



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA

ANA CARLA FREITAS FONSECA

**Promoção da saúde na agenda governamental do estado da Bahia no
período 2007-2014: política ou retórica?**

Salvador
2016

ANA CARLA FREITAS FONSECA

**Promoção da saúde na agenda governamental do estado da Bahia no
período 2007-2014: política ou retórica?**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública, área de concentração em Planificação e Gestão em Serviços de Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Maria Guadalupe Medina

Salvador

2016

Ficha Catalográfica
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

F676p Fonseca, Ana Carla Freitas.

Promoção da saúde na agenda governamental do estado da Bahia no período 2007-2014: política ou retórica? / Ana Carla Freitas Fonseca.-- Salvador: A.C.F.Fonseca, 2016.

153 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Guadalupe Medina.

Tese (doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva.
Universidade Federal da Bahia.

1. Promoção da Saúde. 2. Agenda Governamental. 3. Análise Política. I. Título.

CDU 614.2



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva – ISC
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

ANA CARLA FREITAS FONSECA

Promoção da saúde na agenda governamental do estado da Bahia no período 2007-2014: política ou retórica?

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a tese, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 01 de julho de 2016.

Banca Examinadora:

Maria Guadalupe Medina

Profa. Maria Guadalupe Medina - Orientadora - ISC/UFBA

Monique Azevedo Esperidião

Profa. Monique Azevedo Esperidião – ISC/UFBA

Isabela Cardoso de Matos Pinto

Profa. Isabela Cardoso de Matos Pinto – ISC/UFBA

Marcia Faria Westphal

Profa. Marcia Faria Westphal – FSP/USP

Regina Cele de Andrade Bodstein

Profa. Regina Cele de Andrade Bodstein – ENSP/FIOCRUZ

**Salvador
2016**

Para Carlos e Graça, raízes da minha vida.

Para Miguel, meu fruto mais precioso.

Agradecimentos

A Guadalupe, por sua orientação rigorosa, mas gentil, ajudando-me a construir-me como profissional e respeitando-me como uma pessoa inteira, diante de todas as dificuldades.

Aos meus pais, por valorizarem a minha educação como um dos bens mais valiosos que puderam me oferecer, pelo apoio incondicional, por cuidarem do meu fruto precioso com tanta dedicação e carinho.

Aos meus irmãos, mesmo distantes, vocês são presenças doces na minha vida.

Aos colegas e amigos do GRAB, lugar que me fez como pessoa e como profissional do serviço, da educação e da pesquisa. Quanta falta eu sinto do dia a dia intenso e solidário deste espaço.

Aos amigos e colegas da CAFAB - SESAB, pelo respeito e confiança no meu trabalho, pela disponibilidade em acolher as minhas ausências para dedicar-me ao doutorado, em especial a Fernanda e Elisângela, amigas de partilha da vida, todos os dias...

Aos docentes e técnicos da Pós-graduação do ISC, pela disponibilidade, pelo respeito, pela acolhida e pelo incentivo. Um agradecimento especial ao Prof. Jairnilson, mestre na arte de educar, pela importante contribuição na qualificação deste trabalho e em muitos outros momentos de ensino.

Aos colegas do doutorado, pelas trocas e pelo incentivo. Especialmente a Liliana, Catarina, Denise, Rosa e Iara.

Aos amigos, em especial a Alcione, Vinícius, Márcia, Kátia e Jerusa, apoio constante no doutorado e na vida como um todo.

Aos *Fraternos*, que me ajudam a dar sentido às travessias da minha vida. *È bella la strada per chi caminha...*

A Miguel, pelo sorriso de cada manhã. Como isso é capaz de renovar-me!

A Deus, que na solidão da escrita, ajudou-me com Sua luz e com Sua força. Em Vós encontro sentido e sustento em todas as travessias da minha vida.

“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já tem a forma do nosso corpo e esquecer os caminhos que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia; e se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, a margem de nós mesmos.”

Fernando Teixeira de Andrade

FONSECA, ACF. Promoção da saúde na agenda governamental do estado da Bahia no período 2007-2014: política ou retórica? Tese (Doutorado em Saúde Pública). Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2016.

