mundial da Estratégia Saúde da Família; a importância de se avançar para a adoção de um maior grau de integração entre as políticas públicas segundo uma lógica local e territorializada, representada pelo significado do termo **teias** elaborado à época pelo Ministério de Saúde e; pela obrigação de adaptar o modelo de

gestão do acesso a serviços de saúde, em Manguinhos, aos fatores administrativos e legais vinculados a nova política de saúde da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, que abolia um instrumento frágil de simples financiamento para buscar formas de intervenção mais articuladas e controladas. Nesse sentido, recupera-se o que dizem os Entrevistados 3 e 4:

O que motivou, no início, foi uma pura necessidade legal de adequação. O município não poderia, por força legal, ter todo o município com Saúde da Família gerenciada por OSs e apenas um território operando por convênio, ainda mais um convênio frágil. Era o único caminho possível para que o Centro Saúde Escola continuasse a ter equipes de Saúde da Família e, portanto, fazer pesquisa dentro da política nacional de atenção primária. Porque não teria sentido ele não ter equipe de Saúde da Família, ele teria que fechar as portas, ele não pode ser contrário à uma política nacional se ele é também um grande dispositivo de formulação de políticas. A Fiotec teve que se habilitar como OS, apesar de pouca gente entender isso e achar que foi um movimento político e deliberado de privatização. De fato, não foi. Não foi mesmo (Entrevistado 3).

O centro da política está localizado em um problema sério do Rio de Janeiro que é a dificuldade de acesso, pouquíssimo acesso à atenção básica. Entopem pronto-atendimentos, entopem emergências, desregulam completamente a capacidade de operação do sistema de média e alta complexidade. Se eu não tiver atenção básica não adianta eu achar que vou modelar, vou gerenciar, vou regular adequadamente média e alta complexidade porque o maior volume dos problemas de saúde não precisa de ambulatório especializado (Entrevistado 4).

Contudo, um importante componente se juntaria aos demais, fortalecendo sobremaneira o fluxo de problemas e ampliando a possibilidade de surgimento de uma janela política que poderia ser favorável à adoção de novas abordagens: as intervenções territoriais em Manguinhos provocadas, a partir de 2007, pelas obras do Programa de Aceleração do Crescimento, o PAC.

Também uma coisa que ajudou [...] foi que a gente estava junto com o PAC. [...] Chamamos para conversar a Coordenadoria Geral de Habitação, fizemos diversas reuniões para discutir o projeto saúde na escola. Não mais era um projeto de que a saúde estava chegando à escola. Sabendo que a gente precisava avançar nisso, a gente fez essas articulações. Fizemos reuniões com o pessoal da segurança pública. Na verdade a gente tentou reunir educação, assistência social, segurança pública e habitação, muito por conta das mudanças que estavam havendo no PAC. Então a gente fez vários encontros e conseguimos melhorar muito os fluxos. Por exemplo, colocamos para conversar o diretor da escola com o diretor da unidade de saúde, que eles não conversavam, estão no mesmo território há 40 anos, mas não conversavam [...] a gente foi melhorando os fluxos de encaminhamento (Entrevistado 3).

Na época era o próprio estado, durante as obras do PAC, que estava querendo estreitar parceria com a Fiocruz para ampliação da atenção à saúde. [...] Então em 2009 o estado chama a gente, eles estavam fazendo as obras do PAC, construíram um espaço onde hoje é a [Clínica da Família] Victor Valla e a UPA, quiseram combinar como seria a administração daquela área com a gente. [...] Eu acho o seguinte: o PAC e a própria Fiocruz trouxeram outros atores. O próprio município, a gestão municipal se tornou mais presente. [...] Aí você começa a ver que dentro do território as coisas são todas fragmentadas. Aqui no território eu tinha que falar com dois coordenadores de educação que eram da terceira CRE [Coordenadoria Regional de Educação] e quarta CRE, dois da ação social porque metade do território é uma ação social, outra metade é outra ação social, aí eu tinha que falar com o estado, eu tinha que falar com o cara da polícia, tinha que falar com a cultura. O grande exercício da gente foi conseguir juntar esse povo todo em uma agenda que caminhasse mais ou menos junta. [...] O PAC foi, de certa forma, uma instância que fomentou uma integração dos atores no território (Entrevistado 2).

A magnitude das obras do PAC, conforme relatam os entrevistados, trouxe mudanças relevantes para a configuração territorial de Manguinhos. Quatro setores foram particularmente mais afetados: saneamento, transporte, habitação e saúde, esta última, no sentido estrito. As três primeiras áreas experimentaram as mudanças mais ou menos de forma conjunta, tendo em vista que o primeiro movimento da política habitacional vinculada ao PAC implicou na remoção de famílias com a posterior demolição de moradias. O novo espaço configurado a partir dessa ação abriu caminho para obras de saneamento básico, para a inserção de novas vias rodoviárias e revitalização de outras, além de promover melhorias vinculadas à malha ferroviária. Tal estratégia, contudo, não ficou livre de significativos impactos sociais, conforme poderá ser mais bem detalhado no próximo subitem. Com referência à saúde, no sentido estrito, a ação mais relevante do PAC foi acrescentar ao território mais uma unidade médico-hospitalar, além do já existente Centro Saúde Escola (Figura 11): a Clínica da Família Victor Valla integrada à uma unidade de emergência, a UPA (Unidade de Pronto Atendimento). As figuras 12, 13, 14 e 15 retratam um pouco dessas modificações estruturais.

Figura 11 – Centro Saúde Escola



Fonte: O próprio pesquisador, 2014.

Figura 12 – Clínica da Saúde Victor Valla



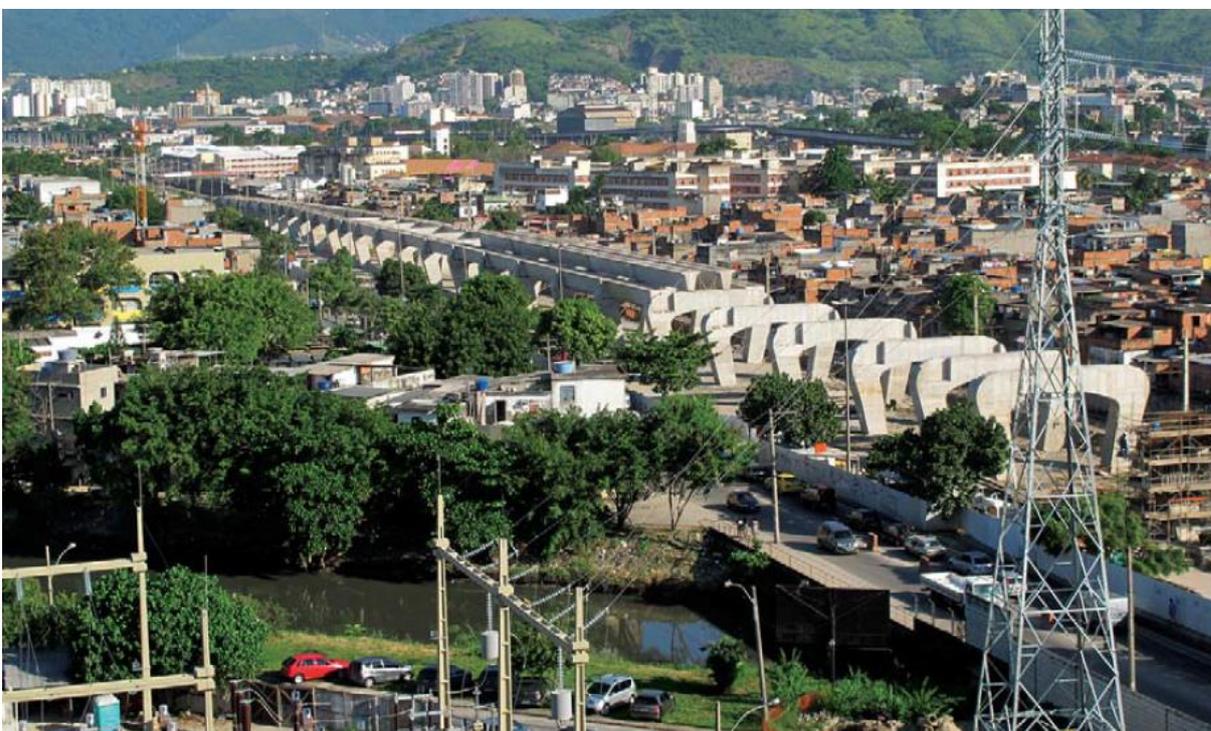
Fonte: A Experiência do Território Escola Manginhos na Atenção Primária de Saúde, 2012.

Figura 13 – Obras do PAC em Manguinhos



Fonte: A Experiência do Território Escola Manguinhos na Atenção Primária de Saúde, 2012.

Figura 14 – Elevação da Via Férrea em Manguinhos



Fonte: A Experiência do Território Escola Manguinhos na Atenção Primária de Saúde, 2012.

Figura 15 – Nova Estação de trem de Manguinhos



Fonte: A Experiência do Território Escola Manguinhos na Atenção Primária de Saúde, 2012.

O contexto dessas modificações estruturais no território foi entendido pelos formuladores de políticas públicas como uma oportunidade de pôr em prática soluções inovadoras segundo o próprio conceito de território-escola, existente já antes do surgimento do Projeto Teias. A opção pela intensificação da promoção à saúde e da atenção básica, repetindo mais uma vez, essencialmente vinculada à Estratégia Saúde da Família, e, principalmente, a ideia de **teias** com significado implícito de redes e interconexões, abria as portas do território para uma experiência intersetorial supostamente mais efetiva. O fluxo de soluções encaminhava-se, dessa forma, para a intersetorialidade:

Nessa transição nós resolvemos então dar um salto qualitativo na proposta. Então, já que é isso, não vamos só continuar, poderia ter continuado, poderia ter combinado com o município que o escopo do edital seria o mesmo do convênio, isso poderia ter sido feito. Mas o grupo que estava à frente na época decidiu, vamos ousar, vamos empreender, com a Secretaria Municipal de Saúde que também estava em um movimento muito ousado. Houve uma ampliação de cobertura da saúde da família de 3% para 40% no município, isso não é trivial. Existia uma janela de oportunidade de inovação porque a secretaria queria mesmo mudar a lógica do modelo de atenção e investir na atenção primária. Então juntou-se a fome com a vontade de comer. A ENSP com a sua missão de provocar inovações no

sistema de saúde de um lado e um grupo de pessoas também a fim disso e aí nós fomos escrevendo, pensando nisso. Então, o motivo inicial foi uma necessidade legal, mas muito aliado a uma possibilidade de inovar, de fato, chacoalhar o Centro Saúde Escola que já existe a 40 e poucos anos. Então também seria uma forma de alavancar o Centro Saúde Escola. Então foi uma confluência favorável, vamos dizer assim (Entrevistado 3).

De fato, tem algumas confluências, algumas sinergias. Primeiro, repito, a ENSP tem uma atuação na atenção primária, na atenção básica, há décadas. É um espaço já consagrado. A ENSP tem formulação, ela tem análise de formulação para políticas de atenção primária, isso também tem décadas. Eu tenho um governo federal, já desde de Haddad, Serra [ministros da saúde no governo FHC], onde a estratégia de saúde da família é uma estratégia de Estado (Entrevistado 4).

A intersetorialidade no SUS [Sistema Único de Saúde], de fato, é um grande desafio. É muito difícil se conseguir dispositivos locais para fazer, isso é um fato. Justamente por ser um desafio e pelo fato de a gente estar escrevendo um programa que pretendia ser inovador, a gente precisava trazer a intersetorialidade para dentro. Então, vamos tentar fazer. A gente sabe que é difícil, quase nenhum município consegue, mas a gente precisa tentar aqui, justamente para ser espaço de discussão disso e de desenvolvimento até de alguma tecnologia inovadora de processos que pudesse, inclusive, depois ser disseminada para o SUS, porque fazer o 'beabá' que todo mundo faz, não faria sentido, a secretaria poderia fazer. Então, portanto, a intersetorialidade tinha que vir como grade estruturante do projeto. E para isso, a gente tinha toda a ENSP envolvida no projeto (Entrevistado 3)

Foi uma tentativa de criar um modelo exemplar da concepção do modelo de teias em um território determinado, ou seja, na vizinhança da Fiocruz – Manguinhos – e capitaneado pela própria Fiocruz na sua função ali de proponente de tecnologias assistenciais, de planejamento e organização de redes de saúde. Quer dizer, ela estaria ali, na verdade, a partir do gerenciamento de um território determinado tentando desenvolver tecnologias de gestão para que pudessem ser aplicadas em outros territórios. Ter uma espécie de teias modelo aqui dentro da Fiocruz que geraria supostamente tecnologias replicáveis para outros teias em outros lugares conforme a política da época do Ministério da Saúde (Entrevistado 7).

Analisando o conteúdo dos depoimentos acima verifica-se a ênfase em dois fatores que se revelam determinantes na adoção da intersetorialidade como componente essencial para solução do problema-saúde no território. Primeiro, há um razoável consenso de que a experiência intersetorial, ainda que não derive de um conceito propriamente novo, consiste em um desafio difícil de ser superado, sendo interpretado pelos atores envolvidos como uma ação bastante ousada e inovadora. Segundo, há uma clara alusão dos entrevistados à capacidade acadêmica e à responsabilidade institucional da Fiocruz de liderar o processo de

formulação de novas políticas de saúde por meio de modelos que possam se tornar replicáveis, ao menos em parte, em outros territórios.

Já o fluxo político parece consolidar-se a partir de duas vertentes: a política partidária e a política governamental, esta última subdividida em política federal, estadual e municipal. Com referência à política partidária há, na interpretação do Entrevistado 4, um aspecto decisivo: o momento sem precedentes históricos recentes no estado do Rio de Janeiro, onde os cargos de presidente da república, governador do estado e prefeito do município são ocupados por integrantes da mesma coalizão política. Segundo o Entrevistado 4, a convergência de legendas tornou possível um diálogo entre atores que há tempos não tinha espaço no Rio de Janeiro:

O ministério da saúde, no governo Lula, ele com o Rio e com o município, encontra algo que décadas atrás não existia: os três começaram a conversar. Isso explica uma convergência de recursos. O Sérgio Cabral [governador do Estado do Rio de Janeiro de 2007 a 2013], gostando ou não gostando, enfia muito mais dinheiro na saúde do que os outros governadores enfiaram. O município idem. O estado foca no pronto atendimento, as UPAS são do estado, o município entra na Saúde da Família, financiado por quem? Quem pagou esse dinheiro? O governo federal. Isso é uma sinergia que se estabelece, digamos aí, mais ou menos nos últimos dez anos (Entrevistado 4).