Resumo

Reconhecendo a incipiência de estudos que analisam o processo de constituição das agendas governamentais de promoção da saúde, este estudo tomou como objeto o processo político de discussão e incorporação de propostas de promoção da saúde na agenda de decisão na Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) no período de 2007 a 2014. A pesquisa foi teoricamente ancorada no modelo de *Fluxos Múltiplos*, proposto por John Kingdon, que destaca a influência dos participantes ativos e dos fluxos de problemas, de alternativas e político na construção da agenda governamental. Além disso, apoiamos-nos na teoria de Mário Testa para reconhecer os recursos de poder dos participantes ativos e avaliar a coerência da estrutura político organizacional do governo para favorecer a execução da agenda, utilizando o *Postulado da Coerência*. Foi realizado um estudo de caso único, tendo a SESAB como unidade de análise. A coleta de dados envolveu a investigação em fontes secundárias, com a apreciação de documentos oficiais da SESAB que explicitavam ações de promoção da saúde, os principais documentos de planejamento do governo estadual e aqueles resultantes de mobilização sociopolítica que sustentaram ou contestaram a agenda. Além disso, foram realizadas entrevistas com informantes-chaves. Como resultados, evidenciamos que a elaboração da agenda nos dois períodos de gestão analisados seguiu direcionamentos diferentes. No primeiro período, a agenda apresentava um escopo amplo de ações, priorizando a articulação intersetorial, sendo que o fluxo político constituiu-se como uma oportunidade de mudança para colocação do tema como prioridade, diante do contexto de mudança de gestão estadual, em que se buscava uma imagem política de oposição ao governo anterior, assim como, o contexto federal também foi determinante, perante a recente publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde. No segundo período de gestão, mesmo diante de um contexto estadual desfavorável, que priorizava políticas de crescimento econômico, a agenda foi mantida. Entretanto, ela apresentava uma característica mais organizativa, com restrição de responsabilidades ao âmbito interno da SESAB. Neste caso, a sustentação da agenda foi induzida por atores empreendedores, apoiados em um contexto federal de incentivo financeiro a projetos afins ao espaço da promoção da saúde. Concluímos que, o tema promoção da saúde ascendeu à agenda governamental, com importantes limites na conjugação dos fluxos de problemas, das alternativas e da dinâmica política, assim como não apresentou a necessária coerência entre os propósitos, os métodos e a estrutura organizacional, de modo a assegurar as condições para a implantação da política.

Palavras-chave: Promoção da saúde, Agenda governamental, Análise política.

FONSECA, ACF. Health promotion in the government agenda of the Bahia state in 2007-2014: policy or rhetoric? Tese (Doutorado em Saúde Pública). Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2016.

Abstract

In recognizing the incipency of the researches that analyzes the process of constitution of the health promotion government agendas, this research took as object the political process of discussion and incorporation of proposals for promotion health by the decision agenda of Health Secretary of the State of Bahia (SESAB) in the period from 2007 to 2014. The research was theoretically anchored in the *Multiple Streams model*, proposed by John Kingdon, which highlights the influence of the active participants and problems, alternatives and political streams in building government agenda. In addition, we support the theory of Mário Testa to recognize the power of active participants and assessing the coherence of the political organizational structure of the government to promote its implementation, using the *Assumption of coherence*. A single case study, having the SESAB as the unit of analysis, data collection involved investigation of secondary sources with the assessment of official documents of the SESAB, explained that health promotion actions from the State Government and those resulting from socio-political mobilization that supported or objected to the agenda. In addition, key informant interviews were conducted. As results, it was shown that the drafting of agendas in the two management periods analyzed followed different directions. In the first period, the agenda presented a broad scope of action, with priority to intersectoral articulation, in the political context of state management change, which sought an opposing political image to the previous government, and in the federal context, the recent publication of national policy. In the second period, even in the face of an unfavorable State, that made economic growth policies, the health promotion agenda was kept. However, this presented a more organizational feature, with restriction of the scope of internal responsibilities SESAB. The support of the agenda was induced by entrepreneurs of the agenda, along with the federal context of financial incentive to promotion health programs. In conclusion, the health promotion issue amounted to the government agenda, with important limits on combining the problems, alternatives and political streams, as well as the absence of necessary coherence between the purposes, methods and organizational structure to ensure the conditions for the implementation of the policy.

Key words: health promotion, government agenda, policy analysis

Lista de Quadros

Quadro 1. Caracterização das principais concepções de promoção da saúde até a Carta de Ottawa	31
Quadro 2. Definições dos princípios gerais da promoção da saúde.	32
Quadro 3. Critérios para apreciação dos recursos de poder dos atores envolvidos na constituição da agenda de promoção da saúde na SES.	55
Quadro 4. Matriz de Análise do estudo.	57
Quadro 5. Caracterização da agenda de promoção da saúde definida no PES 2008-2011....	65
Quadro 6. Caracterização das prioridades da agenda de promoção da saúde para o período de 2012-2015.	72
Quadro 7. Classificação dos entrevistados segundo o âmbito de atuação, recursos de poder e posição de interferência na agenda de promoção da saúde.	102

Lista de Figuras

Figura 1. Postulado da Coerência	50
Figura 2. Esquema representativo do modelo teórico do estudo	50

Lista de siglas e abreviaturas

ASPLAN	Assessoria de Planejamento do Gabinete do Secretário de Saúde
CAR	Companhia de Desenvolvimento e Ação Regional
CERB	Companhia de Engenharia Hídrica e de Saneamento Da Bahia
CES	Conselho Estadual de Saúde
CONDER	Companhia de Desenvolvimento Urbano do Estado da Bahia
DAB	Diretoria de Atenção Básica
DANTS	Doenças e agravos não transmissíveis
DEM	Partido Democratas
DGC	Diretoria de Gestão do Cuidado
DGETS	Diretoria de Gestão da Educação do Trabalho em Saúde
EG	Estratégia Global de Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde
EMBASA	Empresa Baiana de Saneamento
ESF	Estratégia Saúde da Família
FESBA	Fundo Estadual de Saúde da Bahia
FESF	Funções Essenciais de Saúde Pública
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
MRSB	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPS	Organização Pan-americana de Saúde
PDT	Partido Democrático Trabalhista
PEPS	Política Estadual de Promoção da Saúde
PES	Plano Estadual de Saúde
PFL	Partido da Frente Liberal
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNS	Plano Nacional de Saúde
PPA	Plano Plurianual de Governo
PSB	Partido Socialista Brasileiro
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PSE	Programa Saúde nas Escolas
PT	Partido dos Trabalhadores

PVT	Projeto Vida no Trânsito
SAIS	Superintendência de Atenção Integral à Saúde
SECTI	Secretaria de Ciências e Tecnologias
SEDES	Secretaria de Desenvolvimento Social
SEDUR	Secretaria de Desenvolvimento Urbano
SEMARH	Secretaria de Manejo dos Recursos Hídricos
SEPLAN	Secretaria de Planejamento do Estado da Bahia
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SESAB	Secretaria Estadual de Saúde da Bahia
SMS	Secretarias Municipais de Saúde
SUPERH	Superintendência de Recursos Humanos
SUVISA	Superintendência de Vigilância à Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	15
2. OBJETIVOS.....	20
3. HIPÓTESE DE ESTUDO.....	21
4. PERCURSO METODOLÓGICO.....	22
4.1. REFERENCIAL TEÓRICO	22
4.1.1. Concepções e movimentos em promoção da saúde: um debate inconcluso.....	22
4.1.2. A integração de um tema na agenda de governo.....	35
4.1.3. Postulado de coerência e poder em política: elementos para uma ação estratégica	44
4.2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	51
4.3. ASPECTOS ETICOS.....	60
5. RESULTADOS.....	61
5.1. FLUXO DOS PROBLEMAS, NECESSIDADES E ALTERNATIVAS NA CONSTITUIÇÃO DA AGENDA DE GOVERNO.....	61
5.2. FLUXO POLÍTICO NA CONSTITUIÇÃO DA AGENDA DE GOVERNO	79
5.2.1. Contexto federal.....	79
5.2.2. Contexto estadual	87
5.3. OS ATORES DO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA AGENDA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE	94
5.4. COERÊNCIA ENTRE OS PROPÓSITOS, A ORGANIZAÇÃO E OS MÉTODOS PARA O DESENVOLVIMENTO DA AGENDA.....	104
5.4.1. Propósitos do governo.....	101
5.4.2. A estrutura organizativa da SES	102
5.4.3. Métodos de trabalho para executar a agenda de promoção da saúde.....	108
6. DISCUSSÃO.....	120
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	126
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	128