As políticas federal, estadual e municipal de saúde também tentam alinhar-se, partindo de diretrizes determinadas pelo Ministério da Saúde que, em última análise, responde transversalmente pela direção nacional do SUS (Sistema Único de Saúde). Esse é um aspecto ressaltado pelo Entrevistado 7:

O campo da saúde coletiva no Brasil, nas últimas décadas, como qualquer campo científico, vamos colocar assim, é composto por diversas correntes de posicionamento, com visões diferentes. Algumas enfatizam mais exatamente a questão do território, outras enfatizam mais a questão do cuidado longitudinal com o paciente. Acontece de eventualmente predominar uma ou outra corrente ali no comando, ou seja, nos postos estratégicos dos tomadores de decisão do Ministério da Saúde, por exemplo. O próprio caso do Teias na Secretaria de Atenção à Saúde do ministério pode ser entendido nesse contexto. Você tem ali um conjunto de propositores de uma determinada política, que está no ministério e que está ligado à uma dessas correntes de pensamento teórico no campo da saúde coletiva. Do ponto de vista da Fiocruz há ali a lógica de estar caminhando de forma alinhada à política do ministério. A escolha da Fiocruz foi pegar um conceito que estava ali sendo defendido e fazer um projeto de aplicação desse modelo aqui na Fiocruz. Claro que tem uma série de contextos aí que facilitam o acesso a financiamento, apoio [...] No momento que a política do

SUS é essa, então a Fiocruz diz, está bom, então vamos fazer aquilo. Mas é claro que se esse projeto surge aqui na Fiocruz dessa forma é porque também há a adesão desse modelo dessa corrente de pensamento da parte das pessoas que estão propondo isso dentro da Fiocruz (Entrevistado 7).

Narrando de outra maneira, o preenchimento de cargos estratégicos no Ministério da Saúde, segundo critérios políticos, concede protagonismo momentâneo a um determinado posicionamento epistemológico, em detrimento de outras vertentes. Esse aspecto configura-se como decisivo, na medida em que o comando da Secretaria de Atenção a Saúde passa a ser ocupado por um pesquisador, oriundo da Fiocruz, que articula a ideia de território integrado como base da política nacional de saúde. O encadeamento dos eventos segue uma ordem mais ou menos inequívoca: um pesquisador da Fiocruz preconiza um modelo de política de saúde que deverá ser experimentado em um território sob gestão local da própria Fiocruz. Ou, em outras palavras, como muito bem acrescenta o Entrevistado 4: *“Eu tinha conhecimento, construí uma base institucional, joguei financiamento, integrei governos e, no caso da Fiocruz, o território já era nosso. Você tem aí conjunto de oportunidades que coincidem”*.

Portanto, analisando o conteúdo de todos os depoimentos aqui expostos, é admissível dizer que a *policy window* ou janela política que permitiu a entrada do Projeto Teias-Escola Manguinhos na agenda pública federal, estadual e municipal, caracteriza-se, de forma sintetizada, pelos seguintes fatores:

- A ascensão de uma visão ampliada do processo saúde-doença que havia amadurecido na ENSP, desde a reforma sanitária, mas que até então não possuía uma base sustentável do ponto de vista legal e político para sua aplicação em um dado território;
- As obras do PAC, um programa do governo federal que tinha como objetivo acelerar o crescimento econômico do país mediante a realização de obras de infraestrutura e o entendimento de que a saúde deveria ser incorporada, localmente, a esse programa;
- A urgência de se ampliar a cobertura da Estratégia Saúde da Família, saindo de um percentual irrisório para quase metade da população através do modelo de gestão por OSs;
- A confluência política de interesses das esferas governamentais municipal, estadual e federal que, depois de muitos anos, faziam parte da mesma coalizão partidária;

- A ocupação de cargos estratégicos no Ministério da Saúde, como o de Secretário de Atenção à Saúde, por um pesquisador vinculado à Fiocruz, defensor da ideia de território integrado como solução mais viável para os problemas do setor saúde.

Dessa forma destacados, os fluxos que abriram a janela política encaminham a discussão para um novo patamar. Uma vez que a intersectorialidade assume papel fundamental na política formulada, é necessário aprofundar, na medida do possível, as possibilidades e lacunas que carrega consigo. Este é o fio condutor a ser explorado no próximo subitem.

4.2.3 Lacunas e possibilidades da abordagem intersectorial e sua relação com o Projeto Teias – Escola Manguinhos

A formulação de políticas públicas integradas e sua inserção na agenda pública de importantes entes governamentais concede um grande peso institucional para abordagem intersectorial e, ao mesmo tempo, mantém aberto o debate, o que possibilita avanços. Neste subitem buscar-se-á, nos relatos dos entrevistados, identificar elementos que possam fundamentar as virtudes e as fragilidades desta abordagem, na forma como foi concebida para o Projeto Teias – Escola Manguinhos.

Nota-se, na maior parte dos depoimentos, que há um primeiro fator de grande discordância entre os entrevistados que, de certa forma, alcança significativa relevância nessa discussão. Trata-se da criação do Comitê Gestor Intersectorial. Enquanto para alguns atores importantes essa iniciativa revela-se como inovadora e bastante efetiva, portanto uma de suas maiores virtudes, para outros consiste em um flagrante fracasso, a reboque de falhas estruturais que acompanharam a formulação desde seu início.

O princípio básico da concepção do Conselho Gestor Intersectorial é promover a integração do maior número possível de atores sociais inseridos no território a fim de conceder voz a todos os grupos, movimentos e associações, sem distinções e hierarquizações em suas demandas. Dentro de uma conjuntura histórica, o caminho para a sua efetivação passa antes pela convocação da 1.^a Conferência Local de Saúde de Manguinhos, conforme conta o Entrevistado 2:

Para discutir prioridades do território, a gente convocou a 1.^a Conferência Local de Saúde de Manguinhos, que eu acho que foi muito bacana. É uma conferência onde a gente vai aprofundar nossos problemas, vamos discutir e até potencializar mais reflexões e ajudar a resolver os problemas daqui. Então a gente fez essa conferência aqui em dois dias, foram cento e poucas pessoas, gente da equipe, gente da gestão, gente da comunidade. Para uma

primeira experiência eu achei que foi muito boa, porque a ideia era essa mesma, de certa forma capilarizar a discussão para além daqueles atores já meio que viciados aqui [...] A gente não queria uma representação ligada somente às associações de moradores, todo mundo sabe que existe uma impregnação delas com relação ao tráfico. Então a gente queria incorporar as associações, mas sem que elas fossem as únicas interlocutoras da gestão com a comunidade. E as associações tinham toda uma tradição de querer manter um tráfico de influências junto à gestão, que a gente contratasse pessoas, uma série de questões. Depois da conferência a gente continuou com grupos de trabalho, esses grupos de trabalho aprofundaram o tema e em cima desse tema a gente elegeu o Conselho Gestor Intersetorial (Entrevistado 2).

Uma vez formalmente constituído, o Conselho Gestor Intersetorial surge no território com a prerrogativa de ser uma instância deliberativa ampla e democrática, capaz de estabelecer o diálogo pleno entre os representantes de todos os setores formuladores e implementadores de políticas públicas no território, independente da esfera governamental; de movimentos sociais; de associações de moradores; entidades de classe; grupos religiosos e da população de uma forma geral. Todos com assento garantido e igualdade de participação, na linha do que determinam as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS):

O ponto forte foi a construção do Colegiado [sic] Gestor Intersetorial. De fato ele é o produto, vamos dizer, mais consistente e um dispositivo muito potente dessa articulação. No nosso comitê [sic] a gente inovou: se a gente está falando de intersectorialidade porque só vai ter assento o segmento saúde? Então nós fizemos o Comitê [sic] Gestor Intersetorial com ampla consulta pública na comunidade, foi um movimento de quase um ano de reuniões, mas que foram muito importantes para consolidar isso. Então tem assento a educação, a assistência social, a segurança pública e a habitação. E, além disso, a gente fez eleições por segmentos, grupos de mulheres, grupos de jovens, então a gente movimentou todo Manguinhos. Então, o comitê [sic] se reunia mensalmente e aí sim era o grande colegiado, acho que não chamava [oficialmente] de comitê, chamava de conselho, mas a gente chamava de colegiado porque de fato era mais do que um conselho. Então tinha assento a coordenadora do projeto, a diretora do Centro Saúde Escola, a diretora da Clínica Victor Valla, representante da educação, representante da assistência social, os usuários e os profissionais de saúde das clínicas também para compor. Então esse na verdade era o grande espaço, dispositivo para movimentar essa ação de intersectorialidade. Eu não sei se dava para ter avançado mais, porque é muito difícil avançar mesmo (Entrevistado 3).

Contudo, o diagnóstico favorável com referência à formulação do modelo de gestão intersetorial com ênfase em ampla participação, não é unânime. Relevantes atores sociais assumem uma postura crítica quanto à sua concepção, identificando fragilidades que, segundo eles, deveriam ter sido ao menos mitigadas antes da sua concreta entrada em funcionamento.

Por outro lado, alertam também para as consequências trazidas pela falta de atenção a essas vulnerabilidades.

Nesse sentido, um dos principais críticos ao modelo participativo criado para o projeto é o Entrevistado 5. Segundo ele, muito ao contrário, o que houve foi um movimento deliberado de inibição da participação da comunidade que, segundo o mesmo, já encontrava-se em andamento desde antes do início das obras do PAC. Esse movimento afetou fortemente, inclusive, outros espaços de participação que já estavam razoavelmente consolidados no território, como o Fórum Social de Manguinhos:

O PAC são obras, construção de equipamentos. Não há a discussão da política pública para as demandas. Tinha que ter um comitê de acompanhamento intersetorial desde as obras do PAC, mas isso foi esvaziado. Não interessava aos governos, muito menos às empreiteiras, a existência do controle público das obras. O comitê intersetorial de acompanhamento das obras do PAC foi aniquilado. Quem mandou calar a boca do Fórum Social de Manguinhos foi o tráfico: deixa o governo do Estado fazer suas obras. Não interfiram. Aí o fórum falou, não vamos mais levantar a bandeira do saneamento para todos, da habitação para todos, da participação. Passou-se a discutir políticas públicas depois das obras do PAC. Eu entendo que o fórum, nesse momento, ele respirava intersetorialidade.

Ainda segundo o Entrevistado 5 o modelo participativo, centrado na criação do Conselho Gestor Intersetorial, foi levado a cabo sem considerar de forma mais aprofundada as vulnerabilidades sociais historicamente vinculadas ao território, como o longo período de insuficiência ou mesmo ausência de políticas públicas, a pobreza e, principalmente, o medo provocado pelo protagonismo da violência:

Mas ninguém poderia reclamar do território em relação às obras, porque aí estaria entrando no caminho, não do governo do estado, estava entrando no caminho do tráfico. Eu estou registrando isso porque nós estamos falando de territórios vulnerabilizados tanto social como ambientalmente. Vulnerabilidade civil onde você não tem liberdade de ir e vir, você é ameaçado o tempo todo, quer seja pelo tráfico, quer seja pelos agentes oficiais de segurança. Podemos contextualizar ou categorizar, como um território de exceção, mesmo dentro do Estado Democrático de Direito, no qual as pessoas não possuem a liberdade de se manifestar, de se organizar, de se expressar. Porque em relação ao PAC foi isso. É impossível superar o crime, o capital e o poder público, quando eles se juntam. Fala-se disso, da importância da participação na política de saúde, a importância do controle social na política de saúde, a importância da participação na gestão da política de saúde. E aí você traz isso para território, onde está a população mais empobrecida por esse modelo de sociedade. E aí vamos discutir limites e possibilidades para implementar isso. Em um lugar que é de exceção? As pessoas nasceram aprendendo a ser obedientes. As pessoas nasceram aprendendo a não falar, a não ver, a não escutar, a não apontar. Como é

que nós queremos que essa população participe, que faça controle social? Que morador vai para o confronto? A formação política e ideológica é a da subordinação para um modelo de poder pautado pela prática do terror. E como nós vamos falar de um modelo de política de saúde exemplar que serve como modelo para outros países se nós não conseguimos fazer a leitura de territórios que são a motivação da existência dessa política de saúde? A questão dos limites e possibilidades de um modelo de gestão participativa da política de saúde em um território onde não se respira liberdade, onde não se respira garantia de direitos. Isso aí já deveria ser um grande motivo para a política de saúde pensar.

Segundo o que o Entrevistado 5 acrescenta em seu relato, o formato representativo dos diversos grupos dentro do conselho, apenas replica a lógica de não-participação, uma vez que esses mesmos grupos, inabilitados a se manifestar por suas condições vulneráveis, não foram estimulados pelo poder público a exercitar sua autonomia previamente. Nessas circunstâncias, sua capacidade de debater e expor demandas tende a ser subjugada pelos interesses da gestão transformando o Conselho Gestor Intersetorial, como ele próprio diz, em um instrumento “*chapa branca*” (Entrevistado 5):

O Conselho Gestor Intersetorial que foi criado em Manguinhos trazia na representação da população, a representação por grupos sociais e segmentos dessa população, jovens, mulheres, idosos, da cultura, da educação, dos deficientes, de LGBTs. Era compreendido que esses diversos grupos sociais não tinham uma articulação, uma organização, um debate prévio para intervir, serem representantes com atuação destacada dentro do CGI [Conselho Gestor Intersetorial], até por questão de limites e possibilidades. Imagina, como é que o pessoal LGBTs vai se manifestar dentro da favela? A favela é machista, sexista, pela prática do terror. Nós entendíamos que isso era um processo de formação também. O CGI, além de tudo, seria uma grande escola de formação política dessas pessoas, que trazem o olhar dos seus grupos, mas só que não existia essa discussão nos seus grupos, as pessoas eram desarticuladas. O CGI deveria estimular a formação dessas pessoas a partir dos seus próprios grupos, dizendo: olha, você não representa você só, você tem que levar a agenda de debates do CGI para o seu grupo e o seu grupo trazer a agenda do seu grupo para os debates do CGI. O que é importante no olhar dos negros em Manguinhos, para a política de saúde? Por que é importante o pessoal que trabalha na militância da cultura vir para dentro da saúde? A ideia era que a partir do CGI se respirasse a intersectorialidade a partir dos moradores, a partir de baixo e não a partir dos setores de governo. A agenda do gestor nunca é a agenda do território (Entrevistado 5).

Ainda com referência ao Conselho Gestor Intersetorial, o Entrevistado 6 posiciona-se de forma igualmente crítica. Destaca, principalmente, o esvaziamento dessa iniciativa, a não priorização por parte de atores importantes no que tange à sua participação, ao que acrescenta diálogos ainda frágeis com outros setores e, em muitos casos, até mesmo inexistentes. Além

disso, concorda com o Entrevistado 5, no que diz respeito ao insistente protagonismo do medo.