APÊNDICES

Apêndice 1. Roteiros de entrevistas

Apêndice 2. Termo de consentimento livre e esclarecido

Apêndice 3. Quadro síntese da caracterização da formação acadêmica e das trajetórias profissional e política dos entrevistados

ANEXOS

Anexo 1. Organogramas da SESAB 2005 e 2007

1. INTRODUÇÃO

A incorporação da promoção da saúde na agenda de governos nacionais tem sido pautada, mais fortemente, a partir da década de 80, quando o ideário da promoção da saúde assumiu posição de destaque no debate internacional, diante da insuficiência das propostas de enfrentamento dos problemas de saúde a partir do modelo de atenção à saúde hospitalocêntrico (CARVALHO, 2007; PELLEGRINI FILHO et al., 2013). Naquele momento, a promoção da saúde surgia como uma proposta de ação sobre os fatores e condições determinantes da saúde, considerando a qualificação de indivíduos e coletividades para exercerem controle sobre eles, de modo a garantir a melhoria das condições de vida e saúde da população (WHO, 1986).

Cabe ressaltar que, diferentes concepções de promoção da saúde se desenvolveram no mundo, desde o início do século XX, com importantes divergências a respeito daquilo que a promoção da saúde abarca enquanto área de ação. Por um lado a saúde é reconhecida como produto de comportamentos individuais, onde a promoção da saúde tem como objetivo a mudança dos hábitos de vida, com ênfase em programas educativos relacionados a riscos comportamentais passíveis de mudança, onde se reforça a tendência de diminuição das responsabilidades do Estado, delegando aos indivíduos, progressivamente, o autocuidado. No outro extremo, apresenta-se uma visão holística da saúde e seus determinantes, onde a promoção da saúde tem como objetivo a melhoria da qualidade de vida e a redução das iniquidades sociais (BUSS, 2003; HEIDMAN et al., 2006, CARVALHO, 2007), com ênfase em ações intersetoriais voltadas para o coletivo e o ambiente (físico, social, político, econômico, cultural), contemplando a autonomia de indivíduos e grupos (CARVALHO et al., 2004). Nessa concepção mais ampla, a promoção da saúde incorpora toda a complexidade social e técnica requerida para enfrentar o desafio de produzir saúde e qualidade de vida (CARVALHO et al., 2004).

Diante dessa complexidade, apostar em uma agenda governamental de promoção da saúde, de forma que ela se estabeleça enquanto política, não é uma tarefa simples. Há que se desenvolver um conjunto de operações que busquem tornar claro o objeto de ação, assim como é necessário identificar e conjugar os múltiplos atores das ações, de forma a desenhar estratégias concertadas e efetivas que darão conta de articular os diferentes fatores e os diferentes setores, que se inserirão sobre a realidade.

A literatura científica tem demonstrado as dificuldades na constituição de políticas de promoção da saúde. Carvalho (2007), ao resgatar produções que analisam a experiência do Canadá (um dos países que mais contribuiu com a construção histórica da promoção da saúde), revela que a integração de ações desta natureza ocorreu de forma pouco expressiva e evidencia que a ‘Nova Promoção da Saúde’¹ não consegue influenciar, de modo significativo, a reorganização do setor saúde, especialmente no que se refere à prática médica.

No Brasil, as lutas políticas travadas pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) pouco repercutiram o ideário da promoção da saúde tal como se apresentava no Canadá (TRAVERSO-YÉPEZ, 2007; CARVALHO; WESTPHAL; LIMA, 2007; SILVA; BAPTISTA, 2014). Apesar de, o MRSB ter como propósito a atuação sobre os determinantes sociais da saúde, ele reivindicava estratégias de transformação da realidade de saúde que considerassem o enfrentamento das desigualdades sociais, com atenção aos aspectos ideológico-estruturais que sustentavam tais problemas, em um contexto de luta pela redemocratização do país (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000). O Movimento da ‘Nova promoção da Saúde’ também identificava a necessidade de agir sobre as iniquidades sociais, mas não havia um aprofundamento desta discussão (CARVALHO; WESTPHAL; LIMA, 2007; CARVALHO, 2007; SILVA; BAPTISTA, 2014). Além disso, o MRSB apresentava uma trajetória própria, apoiada na realidade do país, que era muito distinta da realidade dos países onde o movimento pela promoção da saúde se constituiu, de forma que a adesão a este conceito era vista como uma anulação da trajetória singular e de luta política do Brasil (SILVA; BAPTISTA, 2014). As ideias produzidas pelo movimento brasileiro apoiaram a formulação de um projeto de sistema universal de saúde que veio a se configurar no SUS a partir do final da década da década de 80.

Apesar da rejeição à corrente internacional da Promoção da Saúde pelos representantes do MRSB, o governo brasileiro, em 1998, desenvolveu um projeto que tinha base no movimento internacional da Promoção da Saúde. Este projeto, intitulado *Promoção da Saúde: um Novo Modelo de Atenção* (BRA 98/006), foi parte de uma cooperação internacional entre o Ministério da Saúde e o Programa para o Desenvolvimento da Organização das Nações Unidas (PNUD), após a integração do governo brasileiro na Rede de Megapaíses, importante espaço de articulação política internacional (NILSON; WESTPHAL, 1998; CRUZ, 2010; FERREIRA NETO et al., 2013) e especificava como principais objetivos transformar o

¹ Denominação adotada por alguns autores para caracterizar a corrente da promoção da saúde que tem a perspectiva socioambiental como elemento central (Carvalho, 2007).

modelo de atenção vigente, assegurar a saúde individual nas dimensões física e mental, garantir a cidadania da população e promover a inter-relação saudável das pessoas com o seu ambiente, o domicílio, o trabalho, o lazer e o meio ambiente (PNUD, 1998). Dentre os resultados esperados estava a elaboração de uma Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).

A PNPS só foi formalizada em 2006 e apesar de expressar como objetivo a valorização de macropolíticas com intervenções sobre os determinantes sociais, foram priorizadas ações direcionadas à mudança dos hábitos de vida, com foco na alimentação saudável, prática corporal / atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, prevenção de violência e estímulo à cultura de paz e desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2006).

A literatura nacional evidencia importantes limitações no processo de formulação da PNPS (FERREIRA NETO et al., 2013; SILVA; BAPTISTA, 2014); revelando contradições em torno do modelo de promoção da saúde proposto no documento. Percebe-se que não se estabelece o diálogo necessário com outros setores, para aspectos do projeto que se pretendia intersetorial, “concentrando no setor saúde a responsabilidade de dar conta sozinho de questões que estão muito além de sua governança” (SILVA; BAPTISTA, 2014). Ferreira Neto e colaboradores (2013) destacam que a força dos organismos internacionais sobressai sobre o processo de formulação da política, determinando as prioridades em torno de ações com caráter regulatório.

No ano seguinte à publicação da PNPS, o tema da promoção da saúde foi pautado na agenda de decisão do governo estadual da Bahia em dois períodos de governo consecutivos, através dos Planos Estaduais de Saúde (PES 2008-2011 e PES 2012-2015). Apesar disto, a agenda não conseguiu se expressar enquanto uma política concreta. Alguns relatórios de gestão do setor (BAHIA, 2010; BAHIA, 2011) expressam uma baixa execução das metas organizativas e orçamentárias das ações, demonstrando dificuldades na execução das ações de promoção da saúde definidas como prioridades na agenda. Destaca-se que, somente em dezembro de 2014 ao final do segundo período de governo, a Política Estadual de Promoção da Saúde, que deveria orientar as ações da gestão, foi formalizada. Percebe-se, assim, uma controvérsia, de um lado, iniciativas na direção de pautar a promoção da saúde como política de governo e, por outro, a incipiência de ações concretas, especialmente no que se refere a práticas intersetoriais sobre os determinantes sociais.