Nós temos o CGI, que é o Conselho Gestor Intersetorial, mas dentro dele a gente convida, para compor as ações de planejamento e execução das ações no território, a saúde, a educação e a assistência social. Mas não conseguimos fazer essa caminhada de fato, de verdade, como gostaríamos. Porque aí os professores tem dificuldade de participar das reuniões, a gestão desses dois segmentos não chega devido a dez mil outras atividades que tem que fazer e muitas das vezes a gente não consegue chegar ao objetivo que seria dar encaminhamento a algumas questões que para a gente seria fundamental. Tem algo mais, uma demanda vinda da população que a gente poderia estar dialogando com a gestão da área da educação e a gente não consegue chegar nele. E com outros setores a gente não consegue ver isso, nem a saúde, nem a própria Fiocruz fazendo essa articulação. Então a gente tem uma instituição de saúde no território e a gente não conseguiu diminuir esses impactos negativos que hoje tanto afligem a vida das pessoas (Entrevistado 6).

É muito difícil, é muito complicado. Você não tem a liberdade de falar o que pensa e no lugar que pensa. Eu acho que talvez isso restrinja muito a participação. Você quer agir, quer falar o que quer, mas tem que saber quem está a sua volta, quem é que vai ouvir isso ou quem é que vai ler isso que você está falando. Muito complicado! Eu mesmo e algumas outras pessoas já fomos vítimas disso e a gente sentiu na pele o quanto é ruim, o quanto é doloroso isso (Entrevistado 6).

Não obstante, o conteúdo dos relatos aponta para a existência de outros problemas. Alguns entrevistados destacam a própria estrutura da administração pública, em todos os níveis, como um importante fator limitante para a construção sólida de uma base intersetorial sustentável:

Qual era a limitação de qualquer intersetorialidade? Era a diversidade de comando. A lógica de governo é uma lógica setorial, então tem um que mexe no transporte, tem outro que mexe na educação, outro que mexe em limpeza urbana e aí cada um comanda uma coisa. Nesse momento na saúde houve um esforço grande de buscar a interlocução com outros setores visando essa integração no território, através da associação de moradores, através de conselhos intersetoriais que reuniam ali representantes e profissionais dos diversos setores visando uma articulação para gerar políticas públicas chamadas integradas. Integradas nesse sentido, buscando uma convergência de procedimentos e de resultados (Entrevistado 1).

Da parte da gestão, o modelo de OSs só não permite fazer mais porque o marco conceitual do município é restrito. Tem um problema a lógica da OS. Ao mesmo tempo em que te permite muito mais agilidade, por outro eu tenho um contrato de gestão que está escrito lá, tantas visitas, tanto número de cobertura, tanto resultado de pré-natal, a meta de diabetes é essa, a meta de tuberculose é essa. A concepção do contrato não expressa, isso é um problema, não dá conta da potencialidade. Se eu tenho um contrato que me

enclausura na possibilidade de inovar, quem paga a inovação? Eu não estou lá só para cumprir um contrato (Entrevistado 4).

Isso é um outro ponto que eu acho também que é importante: na verdade você tem um conjunto de intervenções que é puxado pelo poder público e não pelo Teias. O Teias é um projeto associado a esse conjunto de intervenções que supostamente está se propondo a desenvolver tecnologias, implementar melhorias nas intervenções que estão sendo propostas. A gente não pode esquecer o seguinte: as equipes de saúde da família, as clínicas da família os outros equipamentos de saúde são equipamentos do município, não são equipamentos da Fiocruz. A Fiocruz, através do Projeto Teias, ela busca ali qualificar essa intervenção, mas ela não é a dona da intervenção (Entrevistado 7).

Com base no relato acima, compreende-se que além de ter que superar uma lógica predominantemente fragmentada e setorializada quanto à sua concepção, a consolidação da abordagem intersetorial ainda precisa sobrepor-se às hierarquias e compartimentalizações que encontram-se cristalizadas, primeiro, na ordem constitucionalmente estabelecida que divide responsabilidades entre união, estado e município e, segundo, nas clausuras contratuais cuja única orientação é a estrita observância da legislação vigente. A autonomia da gestão, que poderia seguir uma linha mais ou menos compartilhada, no mais das vezes, acaba por enfrentar cizânias, rachaduras e fendas que podem tornar-se, em casos extremos, irreconciliáveis. Nesse sentido, é importante destacar a fala do Entrevistado 1: “*a lógica hierarquizada está na legislação, está na cabeça das pessoas e você não faz intersetorialidade tecnocraticamente*”.

As consequências disso são compreendidas muitas vezes como distanciamento entre ação e discurso, gerando descrença, perda de foco e desmobilização. Atores sociais importantes, como o Entrevistado 6, não hesitam em considerar, de forma taxativa, a intersetorialidade como algo que, de fato, “*ainda não acontece*” (Entrevistado 6):

Esse conceito de intersetorialidade ainda está só no papel. Está muito aquém de acontecer na realidade. É só olhar no entorno. A gente está numa instituição de saúde com um rio completamente poluído aqui do lado, com a própria horta, trazida pelo município do Rio de Janeiro e a Fiocruz não consegue se manifestar sobre a questão da avaliação do solo, esta horta está na margem de um rio que enche frequentemente e a gente não consegue fazer esse tipo de diálogo. Talvez eu seja radical demais, mas falta vontade de fazer mesmo. Então acho que talvez seja isso. Olhando friamente, a falta de vontade do agir político, do fazer diferente para essa população. Eu acho que, infelizmente, na minha visão, continuamos sendo vendidos na nossa pobreza, na nossa doença, nas nossas dificuldades e eu acho que, infelizmente, isso está longe de acabar. Poderia ter pessoas com muito mais envolvimento, com vontade de fazer [...]O discurso é um, a prática é outra. (Entrevistado 6).

Figura 16 – Canal do Cunha e a degradação ambiental



Fonte: O próprio pesquisador, 2014.

Na figura 16, é possível observar, à esquerda, a horta comunitária mencionada pelo Entrevistado 6. No centro da fotografia está o Canal do Cunha (desague do Rio Faria Timbó), notadamente degradado do ponto de vista ambiental. A proximidade com o canal compromete o solo à margem e põe em risco os produtos agrícolas produzidos pela horta. Trata-se de uma fotografia emblemática que expõe as fraturas intersetoriais: determinantes sociais, como alimentação, saneamento básico e meio ambiente, apresentam-se, visivelmente desarticulados.

Na esteira desse processo, há também a questão habitacional associada às obras do PAC. Entendida pelas instâncias governamentais envolvidas como carro-chefe de um conjunto de políticas capazes de reconfigurar, entre outros pontos, a paisagem urbana do território, o PAC previa, entre suas ações, a desapropriação de casas, sua posterior derrubada e a remoção de seus moradores. Tal estratégia foi, não poucas vezes, interpretada como inadequada pela população local, gerando manifestações de descontentamento, em muitos casos, apoiados por trabalhadores da própria Fiocruz.

Figura 17 – Moradias demolidas para obras do PAC



Fonte: <http://www.jb.com.br> (acesso em 20/02/2015)

Figura 18 – Manifestações da população removida



Fonte: <http://rioonwatch.org.br> (acesso em 20/02/2015)

É nesse mesmo diapasão que o Entrevistado 1 não se furta a declarar que tal política habitacional pode ser sintetizada na expressão “*passar o trator por cima da população*” (Entrevistado 1). Também nessa mesma linha, o Entrevistado 6 ressalta que as ações de desapropriação simplesmente ignoraram o impacto que seria gerado na organização das ações de saúde local:

Você tem também o PAC planejando remoções através da prefeitura. E a prefeitura também tem a saúde ali dentro com uma atuação de profissionais, equipes do Programa Saúde da Família que quando vai procurar o seu paciente, ué, cadê? Saiu. Para onde foi meu cadastrado? Ninguém sabe o que foi feito da pessoa, nem para onde vai. Aí você daqui a pouco, você planejou, reorganizou aquela área toda, ah, vamos construir mais 900 apartamentos aqui. Como você se rearranja de novo? Então assim, você não tem um diálogo, nem entre os governos, nem dentro da própria prefeitura (Entrevistado 6).

Prosseguindo com a análise de conteúdo das entrevistas, nota-se ainda uma nítida heterogeneidade, mesmo no grau tênue de articulação que alegadamente ainda pode existir entre os setores. A maior parte dos entrevistados apontam para diálogos mais ou menos permanentes entre Saúde, Educação e Assistência Social. Em oposição, conversar com a Segurança Pública parece praticamente impossível:

A gente teve um bom diálogo com a educação, ação social também, a gente conseguiu que eles viessem aqui pelo menos uma vez por semana escutar a população. Essas áreas tiveram um pouco mais de integração. Com a segurança foi muito assim, informativo, não tem negociação, não tem integração e o PAC, também, era muito mais o próprio estado sozinho (Entrevistado 2).

Com certeza a gente conversou mais com a educação e menos com a segurança pública, por razões até certo ponto, óbvias. A segurança pública tem menos habilidades para discutir questões de território, eles tem uma política própria e colocam no território (Entrevistado 3).

O melhor diálogo foi com a educação, não quer dizer que foi um paraíso, mas é onde se encontram os profissionais com maior sensibilidade social. O menor diálogo eu ia dizer é com a segurança. Existe um bom diálogo com alguns comandos, mas ali ao mesmo tempo é a área mais difícil porque os comandantes ou compactuam com a chamada ala podre ou não controlam. Então na verdade ‘nego’ entra arrebrandando morador. Então eu acho a área mais difícil, não tenha dúvida (Entrevistado 1).

Tendo em vista os relatos colhidos, verifica-se não ser exagero afirmar que o negligenciamento dos impactos que as questões de segurança pública impõem à saúde, seja por este ou por aquele motivo, constitui um choque entre políticas num mesmo território,

comprometendo a necessária cooperação entre elas. De outro modo, cumpre perguntar se esse prejuízo social à saúde pública causado pela implementação de políticas de segurança como as UPP (Unidades de Polícia Pacificadora), desarticuladas com outras políticas no território, é atenuado por sua eficácia. Essa premissa é contradita pelo Entrevistado 5, quando refere-se a Manguinhos como um “*território de exceção*”. De fato, os indícios de um ambiente de “guerra” ainda podem ser claramente observados no território, conforme mostra a figura a seguir.

Figura 19 – “Mensagem” do crime organizado em Manguinhos



Fonte: O próprio pesquisador, 2014.

Contudo, exatamente por admitir que a opção por se buscar a intersetorialidade, da forma como aqui é colocada, é verdadeiramente bastante complexa, há que se destacar os seus aspectos positivos. Quando a estes se referem, os entrevistados normalmente ressaltam as grandes dificuldades, a maioria delas aqui já enumeradas, para a conquista de alguns avanços. Ao que parece, o momento é marcado pela necessidade de se reconhecer que trata-se de um processo longo e desgastante mas que, todavia, já foi iniciado:

Olha, eu acho que o processo é aprendizado para os conselheiros, é aprendizado para a gestão, é aprendizado para os profissionais. Foi uma época de muitas mudanças, “somos todos aprendizes” nesse processo, a gente falava isso claramente. Acho que esse espaço era um espaço de certa forma, protegido no sentido de que nunca houve perseguição, ninguém sob risco. O que tinha sim, cada um tinha a sua participação comunitária para além do conselho, várias pessoas participavam do fórum de Manguinhos também, participavam de outros movimentos. Eu não identifiquei na época nenhum risco sobre isso. Acho que, se era chapa branca ou não, era um espaço que e a gente não tinha na verdade [...] aconteça o que acontecer, a gente estava ali para discutir. As minhas metas, as minhas ações eram, de certa forma algumas ações básicas estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde, por um contrato de gestão. Se eu fosse ser chapa branca, o que eu tenho que fazer minimamente é isso aqui, que a secretaria diz que eu tenho que fazer. Assim, eu não tinha nenhuma obrigatoriedade de estar fazendo [mais] nada. O que eu tinha de fazer pelo contrato, eu já tinha feito. Então aquele espaço ali, independente do que viesse, era um espaço dentro do seu tempo e de certa forma isso foi uma coisa que eu, eu acho que eu tive o respeito. As coisas vão acontecer no tempo que tiver que acontecer, nas prioridades que as pessoas trazem. Então não adianta eu chegar e pautar. Nós não tínhamos poder para fazer determinadas questões, o nosso poder era aglutinar, fomentar, criar lideranças criativas. Entendendo que a gente não tinha que mostrar resultados em um ou dois anos porque não é assim que se constrói participação social em um território onde aconteciam várias modificações. Um território que vinha a UPP e veio, é um território que estava com obras do PAC, era um território que as equipes estavam se firmando. Agora, tudo isso é um processo (Entrevistado 2).

O nível de articulação mantém-se precário. Você tem um conjunto de projetos que a Fiocruz puxa ali, mas ainda em um nível incipiente. Até porque o trabalho de resgate dessas populações ela leva uma geração ou duas, essa que é a verdade. Eu vou ser absolutamente franco, o que a gente está chamando ali de políticas públicas são na verdade políticas de redução de danos. Elas têm impacto em médio prazo (Entrevistado 7).

No saldo, o que mais a população ganhou foi na saúde. Na verdade, o desafio da intersetorialidade ele se expressou não numa grande integração ampla entre as diversas políticas porque essas diversas políticas ainda estão submetidas ao espaço e à autonomia dos diretores de outros serviços. Um aceita conversar o outro não aceita, um aceita fazer uma iniciativa, o outro não aceita e a autoridade, ao contrário do que nós imaginamos, a autoridade da saúde aqui que deveria ser a autoridade de forma colegiada junto com os outros dirigentes, ela na verdade nunca funcionou

completamente. Contudo houve um avanço importante, sem dúvida nenhuma. Isso gerou muitas iniciativas geradoras de emprego, estímulos à juventude, para resgatar a juventude do tráfico e diversas iniciativas que, num determinado momento chegaram a ser bem disseminadas. Mas também se viu, essa experiência também mostrou que na verdade o nível local sozinho não faz frente a uma tendência que é maior. Por exemplo, se uma esfera superior como o estado ou o próprio município como um todo não tem uma política de educação que seja de inclusão, que seja geradora de uma visão crítica entre os jovens, se não tem uma política habitacional, se o município não tem, aquele local vai padecer disso (Entrevistado 1)

Dessa forma, talvez seja possível escrever, de forma sintetizada, que a intersetorialidade ainda é algo que se aproxima tão somente de uma tentativa, clivada por diversas fragilidades que têm contribuído significativamente para a sua não efetivação. Entre elas, certamente podemos destacar a controversa questão de organização da participação política dentro do território; a forte resistência provocada pela lógica jurídico-administrativa, naturalmente segmentada e hierarquizada; as ações independentes do PAC, sobretudo com relação às questões habitacionais e a inexistência de diálogo com setores importantes, principalmente a segurança pública, conforme apontado em vários depoimentos.

Por outro lado, uma perspectiva mais otimista de alguns entrevistados acena para o início de um processo de mudanças em curso que poderá gerar bons resultados a médio e em longo prazo onde já se notam pequenos avanços como a ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família e a geração de emprego mediante iniciativas da Ação Social, associadas a políticas educacionais mais inclusivas. Não obstante, há que se manter o tema em discussão, sobretudo no que diz respeito a contribuições de outras abordagens para preenchimento das lacunas aqui mencionadas. Isso será debatido no subitem a seguir.

4.2.4 Aspectos práticos que podem auxiliar no delineamento de uma nova abordagem para a formulação de políticas públicas integradas

A investigação científica que fornece informações sobre dificuldades e lacunas de certas abordagens, conforme foi descrito no subitem anterior, é um convite à reflexão sobre novos rumos a serem trilhados. No caso da intersetorialidade, não é diferente. Talvez seja possível, com base na contribuição dos depoimentos coletados, delinear alguns aspectos, ainda que apenas como um movimento inicial, capazes de auxiliar na articulação de uma maneira diferente de formular políticas públicas, enfatizando a integração, não só entre

setores, mas também entre as instâncias governamentais. Será esse o esforço empreendido neste subitem.

Mais uma vez, opta-se por destacar os fatores aos quais os entrevistados concedem maior relevância, buscando-se extrair do conteúdo de seus relatos, aspectos que contribuam para atingir o objetivo que é almejado. Nesse sentido, algumas questões podem aqui ser mencionadas, até porque, foram ditas de forma cristalina: não existe, no Projeto Teias – Escola Manguinhos, intersetorialidade efetiva e; a intersetorialidade não dá conta de solucionar plenamente o problema de integração das políticas públicas.

A afirmação de que intersetorialidade propriamente dita nunca existiu plenamente no território de Manguinhos é assegurada categoricamente pelo Entrevistado 1 e corroborada pelo que diz o Entrevistado 2:

Intersetorialidade na acepção completa do termo nunca houve. Isso teria que se dar através de arranjos, parcerias com outros setores. Mas isso esbarra, e isso você vê tranquilamente, na segmentação da autoridade municipal, tem lá as secretarias que caminham juntas até certo ponto, depois não caminham mais, aí trocam o sujeito e esse sujeito não quer mais, entendeu? É um negócio assim, muito difícil, como eu acreditei muito nesse projeto, e acredito até hoje, mas estar ali no campo, mesmo com o recurso e você tendo que enfrentar porta fechada [...] Agora, se conseguiu muita coisa, muita coisa (Entrevistado 1).

Eu acho que a gente fez diálogos para a intersetorialidade. A gente se aproximou dos outros setores, a gente se aproximou para a construção de algumas ações. Agora, a política intersetorial certamente não existiu. É claro que no campo da saúde, a gente tentou pensar em políticas que promovam saúde. No caso da intersetorialidade a promoção à saúde seria a nossa temática que nos une. A gente está pensando em políticas que promovam a saúde: espaços comunitários saudáveis, área de lazer, iniciativas que promovesse a alimentação saudável, habitação saudável, que não pode ser uma habitação minúscula. Mas a execução de todas essas coisas depende de outros setores e a gente não tinha interlocução tão formal. Até porque o Teias ele era um contrato do município para gerenciar uma área. Eles delegavam poder limitado. A Secretaria Municipal de Saúde chegou uma vez a falar que a gente não era prefeito de Manguinhos, nem secretários de saúde de Manguinhos (Entrevistado 2).

Escrevendo de outra forma, insiste-se na ideia de que a abordagem intersetorial, ao partir da saúde como temática ampla, não encontra eco suficiente nos outros setores para consolidar-se, além de não conseguir sobreviver às peculiaridades da administração pública em todos os níveis e instâncias. Para isso contribuíram a falta de interlocução setorial e a difícil conciliação das questões políticas referentes à autonomia do território. No contexto do

Projeto Teias – Escola Manguinhos, o conceito de intersetorialidade viu-se, assim, reduzido tão somente a mais uma palavra, integrante de uma elaboração teórica que se resumiu em uma suposta valorização erudita do projeto. Sobre tudo isso, comenta o Entrevistado 7, quando refere-se à intersetorialidade como “*palavra mágica*” e “*quimera*”, além de ressaltar que manipulação dos conceitos presta-se tão somente a “*uma disputa acadêmica em que nem sempre o que está em primeiro plano é a necessidade do usuário*” (Entrevistado 7).

A intersetorialidade é uma espécie de palavra mágica. O que está por trás da intersetorialidade é a ideia de um conjunto de políticas convergentes em diversos setores de política: educação, saúde, cultura, segurança, saneamento, urbanização. Então, existe esse consenso aí, há muito tempo, de intersetorialidade, eu acho que é importante, mas é uma coisa que é muito difícil de colocar em prática efetivamente. Está muito associado à ideia de território porque o território seria, nessa visão aí, o locus de convergência dessas diversas políticas. Quer dizer, é dentro do território que as políticas convergentes, que os diversos setores deveriam, supostamente, estar coproduzindo uma transformação, uma melhoria na vida das pessoas. Mas até que ponto essa experiência modelar, esse caso exemplar, enfim esse projeto consegue realizar essa quimera da intersetorialidade, é um ponto em aberto. Tenho a impressão de que bem menos do que se propôs. A intersetorialidade é uma coisa desejada, todo mundo acha bonito, bacana. Mas a verdade é que os modelos de atenção não dão conta da intersetorialidade. Na prática, o que está ao alcance do ator político é o que está no seu campo de competência, na sua jurisdição. Da maneira como a administração pública está organizada hoje, são outros ministérios, outras secretarias, outras políticas, todo mundo acha importante a convergência, mas acho que tem pouco avanço. (Entrevistado 7).

Os modelos de atenção não dão conta da intersetorialidade e, ao que parece, a intersetorialidade não dá conta de integrar as políticas. Na perspectiva do Entrevistado 4, o que se deveria esperar da abordagem intersetorial é muito menos do que se propaga nos meios acadêmicos. De acordo com o seu depoimento, há um equívoco epistemológico quando se atribui à saúde essa missão integradora sendo mais adequado entender a intersetorialidade como algo inerente ao campo sanitário, que requer a contribuição de outros setores e não conexões entre eles. Se por um lado essa compreensão reduz expectativas e desfaz o nó abstrato, por outro, exime-se de propor outra abordagem de formulação e mantém o insulamento como obstáculo insuperável:

É uma questão, da qual eu sou particularmente crítico, que é uma espécie de pretensão do campo sanitário, um pouco acadêmica e um pouco política também, de que o conjunto das políticas públicas poderia ser subordinado à saúde. É preciso separar bem isso. Uma coisa é a compreensão da saúde

como um campo de ação obrigatoriamente intersetorial. Se eu tenho políticas públicas de educação eu tenho que observar os impactos na saúde, se eu tenho política pública de transporte eu tenho que observar impactos na saúde, se tenho políticas públicas de habitação e assim por diante. Isso é uma coisa. Outra coisa é dizer que eu dissemino um conceito de saúde [...] saúde é finalidade da nossa vida, razão última. Você quer viver mais e melhor e de preferência feliz. Para isso concorre: onde você trabalha, onde você estuda, onde você mora, etc. Isso é diferente de a política de saúde domine ou digamos, dirija, o conjunto dessas ações. Eu acho que de fato o campo, digamos, do que a gente chamaria de condicionantes ou determinantes do processo saúde-doença, é um domínio que é prioritariamente da saúde. O conceito de saúde enquanto espaço de vida subordinado a determinantes múltiplos deve ser uma matriz teórica para políticas públicas. Vou pegar a coisa mais banal do mundo: política de trânsito. Uma política de trânsito sem cinto de segurança seria, no limite do raciocínio, uma política de trânsito que não olha para a saúde. Agora, não sou eu da saúde, digamos, na legislação sanitária, que vou aprovar ou fiscalizar o uso do cinto de segurança. Eu enquanto política pública, interfiro, interajo com o outro, mas eu não vou fazer a política dele. Do ponto de vista operacional, vamos descer, não adianta que eu não vou praticar intersetorialidade sob domínio gerencial e político pleno da saúde no território de Manguinhos. Vamos combinar! Desse ponto de vista eu diria que isso é uma ilusão, isso é uma debilidade conceitual analítica e por aí vai. Me importa trabalhar com política saúde-escola? Me importa. Agora, isso não tem nada a ver com política educacional. Me importa trabalhar com a questão da violência na região? Me importa. Agora, eu não vou dirigir a UPP. Esse é um processo que, se eu fosse idealizar, eu teria todas as políticas públicas conectadas e integradas (Entrevistado 4).

De fato, ter “todas as políticas públicas conectadas e integradas” (Entrevistado 4) pode constituir-se em uma idealização, todavia, nem por isso, se torna menos desejável. A articulação do conteúdo das entrevistas buscará, daqui por diante, sistematizar as ideias que, possivelmente, possam contribuir para um modo de formular políticas mais atento às conexões e interdependências. Para o Entrevistado 6, para começar a pensar nisso seria necessário alterar o que ele chama de “formas de planejamento”, alertando, também para a necessidade de criação de espaços de discussão entre os diferentes governos:

Seria a proposta, principalmente de se planejar em conjunto, unificar essas ações, seja na saúde porque aí a gente estaria discutindo a habitação, habitação saudável [...], estaria discutindo com a questão da educação, como eu posso tratar uma pessoa com tuberculose se eu não sei se ele tem um alimentação adequada, cuidados adequados, se ele sabe ler a receita, se ele sabe ler os remédios, qual é o remédio que tem que tomar naquele horário. Então tem uma certa falta de planejamento em conjunto que eu acho que dificulta, tanto no cuidado da saúde quanto no desenvolvimento pessoal e local dessa comunidade. Acho que tem que ter planejamento em

conjunto, as coisas tem que andar juntas e a gente não consegue fazer isso [...] A segunda coisa é que deveria ter esse espaço obrigatório desses governos, desses governos sentarem e dialogarem e colocar na mesa aquilo que tem planejado para aquele local, para aquela área para aquela comunidade. Então, assim, eu não vou chegar aqui com um projeto de esporte, simplesmente porque eu quero, eu tenho esse projeto na mão e eu quero colocar ali. Tem que dizer quem é que vai, porque que vai, a quem é destinado e qual a integração que eu faço, por exemplo, com a academia carioca que é uma área de esporte dentro da clínica da família que tem uma vertente de priorizar os grupos de risco, hipertensos, diabéticos, não sei o quê, sobrepeso. Então assim, tem algo vinculado a questão da saúde, como é que a gente integra? Acho que está faltando essa coisa, planejamento (Entrevistado 6).

Além desse planejamento conjunto por meio da criação de espaços “intergovernamentais”, poder-se-ia acrescentar um aspecto defendido pelo Entrevistado 5. Segundo ele, a base mais sustentável de formulação emana das demandas do território, a partir de um viés mais estruturante. Nesse sentido, estariam razoavelmente garantidos os direitos à participação ao mesmo tempo em que se coibiria a descontinuidade das ações:

Partindo do território poderia haver uma pegada que fosse mais estruturante, ser um catalisador de gestores para algo mais estruturante e não dependendo da aproximação a partir do próprio gestor, por que o gestor do serviço público ele hoje é um, amanhã é outro, e depende da orientação política de um e de outro e desmobiliza-se. Então é a leitura crítica da chamada descontinuidade. Como você pode reverter a descontinuidade, já que você não tem o poder central da política de saúde? É você, a partir dos locais, ter uma presença efetiva, dialogar e, com isso, ser ali o caldeirão dos determinantes sociais (Entrevistado 5).

O Entrevistado 2, tal qual o Entrevistado 6, também entende como positiva a criação de espaços institucionalizados e afirma que importantes avanços seriam conseguidos a partir da criação de agendas comuns, casadas, que poderiam, inclusive, aproveitar eventos marcantes como forma de suscitar o consenso em torno dessa construção:

[Para o futuro] eu acho que isso teria de ser em cima de agendas de interesse comum em espaços institucionalizados. Por exemplo, Olimpíadas que vem aí em 2016. A gente não poderia estar construindo uma agenda intersetorial em cima do esporte, que interessa para a saúde, é a saúde do jovem, interessa para a educação [...] Porque se você chama ‘ah, vamos sentar para discutir’, todo mundo tem mil coisas para fazer, tem metas, então a gente não constrói, mas tem alguns temas que são integradores, que poderiam estar agregando parceiros e aproveitar algumas oportunidades e construir fóruns, espaços que pudessem ser deliberativos. Eu acho que é possível, mas não é simples (Entrevistado 2).

O Entrevistado 7 inclui nesse conjunto de fatores a necessidade de retirar as ideias do plano abstrato e intensificar o foco no cidadão. Segundo ele, é preciso que a formulação de políticas públicas evolua de baixo para cima, escutando melhor o usuário do serviço por meio de métodos mais adequados de avaliação, menos focados em indicadores quantitativos e mais atentos à realidade das pessoas.

Isso é um ponto que desafia várias áreas de políticas públicas, porque os modelos, por melhores que eles sejam, por mais adequados, eles são sempre modelos, eles estão ali no plano da abstração. O que talvez fosse desejável, do ponto de vista do usuário seria desenvolver tecnologias mais participativas de avaliação de serviço, de avaliação de política em um nível de sofisticação e de elaboração que a gente não consegue ter. De análise, de avaliação com maior envolvimento do público alvo. Poderia até evoluir para um modelo de co-proposição de modelos para trazer na verdade a formulação das políticas para mais perto da realidade das pessoas. Isso é um tremendo desafio, também. A meu ver, hoje passaria por você estabelecer metodologias avaliativas com maior participação dos interessados, dos usuários, dos próprios beneficiários dos serviços (Entrevistado 7).

Dessa forma, os relatos apontam nitidamente para alguns aspectos práticos que poderão, possivelmente, auxiliar no delineamento de uma nova maneira de formular políticas públicas. De forma resumida, podemos dizer que tais aspectos incluem, no mínimo: mudança no foco do planejamento de políticas públicas, institucionalizando-se espaços de participação amplos e democráticos, acima das instâncias setoriais e governamentais; agenda pública construída a partir das demandas dos territórios e não dos gestores e dirigentes; criação de metodologias de avaliação de políticas desvinculadas da exclusividade dada às fórmulas matemáticas e mais atentas a fatores não quantificáveis.

5 RESULTADOS DA PESQUISA

5.1 Operacionalização dos Dados da Pesquisa Documental: O Ciclo do Projeto Teias – Escola Manguinhos

Os dados coletados nas entrevistas foram decisivos para a descrição de um conjunto de fatores que possibilitou alargar a compreensão de diversos aspectos referentes à formulação do Projeto Teias – Escola Manguinhos enquanto política pública com aspirações intersetoriais. A pesquisa documental, contudo, vinculou-se à fundamentação teórica naquilo que diz respeito à identificação mais ampla das fases do Ciclo de Políticas Públicas, envolvendo outras etapas além da formulação.

O Ciclo de Políticas Públicas foi descrito neste trabalho como o conjunto de passos que, encadeados, apresentam de forma analítica todo o desenvolvimento da política pública em questão. Secchi (2011) constituiu esse ciclo de sete etapas: Identificação do Problema, Formação da Agenda, Formulação de Alternativas, Tomada de Decisão, Implementação, Avaliação e Extinção da Política.

As quatro primeiras etapas podem ser agrupadas na perspectiva de *agenda setting*, conforme preconiza Kingdon (2011) em seu Modelo dos Múltiplos Fluxos, aqui já exaustivamente comentado. De forma subsidiária e acessória à essa pesquisa (cujo foco principal é a etapa de formulação), a maioria dos eventos relevantes apontados pela pesquisa documental, diz respeito, fundamentalmente, à implementação do Projeto Teias – Escola Manguinhos.

Recuperando-se o Quadro 6, compõe-se o Quadro 7, identificando para cada evento a respectiva etapa do ciclo de políticas a ele associada:

Quadro 7 – Ciclo de Políticas Públicas – Projeto Teias – Escola Manguinhos

Principais Eventos do Projeto Teias	Relevância	Ano	Etapa
Início, em Manguinhos, das obras do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC).	Unindo os governos federal, estadual e municipal, o PAC tinha como objetivo integrar as favelas à cidade formal através do processo de urbanização e da prestação de serviços públicos de qualidade.	2007	Formação da Agenda
Assinatura do contrato gestão entre a SMS-RJ e a FIOTEC formalizando o início do Projeto Teias – Escola Manguinhos.	A instituição do programa estabelece-se através de uma modalidade de parceria voltada para a contratualização das ações em saúde na perspectiva da gestão pública por resultados.	2009	Formação da Agenda

Ampliação da Estratégia de Saúde da Família para cerca de 37.000 pessoas residentes em Manguinhos.	Teve como objetivo permitir maior acesso à atenção, assim como propiciar as condições para a mudança do modelo tradicional de atenção primária para o modelo universal.	2010	Implementação
Criação do NASF (Núcleo de Assistência à Saúde da Família).	Teve como objetivo promover o apoio matricial às Equipes de Saúde da Família a fim de contribuir para a adoção de práticas que propiciem um cuidado integral aos usuários, atuando em consonância com as recomendações do Ministério da Saúde.	2010	Implementação
Início da integração das obras do PAC ao Projeto Teias.	Visou à atuação nos determinantes sociais através da promoção, prevenção e cuidados de saúde, integrados às mudanças do ambiente, em sua dimensão intersectorial, fomentando a articulação de atores e intervenções locais e identificando as vulnerabilidades sociais.	2010	Implementação
Realização do censo demográfico domiciliar, que traça um perfil mais preciso da população de Manguinhos.	Produziu informações demográficas mais precisas, permitindo a identificação de transições como o acentuado envelhecimento populacional acompanhado da manutenção de iniquidades sociais.	2010	Implementação
Inauguração da Clínica da Família Victor Valla. Alteração do perfil assistencial do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria.	Essas duas unidades de Saúde da Família dividem entre si a cobertura territorial do Complexo de Manguinhos e abrigam as 13 (treze) equipes de profissionais.	2010	Implementação
Efetivação das iniciativas Consultório na Rua, Academia Carioca da Saúde e Cegonha Carioca.	O Consultório na Rua tem o objetivo de garantir à população moradora de rua o acesso à atenção à saúde. A Academia Carioca busca favorecer a adoção de um estilo de vida saudável por meio do incentivo à atividade física. O Cegonha Carioca visa captar a gestante no primeiro trimestre de gravidez, qualificar o cuidado e realizar os exames necessários para um efetivo acompanhamento até o parto.	2011	Implementação
Entra em curso o Projeto de Monitoramento da Qualidade da Água de Consumo no território.	Como resultado dessa iniciativa é apontado o monitoramento já realizado da água em todas as unidades escolares da rede pública de ensino, localizadas no bairro. Uma segunda etapa planejada, porém sem data prevista, é a realização dessa atividade nos domicílios dos moradores da comunidade.	2011	Implementação

É implantado o Registro Eletrônico de Informação (REIS) nas unidades de Saúde da Família.	Através do REIS, a entrada de dados administrativos e do prontuário clínico permitiu qualificar o registro de dados que alimentam o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e o Boletim Ambulatorial de Procedimentos (BPA), além de possibilitar a extração de outros indicadores a partir do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP).	2011	Implementação
Acontece a primeira reunião do CGI (Conselho Gestor Intersetorial) formalizando a sua criação e início de funcionamento. É realizada a 1. ^a Conferência Local de Saúde de Manguinhos.	Marca o início da gestão participativa do Projeto Teias - Escola Manguinhos enfrentando o desafio na busca de novos marcos de integração da política pública de saúde com a participação cidadã. As Conferências Locais de Saúde são espaços potenciais para diálogo entre profissionais de saúde e moradores, para seleção de prioridades nas ações, de forma livre, inclusiva e consensual.	2011	Implementação
As duas unidades de saúde de Manguinhos, aderem ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).	O principal objetivo desse programa é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde.	2011	Implementação
O Projeto Teias – Escola Manguinhos participa da Cooperação Tripartite Brasil-Cuba-Haiti para o fortalecimento do sistema de saúde haitiano.	O projeto contribui internacionalmente, especificamente na atenção primária por meio da experiência acumulada na estratégia de agentes comunitários de saúde (ACS).	2011	Implementação
Consolida-se o curso de atualização “Ambientação no Contexto da Saúde da Família” para profissionais de Manguinhos.	O curso faz parte da estratégia de Educação Permanente que abrange o processo de qualificação dos profissionais da Saúde da Família, em conformidade com a Política Nacional de Atenção Básica.	2011	Implementação
Integração do Bolsa Família à Gestão do Projeto Teias.	Permitiu associar o mais importante programa de benefícios do governo federal com o reforço do acesso a direitos sociais básicos nas áreas de educação, saúde e assistência social, por meio do cumprimento de condições como garantia da frequência escolar, vacinação em dia e comparecimento às consultas nas unidades de saúde, entre outras.	2011	Implementação
Efetivação do programa de atenção domiciliar Melhor em Casa.	Destaca a importância de atendimento diferenciado aos idosos com dependência, pacientes acamados e deficientes, por meio de um serviço especializado.	2012	Implementação

Criação de Grupo de Trabalho com o objetivo de sistematizar a avaliação do Projeto Teias Escola – Manguinhos como Política Pública de Saúde.	A sistemática de avaliação deverá ser centrada no usuário e o recolhimento de dados se dará, preferencialmente, nas unidades clínicas.	2013	Avaliação
--	--	------	-----------

Fonte: A experiência do Território Escola Manguinhos na Atenção Primária de Saúde – 2012 / Atas de Reunião do CGI (Conselho Gestor Intersetorial) 2011 – 2014.

Verifica-se que as principais iniciativas do projeto encontram-se já implementadas, sendo o período atual voltado para as ações de avaliação. Ressalta-se que a avaliação mencionada não diz respeito à simples elaboração e divulgação de indicadores quantitativos, sendo que a sua sistematização segue um curso mais complexo não tendo sido totalmente concluída, justamente por isso, até o momento da finalização desta pesquisa.

5.2 Operacionalização dos Dados da Pesquisa com Fontes Orais

5.2.1 O Modelo dos Múltiplos Fluxos aplicado ao Projeto Teias – Escola Manguinhos

A opção pelo Modelo dos Múltiplos Fluxos, desenvolvido por John Kingdon em 1995, como elemento central do procedimento metodológico desta pesquisa procura, em parte, reproduzir as origens históricas de sua elaboração, ao criar, da mesma forma que o autor, uma base de dados empíricos obtida por meio de entrevistas com servidores públicos envolvidos nos estágios pré-decisórios da formulação de políticas (KINGDON, 2011). O modelo de Kingdon tornou-se referência na análise de políticas públicas para pesquisadores que priorizam a centralidade dos governos nesse processo.

Nesse sentido, associando-se o modelo à metodologia clássica de Análise de Conteúdo, neste caso tendo Lasswell (1987) como autor central, a pergunta metodológica a ser respondida por esta pesquisa, com base nos relatos dos entrevistados, é: “para dizer o quê?”. Em outras palavras, significa identificar no conteúdo de suas falas, os fragmentos textuais mais significativos, com o propósito de transformar os dados em informações valiosas para a sustentação dos esforços teóricos aqui empreendidos. Esses dados empíricos serão sintetizados a partir das categorias e unidades de análise definidas no Capítulo 3 deste trabalho. Essa sistematização é apresentada a partir do Quadro 8:

Quadro 8 – *Problems Stream* (Fluxo de Problemas) - Indicadores

Categoria	Definição Categoria	Unidades de Análise	Síntese dos Dados
<i>Problems Stream</i>	O modelo pretende analisar porque questões são compreendidas como problemas e por que esses mesmos problemas passam fazer parte da agenda governamental (KINGDON, 2011)	Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> • Atenção básica deficiente no território; • Baixa cobertura percentual da Estratégia Saúde da Família no município (3%); • Modelo de gestão frágil e vulnerável.

Fonte: Conexão entre teorias e dados da pesquisa empírica.

Quadro 9 – *Problems Stream* (Fluxo de Problemas) – Eventos, crises e símbolos

Categoria	Definição Categoria	Unidades de Análise	Síntese dos Dados
<i>Problems Stream</i>	O modelo pretende analisar porque questões são compreendidas como problemas e por que esses mesmos problemas passam fazer parte da agenda governamental (KINGDON, 2011)	Eventos, Crises e Símbolos	<ul style="list-style-type: none"> • Chegada em Manguinhos das obras do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC); • Definição por parte da Prefeitura do Município do modelo de gestão da saúde através de Organizações Sociais.

Fonte: Conexão entre teorias e dados da pesquisa empírica.

Quadro 10 – *Problems Stream* (Fluxo de Problemas) – *Feedback*

Categoria	Definição Categoria	Unidades de Análise	Síntese dos Dados
<i>Problems Stream</i>	O modelo pretende analisar porque questões são compreendidas como problemas e por que esses mesmos problemas passam fazer parte da agenda governamental (KINGDON, 2011)	<i>Feedback</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família para 100% em Manguinhos e 40% em todo o município do Rio de Janeiro; • Conversão da Fiotec em Organização Social.

Fonte: Conexão entre teorias e dados da pesquisa empírica.

Quadro 11 – *Policy Stream* (Fluxo de Soluções)

Categoria	Definição Categoria	Unidades de Análise	Síntese dos Dados
<i>Policy Stream</i>	Elencam-se as possíveis soluções e alternativas (<i>policy alternatives</i>) para os problemas. As ideias que surgem nesse fluxo não se associam, necessariamente, aos problemas identificados no processo de agenda setting (KINGDON, 2011)	Vertente sanitária predominante	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo de território integrado de atenção à saúde (TEIAS), com ênfase na abordagem intersetorial.

Fonte: Conexão entre teorias e dados da pesquisa empírica.

Quadro 12 – Political Stream (Fluxo Político) “Clima”

Categoria	Definição Categoria	Unidades de Análise	Síntese dos Dados
<i>Political Stream</i>	<p>“Diferentemente do fluxo de alternativas (<i>policy stream</i>), em que o consenso é construído com base na persuasão e difusão das ideias, no fluxo político (<i>political stream</i>) as coalizões são construídas em um processo de barganha e negociação política” (CAPELLA, 2007, p. 92)</p>	"Clima"	<ul style="list-style-type: none"> • Ambiente de entendimento, tendo em vista que foram eleitos para presidente da república, governador do estado e prefeito do município, políticos integrantes da mesma coalizão partidária.

Fonte: Conexão entre teorias e dados da pesquisa empírica.

Quadro 13 – Political Stream (Fluxo Político) – Organização das Forças Políticas

Categoria	Definição Categoria	Unidades de Análise	Síntese dos Dados
<p><i>Political Stream</i></p>	<p>“Diferentemente do fluxo de alternativas (<i>policy stream</i>), em que o consenso é construído com base na persuasão e difusão das ideias, no fluxo político (<i>political stream</i>) as coalizões são construídas em um processo de barganha e negociação política” (CAPELLA, 2007, p. 92)</p>	<p>Organização das forças políticas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ministério da Saúde define a política nacional de atenção básica centrada na ideia de território integrado; • Governo do Estado coordena as obras do PAC e constrói equipamentos de saúde; • Prefeitura define o modelo de gestão da saúde através de Organizações Sociais; • Fiocruz assume a gestão local convertendo juridicamente a Fiotec em Organização Social; • A população de Manguinhos manifesta-se contra as obras do PAC e enfrenta dificuldades para articular uma participação social efetiva.

Fonte: Conexão entre teorias e dados da pesquisa empírica.

Quadro 14 – *Political Stream* (Fluxo Político) – Mudanças de posição na estrutura governamental

Categoria	Definição Categoria	Unidades de Análise	Síntese dos Dados
<i>Political Stream</i>	“Diferentemente do fluxo de alternativas (<i>policy stream</i>), em que o consenso é construído com base na persuasão e difusão das ideias, no fluxo político (<i>political stream</i>) as coalizões são construídas em um processo de barganha e negociação política” (CAPELLA, 2007, p. 92)	Mudanças de posição na estrutura governamental	<ul style="list-style-type: none"> No segundo governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, durante a gestão do ministro da saúde José Gomes Temporão, o pesquisador da Fiocruz José Carvalho de Noronha, defensor do modelo de território integrado, assume o comando da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS).

Fonte: Conexão entre teorias e dados da pesquisa empírica.

O Modelo dos Múltiplos Fluxos é uma construção intelectual não ortodoxa e por isso pouco familiar. A princípio, pode causar estranheza em razão de sua estrutura fluida e não hierarquizada. A ideia inicial de Kingdon preconizava a independência dos três fluxos, que somente se conectariam naquilo que o autor chamou de *policy window* ou “janela política”. Contudo, em trabalhos mais recentes, Kingdon (2011) admitiu que, de forma subsidiária, podem ocorrer interdependências entre os três fluxos antes da composição da janela. De fato, isso pode ser verificado dentro do contexto desta pesquisa, tendo em vista que fatores vinculados a um dos fluxos relacionam-se, de certa forma, com aspectos associados aos outros dois. Essas relações podem ser mais bem compreendidas através da visualização do Quadro 15:

Quadro 15 – Interdependência entre fluxos antes da composição da *Policy Window*

Fluxo	Fator Relacionado	Fluxo	Fator Relacionado
<i>Problems Stream</i>	Chegada em Manguinhos das obras do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC);	<i>Political Stream</i>	Governo do Estado coordena as obras do PAC e constrói equipamentos de saúde;
<i>Problems Stream</i>	Definição por parte da Prefeitura do Município do modelo de gestão da saúde através de Organizações Sociais.	<i>Political Stream</i>	Prefeitura define o modelo de gestão da saúde através de Organizações Sociais;
<i>Policy Stream</i>	Modelo de território integrado de atenção à saúde (TEIAS), com ênfase na abordagem intersetorial.	<i>Political Stream</i>	No segundo governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, durante a gestão do ministro da saúde José Gomes Temporão, o pesquisador da Fiocruz José Carvalho de Noronha, defensor do modelo de território integrado, assume o comando da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS).

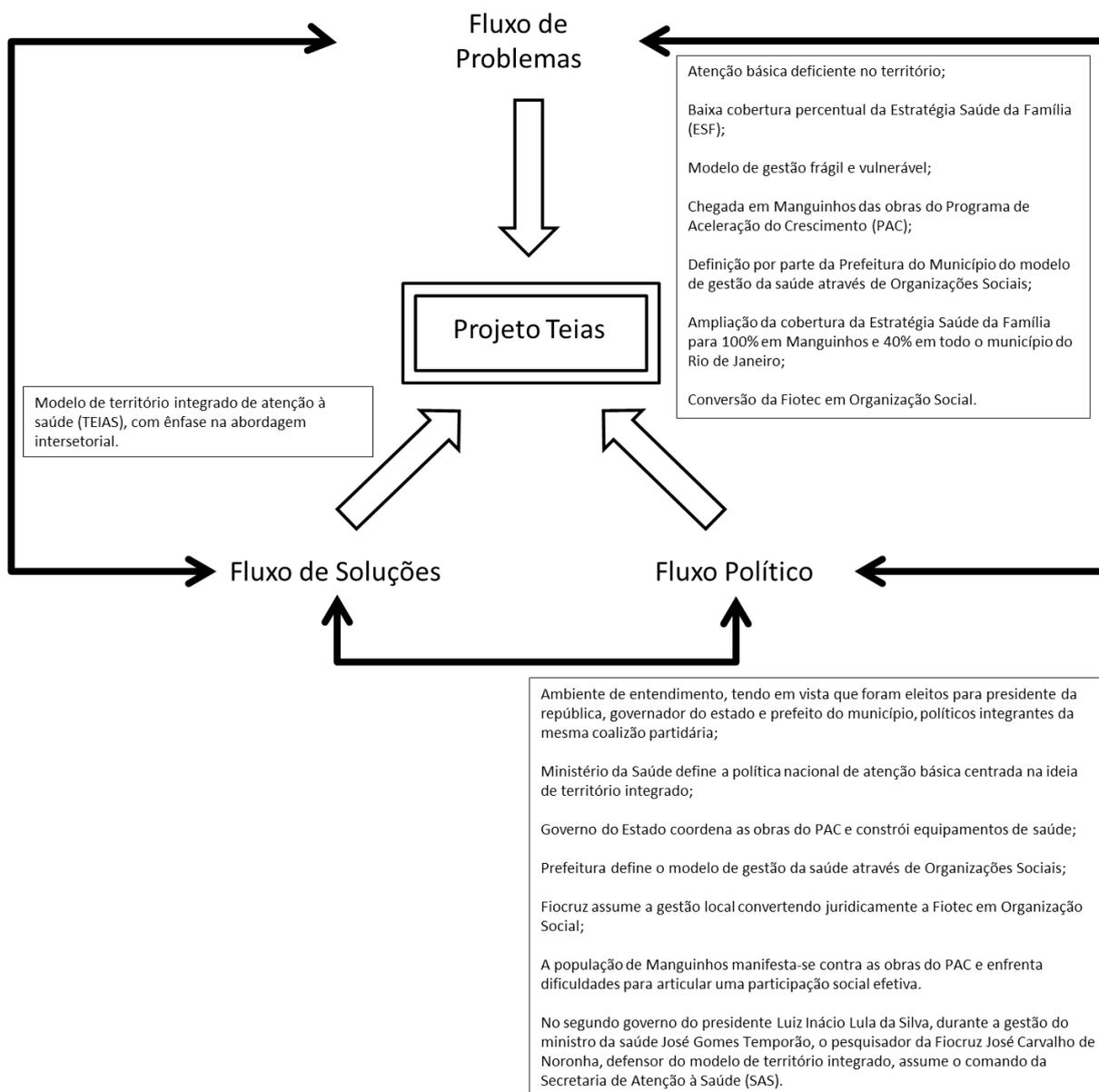
Fonte: Conexão entre teorias e dados da pesquisa empírica.

Tais interdependências, de forma alguma invalidam a composição da “janela política”. Ao contrário, contribuem para salientar, de forma mais objetiva, que elementos são mais vitais para a sua formação. A partir da interpretação do Quadro 14, pode-se verificar que esses elementos, no caso do Projeto Teias – Escola Manguinhos, são: as obras do PAC, que constituem-se tanto em problema sob a forma de evento, como em fator decisivo na organização das forças políticas dentro do território; a gestão municipal dos serviços de saúde por Organizações Sociais que, ao mesmo tempo, é “crise” que provoca movimentos de adequação e aspecto central do poder político municipal em Manguinhos e; a adoção do modelo de território integrado de atenção à saúde que configura-se como solução predominante somente após adquirir autoridade política dentro do Ministério da Saúde.

Na esteira desse processo, é possível observar também como, nos três casos destacados, o fluxo político marca presença importante. De fato, a política parece constituir-se no fluxo mais fluido dos três, permeando e relacionando-se com os demais, antes, durante, e após a formação da janela política.

Tendo em vista todos esses detalhes, de acordo com a discussão empreendida até aqui e lançando mão da Figura 2, exposta no segundo capítulo desta pesquisa, expõe-se abaixo a Figura 20, como forma de visualização da *policy window* que viabilizou a entrada do Projeto Teias – Escola Manguinhos na agenda pública federal, estadual e municipal:

Figura 20 – Composição da *policy window* para o Projeto Teias – Escola Manguinhos



Fonte: Elaboração própria

Dois aspectos referentes à figura acima precisam ser ressaltados. Em primeiro lugar, é preciso entender, segundo preconiza o Modelo dos Múltiplos Fluxos, que os fatores listados no fluxo de problemas representam aspectos detentores de problemas potenciais, ainda nesse estágio, indefinidos. Por exemplo, a conversão da Fiotec em Organização Social, por si só, não é um problema. Mas os impactos da mudança de seu modelo jurídico com a finalidade de adequar-se às diretrizes preconizadas pela Secretaria Municipal de Saúde poderão ser. A ampliação da Estratégia Saúde da Família para 100%, embora pareça assumir características de solução, tem implicações implícitas extremamente problemáticas, tais como a maneira como essa ampliação se deu e sua real efetividade. O mesmo pode-se dizer das obras do PAC que, em tese, deveriam ser reconhecidas mais por suas melhorias, mas, não poucas vezes, associam-se a aspectos negativos, como foi o caso da remoção de moradores.

Em segundo lugar, há que se ressaltar o viés pouco convencional de *garbage can* ou “lata de lixo”, impresso no Modelo dos Múltiplos Fluxos. Conforme já comentado na fundamentação teórica desta pesquisa, esses modelos desconsideram qualquer linearidade causal e ordenada com relação à criação de soluções depois do surgimento dos problemas. No caso do Projeto Teias – Escola Manguinhos, o modelo de território integrado de atenção à saúde já existia como construção teórica bem antes de surgir a oportunidade de experimentá-lo a partir de um problema reconhecido no Complexo de Manguinhos.

5.2.2 Novas perspectivas sobre o dilema da intersetorialidade

Conforme a fundamentação teórica, que compõe o capítulo 2 deste trabalho, o conceito de saúde impulsionado no país pela Reforma Sanitária Brasileira e tornado legítimo pela Constituição de 1988, cria um tensionamento no que diz respeito à lógica administrativa que sustenta o Estado brasileiro (ANDRADE, 2006). Ao mesmo tempo em que conecta a saúde com determinantes sociais tais como moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais, concede a uma política setorial a responsabilidade de formular políticas habilitadas a interferir em todos os outros campos, a partir da prerrogativa de que a saúde é um direito do cidadão e dever do Estado.

A construção de um sistema único de saúde universal, igualitário e integral obedece a uma orientação ideológica vinculada a mudanças sociais e econômicas que, possivelmente, não encontra eco em outros setores igualmente importantes. Esse descasamento ideológico oferece-se como extenso desafio para um sistema que, em sua concepção, é essencialmente

transdisciplinar. Por outro lado, tendo em vista que entre as diretrizes do SUS também está a descentralização como estratégia abrangente de formulação e implementação, talvez seja possível concluir que a busca por essa transdisciplinaridade deva se dar a partir da gestão local territorializada.

Assim, o problema atual assume viés localizado, imbricado com as dificuldades operacionais de intervir com saberes e práticas intersetoriais em um ambiente eivado de “vícios” disciplinares quanto à formação e setoriais quanto à estrutura. Sucumbir perante tais obstáculos pode significar a inviabilização da política pública em questão.

Conforme escreve Andrade (2006, p. 280), “sobre a intersectorialidade há um consenso discursivo e um dissenso prático”. Até então, a abordagem intersetorial é ponto pacificado em todas as vertentes teóricas sanitárias que disputam a hegemonia acadêmica. Contudo, do ponto de vista prático a complexidade requerida pela realidade exige muito mais do que essa abordagem pode oferecer.

Problemas complexos agregam uma diversidade imensa de fatores interconectados e interdependentes que, da mesma forma, necessitam de uma abordagem da mesma natureza. Dessa forma, é preciso compreender o “dilema da intersectorialidade” (ANDRADE, 2006, p. 27) segundo a investigação empreendida neste trabalho, antes de consolidar uma proposta teórico-prática para possíveis novas abordagens.

Nesse sentido, os dados apresentados e analisados no capítulo anterior sintetizam a existência de quatro grandes fragilidades no modelo intersetorial formulado para o Projeto Teias – Escola Manguinhos: o desequilíbrio de forças políticas dentro do território, sendo o polo mais fraco ocupado pela população; a intensa resistência provocada pela lógica jurídico-administrativa, naturalmente segmentada e hierarquizada; as intervenções independentes do PAC, principalmente com relação à política habitacional e a clara ausência de diálogo com setores importantes, principalmente a segurança pública.

Tendo em conta a relevância dessas fragilidades e seus impactos indesejáveis, talvez seja possível, reportando-se ao exercício teórico elaborado no capítulo 2, verificar em qual das abordagens não-setoriais se insere, de fato, o Projeto Teias. Isso poderá ser conseguido com o auxílio do Quadro 16, que reproduz suas diferenciações. As características que foram assinaladas são aquelas que, de alguma forma, podem associar-se às fragilidades indicadas no parágrafo anterior.

Quadro 16 – Caracterização das Abordagens não-setoriais associadas ao Projeto Teias – Escola Manguinhos

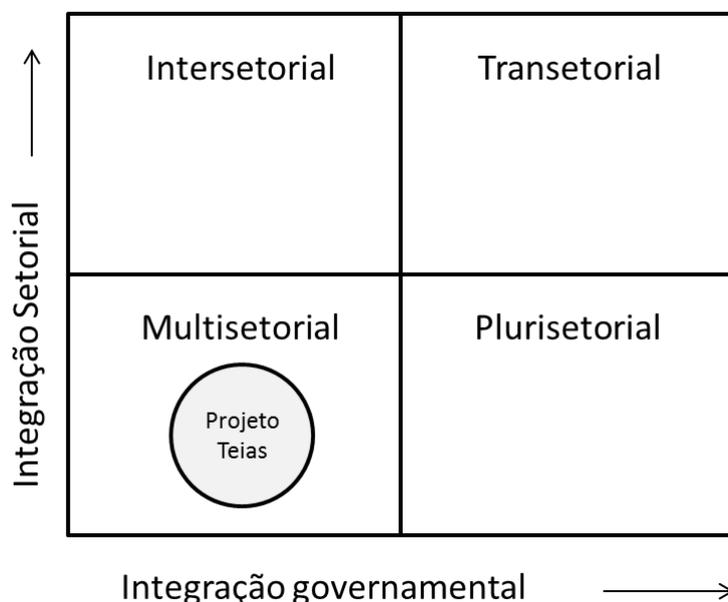
Intersetorialidade		Transetorialidade	
• Lógica semi-horizontalizada, assumindo um setor como hierarquicamente superior aos demais;		• Lógica horizontalizada;	
• A possibilidade de sobreposição ou duplicação de ações restringe-se às interações que não envolvem o setor hierarquicamente superior;		• Ausência de sobreposição ou duplicação de ações, visto que o foco passa a ser os processos relacionais, não havendo mais ações exclusivas dessa ou daquela política;	
• Os processos organizacionais passam a ser semi-estáticos;		• Os processos organizacionais deixam de ser estáticos e passam a ser dinâmicos;	
• Baixa suscetibilidade a desentendimentos políticos e administrativos;		• Amplia-se sensivelmente o diálogo político e administrativo;	
• Restrita conciliação da autonomia entre as diversas esferas governamentais;		• Ampla conciliação da autonomia entre as diversas esferas governamentais;	
• A denominação das políticas públicas vincula-se aos setores que no mais das vezes, por sua natureza, denotam caráter de agregação, como políticas públicas de saúde e políticas públicas ambientais.		• As políticas passam a compor uma única macropolítica transetorial.	
Multisetorialidade		Plurisetorialidade	
• Setores justapostos, não horizontalizados;	X	• Setores não mais justapostos, horizontalizados;	
• Alta probabilidade de sobreposição ou duplicação de ações;	X	• Complementaridade e não sobreposição ou duplicação de ações;	
• Processos organizacionais estáticos;	X	• Processos organizacionais ainda estáticos;	
• Alta suscetibilidade a desentendimentos políticos e administrativos;	X	• Média suscetibilidade a desentendimentos políticos e administrativos;	
• Grande dispersão de autonomia entre as diversas esferas governamentais;	X	• Média dispersão de autonomia entre diversas esferas governamentais;	
• Denominação que denuncia fragmentação (política pública de saúde, política pública de educação, política pública de segurança, política pública ambiental, etc.).	X	• Denominação ainda denuncia fragmentação (política pública municipal, política pública estadual, política pública federal.).	

Fonte: Elaboração própria

O desequilíbrio de forças políticas aponta para uma alta suscetibilidade a desentendimentos políticos e administrativos. A resistência provocada pela lógica jurídico-administrativa, segmentada e hierarquizada, indica que os setores estão dispostos segundo um nexo vertical e estático. Intervenções independentes ampliam a possibilidade de sobreposição de ações e, por fim a ausência de diálogo entre setores importantes ampliam sobremaneira as disputas entre as esferas governamentais.

Por outro lado, nem mesmo a perspectiva de existir alguns esparsos diálogos com áreas de maior sensibilidade social como a Educação e a Ação Social, é capaz de sugerir que, pelo menos em alguns casos e especificamente com determinados setores, exista uma incipiente busca pela unificação de objetivos comuns. Assim, entende-se ser coerente classificar o Projeto Teias – Escola Manguinhos como uma política pública pertencente exclusivamente ao campo multisetorial, que avança ainda lentamente na direção de outras abordagens, muito distante de uma intersectorialidade efetiva. É o que procura deixar mais claro a Figura 21:

Figura 21 – Abordagem não-setorial de formulação do Projeto Teias – Escola Manguinhos



Fonte: Elaboração própria

Novas bases conceituais de formulação, para além da multisetorialidade, que caminhem no sentido de ampliar as integrações setoriais e governamentais, só poderão ser construídas, no que se refere a territórios cujas características se assemelhem ao Complexo de Manguinhos, quando sustentadas pela eficaz identificação da complexidade dos problemas. Para que essas novas bases representem de fato um avanço para potenciais ganhos sociais, é necessário que todos os setores e governos contribuam e colaborem segundo suas próprias especificidades para que, da mediação entre eles, possam emergir avanços significativos.

Desfazer, supostamente, o dilema da intersectorialidade, retroagindo de forma teórica e empírica para a multisetorialidade poderá, contudo, comprometer os resultados desta pesquisa, se aqui não forem acrescentadas diretrizes que delimitem, ao menos, um rumo para novas abordagens. Os dados empíricos apontam minimamente para três pontos fundamentais: mudança no foco do planejamento de políticas públicas institucionalizando-se espaços de participação amplos e democráticos, acima das instâncias setoriais e governamentais; agenda pública construída a partir das demandas dos territórios e não dos gestores e dirigentes; criação de metodologias de avaliação de políticas desvinculadas da exclusividade dada às fórmulas matemáticas e mais atentas a fatores não quantificáveis.

No que diz respeito ao planejamento das políticas públicas, do ponto de vista prático, o que os dados empíricos sugerem é que o seu desenho seja discutido de forma a envolver o maior contingente possível de atores sociais vinculados a setores e esferas de governo. Operacionalizar o atendimento a essa demanda é extremamente difícil. Significaria um rompimento definitivo com a lógica multisetorialista elaborando-se espaços institucionalizados supra-setores e supra-governos. Algo como a criação de um comitê específico com poder decisório para formulação de políticas públicas. Essa instância precisa gerar a política pública e não ser gerada por ela, como foi o caso do Conselho Gestor Intersetorial em Manguinhos.

A criação desses espaços vincula-se ao segundo ponto, de forma que as políticas públicas sejam formuladas a partir de demandas sociais locais emanadas dos cidadãos. Os espaços institucionalizados de formulação devem, portanto, associarem-se também as peculiaridades e especificidades territoriais, independentemente dos limites estritamente geográficos.

Com referência à avaliação, conquanto seja uma etapa diversa da formulação, nos esquemas mais tradicionais é comum mencionar sua importância na retroalimentação de informações a serem usadas para correção de rumo das políticas ou mesmo para a sua

extinção. O que os dados empíricos mencionam, entretanto, é que as metodologias avaliativas precisam ser deslocadas de um viés exclusivamente vinculado a indicadores matemáticos, como índices e quantidades, para uma vertente qualitativa, capaz de fornecer dados mais aderentes à vida das pessoas.

É nesse sentido que emerge a ideia de macropolítica pública transetorial. Conforme sugere a fundamentação teórica, e isso os dados empíricos confirmam, é importante que os diferentes setores se coordenem, sem descartar conflitos e sem perder suas diversidades e especificidades. A criação de espaços institucionalizados, preparados para lidar com a dinâmica que trabalha a emergência de novas questões, vincula-se à questão de novos modelos de avaliação como sistematizadores do processo de retroatividade e aprendizagem para os setores e governos. Dinamismo organizacional e circularidade construtiva, conforme aqui já escrito.

Talvez a viabilização da transetorialidade deva ser considerada um processo e não uma finalidade. Significa dizer que elaborar saídas para sua articulação prática implicaria em conceber formas de derrubar ou contornar obstáculos estruturais sólidos. A criação de instâncias de diálogo, tanto setoriais como governamentais, poderia auxiliar no processo de superação das barreiras hegemônicas verticalizadas, substituindo a lógica multisetorialista por uma abordagem que de forma alguma aboliria os conflitos, ao contrário, criaria um ambiente de discussão bem mais inclusivo, no que diz respeito às suas causas, impactos e consequências.

Entende-se que se trata de um formato, até certo ponto, idealizado, cuja adoção revela-se extremamente complexa na medida em que vai de encontro a estruturas vigentes há centenas de anos. Contudo, pode ser que esteja aí uma nova maneira de visualizar novas perspectivas para o dilema da intersetorialidade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral desta pesquisa consistiu em identificar possíveis abordagens na formulação de políticas públicas que pudessem privilegiar um maior grau de articulação setorial e governamental, de modo que fosse possível avançar no debate sobre intersectorialidade usando, como objeto de estudo, a experiência do Projeto Teias – Escola Manguinhos.

Uma vez definido esse escopo, a pesquisa encaminhou-se para a divisão em duas grandes partes. Na primeira, escolheu-se o campo da Análise de Políticas Públicas como fio condutor teórico e metodológico que permitisse compreender os fatores mais relevantes que influenciaram a formulação da política analisada. Na segunda, enfatizou-se a abordagem intersectorial como foco de uma discussão que precisa ser empreendida a partir do setor saúde, especificamente no âmbito territorial de sua aplicação, mas sem prejuízo de especulações sobre outras abordagens.

A análise desenvolveu-se segundo a concepção de que as políticas públicas são expressões do Estado em ação, portanto vinculadas essencialmente às intervenções governamentais. Admitir a centralidade dos governos em sua formulação, tendo em vista o modelo federativo brasileiro que demanda a conciliação de três esferas políticas, administrativas e legais, marca um posicionamento epistemológico que reverbera sobre todo o trabalho.

A discussão teórica sobre Análise de Políticas Públicas apresentou conceitos importantes e consagrados pela literatura especializada como a ideia de estágios e ciclo de políticas. Também foram debatidos importantes esquemas de análise, com destaque para o Modelo dos Múltiplos Fluxos, elaborado pelo teórico norte-americano John Kingdon. Esse modelo assume vital importância na pesquisa, tendo em vista que orientou a operacionalização dos procedimentos metodológicos empregados.

Também foi fundamental, no capítulo teórico, traçar um resumido panorama sobre o contexto da saúde pública dentro e fora do Brasil e sua trajetória a partir de uma visão exclusivamente medicalizada e curativa até chegar ao conceito amplo vinculado a determinantes sociais. Nesse sentido foi fundamental atribuir relevância a eventos importantes como a Reforma Sanitária Brasileira, o nascimento do SUS e a ascensão em escala internacional da Estratégia Saúde da Família, esta última essencialmente vinculada à ideia de intersectorialidade.

Ainda no campo teórico, foi apresentado um breve ensaio com o objetivo de caracterizar abordagens não-setoriais que pudessem lançar novas luzes para uma melhor compreensão dos graus de integração de setores e governos, no âmbito da formulação de políticas públicas. A discussão caminhou por um viés piagetiano com o importante auxílio de autores consagrados como o francês Edgar Morin e o brasileiro Naomar Almeida-Filho. Como resultado, emergiram os conceitos de Multisetorialidade, Plurisetorialidade, Intersetorialidade e Transetorialidade.

A articulação da teoria com a empiria, por meio da análise do conteúdo, resultou em um esforço descritivo, em detalhe, do pesquisador, que abrangeu desde importantes peculiaridades territoriais do Complexo de Manguinhos até as relações mais intrincadas do poder público com as demandas da população no território. Buscou-se, também, jamais perder de vista o protagonismo da Fundação Oswaldo Cruz em todo esse processo.

De forma sintetizada, o Projeto Teias – Escola Manguinhos é aqui descrito como uma política pública de saúde formulada em um contexto de mudanças. Mudanças essas que envolvem as consequências de intervenções de grande relevância como as promovidas pelo Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), criado pelo governo federal e implementado em Manguinhos pelo governo do estado. Inclui-se, também, a adoção por parte do governo municipal, responsável pela atenção básica, do modelo de gestão por Organizações Sociais (OSs). Soma-se a isso a ascensão, em nível ministerial, da ideia de território integrado de atenção à saúde (teias) e a vocação da Fiocruz para produzir conhecimento tendo à sua disposição um território-escola. Nesse sentido, comprovou-se a eficácia do modelo de Kingdon, que permitiu elencar os fatores que contribuíram para a abertura da “janela política” que conduziu o Projeto Teias para dentro da agenda pública das três esferas governamentais.

O debate acerca da intersetorialidade, contudo, desenhou-se de forma bem mais complicada. Os dados empíricos coletados, não raramente direcionaram a pesquisa para temas de grande complexidade como participação popular, insulamento estrutural da administração pública e vínculos extremamente frágeis da saúde com outros setores.

Não obstante, alguns aspectos parecem revelar-se de forma clara. O setor saúde no Brasil é, provavelmente, aquele que mais adere a propostas de mudanças sociais e econômicas profundas entre todos os setores normalmente associados à formulação de políticas públicas. Suas conquistas desde a Reforma Sanitária, contudo, não foram acompanhadas por outras áreas o que gera um descasamento ideológico, com certeza, relevante. A introdução da

intersetorialidade na agenda pública, sem dúvida, encontra um cenário extremamente desfavorável para sua efetivação.

A conclusão que a pesquisa autoriza a chegar é que por mais que se destaquem os méritos desta ou daquela intervenção, a intersetorialidade, de fato, nunca existiu em Manguinhos. Até então, parece tratar-se apenas de um conceito restrito exclusivamente ao campo teórico. Não existe aqui a pretensão de duvidar da capacidade de formulação dos atores envolvidos. Ao contrário, os próprios atores ressaltam, ao longo da pesquisa, as inúmeras fragilidades que impedem a eficaz adoção dessa abordagem.

Os dados obtidos a partir das entrevistas são generosos em identificar os principais problemas e apontar novas direções. Sua sistematização leva à compreensão do Projeto Teias como uma iniciativa que compõe, na verdade, um quadro multisetorialista desarticulado. Essas evidências auxiliam o avanço no debate a partir do momento que desconstruem o dilema da intersetorialidade, simplesmente afirmando sua inexistência. Recuando-se para esse ponto, é possível verificar com mais clareza quais os rumos podem ser tomados no sentido de elaborar uma matriz analítica que possa ser extravasada para um campo pleno de políticas. Trata-se de alargar um marco conceitual.

Esse marco conceitual ampliado, todavia, é aqui apresentado de forma a deixar o debate ainda em aberto. A abordagem transetorial, defendida nesta pesquisa como, até certo ponto, uma idealização plena para formulação de políticas públicas integradas, define-se como um processo e não como uma finalidade, que incluiu a intersetorialidade como uma das etapas a serem alcançadas. Importantes atores sociais definem que a pavimentação desse caminho se dá pela criação de espaços transdisciplinares institucionalizados, supra-setoriais e supra-governamentais, sensíveis às demandas locais territorializadas e constantemente reforçados por formas de avaliação fundamentalmente qualitativas.

Como sugestão para futuras pesquisas, este trabalho recomenda que a intersetorialidade seja também investigada, ainda no contexto do Projeto Teias – Escola Manguinhos, sob o olhar de outros sujeitos, não formuladores, como os profissionais da saúde envolvidos na operacionalização das demandas do dia-a-dia e a própria população. Também é interessante que seja aprofundada a questão da participação popular para demandas de saúde em territórios marcados por vulnerabilidades sociais.

Por fim, é interessante recordar que, em 2012, a Fiocruz divulgou um documento institucional, na forma de livro, chamado “O Território Integrado de Atenção à Saúde em Manguinhos: Somos todos aprendizes”. O texto, que compõe o material examinado na parte

documental deste trabalho, faz alusão a aspectos como: o diferencial da pesquisa e do ensino no caminho para a transformação de práticas do setor saúde e de produção de políticas públicas, a garantia de um círculo virtuoso entre políticas públicas, proteção social e melhoria da qualidade de vida, além do aprendizado institucional como desdobramento de diversos processos de participação. Entre seus principais desafios inclui a importância de não apenas oferecer serviços de atenção à saúde de qualidade, mas promover saúde em sentido ampliado, isto é, atuar sobre os determinantes sociais da saúde que impactam a qualidade de vida da população de Manguinhos.

Assim, como última reflexão, cabe direcionar um olhar crítico para o território de Manguinhos e perguntar se todos esses diferenciais, essas transformações e esses aprendizados têm realmente contribuído para a melhoria da vida dos cidadãos. Habitantes que ali configuram-se como extremamente dependentes do SUS e que, em última análise, são a razão de ser das políticas públicas, tão exaustivamente discutidas.

“Somos todos aprendizes” é o mantra entoado em uníssono por todos os atores envolvidos na formulação do Projeto Teias – Escola Manguinhos. Se de fato é assim, a pergunta que fica é: o que realmente foi aprendido?

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, N. *O que é saúde?* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
- _____. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*. 11 (1/2), p. 1-18, 1997.
- _____. Intersetorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate em aberto. *Cadernos Ebape*. p. 12-24, 2000.
- ANDRADE, L. O. M. *A Saúde e o Dilema da Intersetorialidade*. São Paulo: Hucitec, 2006.
- ANDRADE, L. O. M.; BEZERRA, R. C. R.; BARRETO, I. C. H. C. O Programa de Saúde da Família como estratégia de atenção básica à saúde nos municípios brasileiros. *RAP*. Rio de Janeiro 39(2): 327 - 49, Mar./Abr. 2005. p. 328 – 348.
- ASSOCIAÇÃO CANADENSE DE SAÚDE PÚBLICA. *Ação Intersetorial de Saúde: Promoção da Saúde como Estratégia para o Desenvolvimento Local Sustentável. Plano de Implementação do Projeto*. p. 7-21, 2007.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BAUMGARTNER, F. R.; JONES, B. *Agendas and Instability in American Politics*. Chicago: University of Chicago Press, 2010.
- BOBBIO, N. In: BOBBIO, N.; MATEUCCI, N.; PASQUINO, G. *Dicionário de Política*. Brasília: Editora da UnB, 2002.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde Sistema. *Relatório final da 12.ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BUSS, P. M. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. *Ciência & Saúde Coletiva*. 5(1) p.163-77, 2000.
- CAPELLA, A. C. Perspectivas Teóricas sobre o Processo de Formulação de Políticas Públicas. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Orgs). *Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 87 – 122.

CASTRO, A. L. B.; FAUSTO, M. C. R. A Política Brasileira de Atenção Primária à Saúde. In: MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; LIMA, L.D. (Orgs). *Políticas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p173 – 196.

COHEN, M. D.; MARCH, J. G.; OLSEN, J. P. A Garbage Can Model of Organizational Choice. *Administrative Science Quarterly*, v. 17, n.º 1, p. 1 – 25, 1972.

DEMO, P. *Pesquisa: Princípio Científico e Educativo*. São Paulo: Cortez, 2011.

DYE, T. R. Mapeamento dos Modelos de Análise de Políticas Públicas. In: HEIDEMANN, F. G.; SALM, J. F. (Orgs). *Políticas Públicas e Desenvolvimento*. Brasília: UNB, 2009. p 99 – 132.

EASTERBY-SMITH, M.; THORPE, R.; LOWE, A. *Pesquisa Gerencial em Administração: um guia para monografias, dissertações, pesquisas internas e trabalhos de consultoria*. São Paulo: Pioneira, 1999.

FARAH, M. F. S. Administração Pública e Políticas Públicas. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 3, n.º 45, p. 813 – 836, mai/jun. 2011.

FARIA, C. A. P. Ideias, Conhecimento, e Políticas Públicas: Um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 18, n.º 52, p. 22 – 28, fev. 2003.

_____. A multidisciplinaridade no estudo das políticas públicas. In: MARQUES, E.; FARIA, C. A. P. (Orgs) *A Política Pública como campo multidisciplinar*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

FERNANDES, T. M.; COSTA, R. G. R. *História de Pessoas e Lugares: Memórias das Comunidades de Manguinhos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

FERREIRA, J. R.; BUSS, P. M. O que o Desenvolvimento Local tem a Ver com a Promoção da Saúde. In: ZANCAN, L.; BODSTEIN, R. MARCONDES, W. B. *Promoção da Saúde como Caminho para o Desenvolvimento Local: A Experiência em Manguinhos – RJ*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2002. p 15-37.

FIOCRUZ. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

FREY, K. Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. *Planejamento e políticas públicas*, n.º 21, p. 212 – 259, jun. 2000.

GADELHA, C. A. G.; COSTA, L. S. Saúde e Desenvolvimento Nacional: a gestão federal entre 2003 e 2010. In: MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; LIMA, L.D. (Orgs) *Políticas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p 61 – 90.

GERSCHMAN, S. Políticas Públicas articuladas e intersetoriais: a política de saúde em questão. In: OLIVEIRA, Fátima B. (Org). *Política de Gestão Pública Integrada*. Rio de Janeiro: FGV, 2008. p 47 – 55.

GIL, A. C. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. São Paulo: Atlas, 1989

HEIDEMANN F. G. Do Sonho do Progresso às Políticas de Desenvolvimento. In: HEIDEMANN, F. G.; SALM, J. F. (Orgs). *Políticas Públicas e Desenvolvimento*. Brasília: UNB, 2009. p 23 – 40.

HOCHMAN, G. Agenda Internacional e Políticas Públicas: uma comparação histórica entre programas de erradicação da malária e da varíola no Brasil. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Orgs). *Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p 369 - 393.

HOWLETT, M.; RAMESH, M.; PERL, A. *Política Pública: seus ciclos e subsistemas*. Rio de Janeiro: Campus, 2013.

HUMANIZASUS. Disponível em <http://www.redehumanizausus.net/>. Acesso em 21 de abril de 2014.

IRWIN, A.; SCALI, E. Action on the social determinants of health: A historical perspective. *Global Public Health*. v. 2, n.º 3, p. 235 – 256, jul. 2007.

JENKINS, W. I. Policy Analysis: A Political and Organizational Perspective. *American Journal of Sociology*.v. 85, n.º 5, p. 1256 – 1258, mar. 1980.

JUNQUEIRA, L. A. P. Intersetorialidade, Transetorialidade e Redes Sociais na Saúde. *Revista de Administração Pública*, 34(6), 35-45. 2000.

- KINGDON, J. W. *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. Illinois: Pearson, 2011.
- LASSWELL, H. D. A Estrutura e a Função da Comunicação na Sociedade. In: COHN, G. (Org). *Comunicação e Indústria Cultural*. São Paulo: T. A. Queiroz, 1987. p 105-116.
- LOWI, T. J. American business, public policy, case studies, and political theory. *World Politics*, 16(4), 298-310. 1972.
- MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. Os desafios da atenção à saúde em regiões metropolitanas. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (Orgs). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 945 – 977.
- MARTINET, A. A Linguagem, Instituição Humana. In: COHN, G. (Org). *Comunicação e Indústria Cultural*. São Paulo: T. A. Queiroz, 1987. p. 38-55
- MAGALHÃES, R.; BODSTEIN, R. Avaliação de iniciativas e programas intersetoriais em saúde: desafios e aprendizados. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 14, n.º 3. p. 861 – 868, 2009.
- MARCH, J. G.; OLSEN, J. P. Institutional perspective on political institutions. *Governance: an International Journal of Policy and Administration*, v.9, n.º 3, jul. 1996.
- MARQUES, E. *Estados e Redes Sociais: Permeabilidade e Coesão nas Políticas Urbanas no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Revan, 2000.
- MONKEN M.; PEITER P.; BARCELLOS, C.; ROJAS, L.I.; NAVARRO, M. B. M. A.; GONDIM, G. M. M.; GRACIE R. O Território na Saúde: Construindo Referências para Análises em Saúde e Ambiente. In: MIRANDA A. C.; BARCELLOS C. MOREIRA J. C.; MONKEN M. (Orgs). *Território, Ambiente e Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- MORIN, E. *Ciência com Consciência*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1996.
- NORONHA, J. C.; MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. O Sistema Único de Saúde - SUS. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (Orgs). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 435 – 472.
- PAIM, J. S. *O que é o SUS?* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas Eficazes x Modelos Ideais: Ação e Pensamento na Construção da Integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs). *Construção da Integralidade*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2010. p. 9 – 36.

PRODERJ – Centro de Tecnologia da Informação e Comunicação do Estado do Rio de Janeiro. PAC Manguinhos Domiciliar. Disponível em http://urutau.proderj.rj.gov.br/egprio_imagens/Uploads/MD.pdf, Acesso em 24 de maio de 2013.

RADAELLI, C. The role of knowledge in the policy process. *Journal of European Public Policy*. v.2, n.º 2, 1995. p.159-183.

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa. *Ciência & Saúde Coletiva*. 15 (5), p. 2265 – 2274, 2005.

ROESCH, S. M. A. *Projetos de Estágio e Pesquisa em Administração*. São Paulo: Atlas, 1999.

RHODES, R. A. W. Understanding governance: policy networks, governance, reflexivity, and accountability. *Buckingham, Philadelphia*. Open University Press, 1997.

SABATIER, P; JENKINS-SMITH, H. *Theories of the policy process*. Columbia: Westview Press, 1999.

SAMPIERI, R. H.; CALLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. *Metodologia de Pesquisa*. São Paulo: Mc Graw Hill, 2013.

SANTOS, M. S. Integração e Diferença em Encontros Disciplinares. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 22(65), 51-60. 2007.

SECCHI, L. *Políticas Públicas: Conceitos, Esquemas de Análise, Casos Práticos*. São Paulo: Cengage, 2010.

SEVERINO, A. J. *Metodologia do trabalho científico*. São Paulo: Cortez, 2007.

SOUZA, C. Estado da Arte da Pesquisa em Políticas Públicas. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Orgs). *Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 65 – 86.

STONE, P. J. A Análise de Conteúdo da Mensagem. In: COHN, G. (Org). *Comunicação e Indústria Cultural*. São Paulo: T. A. Queiroz, 1987. p. 315-331

TEIAS – PROJETO TEIAS ESCOLA MANGUINHOS. Disponível em (<http://www.ensp.fiocruz.br/teias/>), Acesso em 21 de maio de 2013.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. Planejamento e Programação de Ações Intersetoriais para a Promoção da Saúde e da Qualidade de Vida. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro 34(6). p 63-80, Nov. /Dez. 2000.

VERGARA, Sylvia C. *Projetos e relatórios de pesquisa em administração*. São Paulo: Atlas, 2000.

_____. *Métodos de Pesquisa em Administração*. São Paulo: Atlas, 2012.

VIANA, A. D.; BAPTISTA, T. W. F. Análise de Políticas de Saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (Orgs). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.p. 65 – 105.

VIANA A. L. Abordagens metodológicas em políticas públicas. *RAP*. Rio de Janeiro 30 (2): p 5-43. Mar / Abr. 1996.

VIEIRA, M. M. F. Por uma boa pesquisa (qualitativa) em Administração. In: VIEIRA, M. M. F.; Zouain, D.M. *Pesquisa qualitativa em administração*. Rio de Janeiro: FGV, 2004. p. 13 – 26.

WHITEHEAD, M.; DAHLGREN, G.; GILSON, L. Developing the policy response to inequities in Health: a global perspective. In: *Challenging inequities in health care: from ethics to action*. New York: Oxford University Press; 2001. p. 309-322.

APÊNDICE A

ROTEIRO DE ENTREVISTA

*Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Instituto de Ciências Sociais Aplicadas
Programa de Pós-Graduação em Gestão e Estratégia
Mestrado Profissional em Gestão e Estratégia*

Aluno: **Antonio Lima Ornelas**
Orientadora: **Prof.^a Dr.^a Maria Gracinda Carvalho Teixeira**

Questões norteadoras

1^a Descrever a abordagem intersetorial de formulação de políticas públicas aplicada no Projeto Teias – Escola Manguinhos / Caracterizar, com base nos depoimentos colhidos junto aos sujeitos de pesquisa, a policy window ou “janela política” que permitiu a entrada do Projeto Teias – Escola Manguinhos nas agendas públicas do município, do estado e da União

- Como a questão saúde no território do Complexo de Manguinhos transforma-se em problema e passa a compor a agenda pública estatal nas três esferas (federal, estadual e municipal)?
- Por que se decidiu optar pela abordagem intersetorial como solução?
- Qual a configuração do cenário político no momento de sua formulação?

2^a Levantar possibilidades e lacunas dessa abordagem e sua relação com o Projeto Teias – Escola Manguinhos

- Quais as articulações políticas que delimitaram o alcance das ações?
- Como se caracteriza o (des)equilíbrio dos atores na arena política e a formação de consensos e conflitos?
- Quais os pontos fortes e fracos da abordagem intersetorial?
- Com quais setores a saúde melhor dialoga e com quais menos conversa?
- A política pública analisada é de fato intersetorial ou, se não, como seria possível delineá-la?

3^a Identificar possíveis abordagens na formulação de políticas públicas que contribuam para que haja maior integração entre as políticas de maneira a potencializar maiores ganhos sociais no desenvolvimento do Projeto Teias – Escola Manguinhos.

- De que maneiras é possível ampliar o grau de integração entre as políticas setoriais?
- De que formas pode-se de reduzir a verticalização entre as políticas setoriais?
- Como equilibrar as forças políticas que compõe sua arena?

1. Encerramento.

Obs.: Parada de gravação, não interferir, cuidado com perguntas que possam influenciar a resposta.

ANEXO I - AUTORIZAÇÃO DO ENTREVISTADO PARA CONCEDER ENTREVISTA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Antonio Lima Ornelas discente do Programa de Pós-Graduação em Gestão e Estratégia (PPGE) no Curso de Mestrado Profissional em Gestão e Estratégia (MPGE) do Instituto de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ). Venho, por meio deste, convidá-lo(a) a participar da pesquisa referente ao projeto “ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS: UMA CONTRIBUIÇÃO AO DEBATE SOBRE INTERSETORIALIDADE A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DO PROJETO TEIAS – ESCOLA MANGUINHOS” sob a Orientação da Prof.^a Dr.^a Maria Gracinda Carvalho Teixeira, membro do quadro permanente de professores do PPGA/MPGE/UFRRJ, matrícula SIAPE 1805336. A pesquisa tem fins puramente científicos e tem como objetivo identificar possíveis abordagens na formulação de políticas públicas que privilegiem um maior grau de integração, de modo que se avance no debate do enfoque intersetorial com base na experiência do Projeto Teias – Escola Manguinhos.

Sua participação na pesquisa fornecendo uma entrevista e, se necessário, uma segunda entrevista, é de vital importância para o sucesso do projeto. Entretanto, a sua participação é absolutamente voluntária e, portanto, poderá ser declinada se essa for a sua vontade. O discente/pesquisador ficará à sua disposição para quaisquer esclarecimentos sobre os desdobramentos da pesquisa. A entrevista será gravada em áudio e, caso não deseje que o seu nome seja identificado no registro dos resultados da pesquisa, será mantida a confidencialidade do seu nome/identidade.

Após ler este **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido** e aceitar participar da pesquisa, **solicitamos a sua assinatura em duas vias**, sendo que uma delas permanecerá em seu poder. Qualquer informação adicional ou esclarecimento acerca deste estudo poderá ser obtido com o pesquisador/mestrando pelo telefone (21) 988581570, e-mail: antoniolo@globo.com

Antonio Lima Ornelas

Discente do MPGE-UFRRJ - Matrícula 201316140015-2

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO DO ENTREVISTADO

Eu, _____,
portador do número de identidade _____, declaro por meio deste documento, meu consentimento em participar da pesquisa “ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS: UMA CONTRIBUIÇÃO AO DEBATE SOBRE INTERSETORIALIDADE A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DO PROJETO TEIAS – ESCOLA MANGUINHOS” que será realizada na Fundação Oswaldo Cruz, RJ.

Local da entrevista: _____ Em ____ de _____ de _____.

Assinatura: _____

E-mail: _____

Entrevistador: _____