Na revisão da literatura nacional² sobre políticas públicas de promoção da saúde nos últimos dez anos (2006-2015) não identificamos a abordagem do processo de constituição de agendas governamentais de promoção da saúde, com exceção de dois estudos que analisam o processo de formulação de políticas afins (PAIM et al, 2009; LYRA; ARAUJO Jr., 2014). Em geral, os estudos que analisam políticas públicas de promoção da saúde concentram-se no processo de formulação da PNPS (conforme caracterizado anteriormente); e na avaliação da implantação de políticas afins à PNPS (SILVA et al., 2014a SILVA et al.,2014b). Cabe ressaltar que, a maioria dos estudos que analisam as iniciativas derivadas da PNPS utiliza uma perspectiva descritiva e exploratória, ou seja, sem analisar de forma sistematizada os fatores determinantes deste processo (BUSS; CARVALHO, 2009; MALTA, 2009; AMORIN et al., 2013; MALTA et al., 2014a; MALTA et al. 2014b).

Dentre os estudos que analisam o processo de formulação de políticas afins à promoção da saúde, verificamos que os principais fatores que influenciam este processo são os elementos do contexto, sendo estes: o processo eleitoral, a escolha do secretário de saúde e da equipe de gestores, a adesão dos técnicos e o incremento financeiro (LIRA; ARAUJO JR., 2014). O estudo de Paim e colaboradores (2009) revela que a vontade do gestor máximo foi determinante da agenda, entretanto, a limitação orçamentária, a ausência de envolvimento prévio do conjunto dos atores que estariam responsáveis pela sua implantação e a ausência de outros incentivos que estimulasse a cooperação entre os atores foram elementos que falharam no processo de formulação, comprometendo a implantação da política. Além destes fatores, identificam-se como dificuldades adicionais: a multiplicidade dos objetivos e os distintos propósitos dos atores.

Para além do objeto da promoção da saúde, a revisão da literatura nacional a respeito do processo de constituição de agendas governamentais tem sido objeto de alguns estudos, que buscam entender a conformação da agenda política e o papel do Estado e da sociedade neste processo (CAPELLA, 2004; PINTO, 2004; CALDAS, 2008; GOMIDE, 2008). Os fatores que interferem na conformação das agendas analisadas variam entre estes estudos. Capella (2004) enfatiza o contexto político favorável e a transformação de condições em problemas percebidos e compartilhados como condição para a agenda de reforma administrativa do governo brasileiro ter se destacado como prioridade no final da década de 90. Gomide (2008), ao analisar as diretrizes que deram base à política de mobilidade urbana, constata a existência

² Realizada na base scielo, utilizando as palavras chaves: promoção da saúde e ação intersectorial associadas ao termo política.

de disputa política a respeito da definição do problema e das alternativas para sua solução, predominando como fator definidor da agenda a pressão social. Entretanto, a ausência de uma coalizão de defesa estável não favoreceu a constituição de alternativas viáveis. O mesmo identifica Pinto (2004), que ao analisar a proposta de criação do Programa de Incentivo às Organizações Sociais na Bahia, reconheceu a existência de dificuldades decorrentes da ausência de adesão de atores políticos capazes de viabilizar sua implementação. Todos estes estudos partem do pressuposto que discutir como os problemas são conceituados no processo de formação da agenda de um governo e a maneira pela qual as alternativas são apresentadas e selecionadas são questões fundamentais para a compreensão da dinâmica da ação estatal.

Em âmbito internacional, especificamente no que se refere à análise política do processo de constituição da agenda governamental de promoção da saúde, identificou-se o estudo de Mannheimer (2007), que evidencia que os atores percebiam os problemas diferentemente, dependendo de sua agenda específica e interesse e que os políticos e especialistas apresentaram uma grande força na construção da agenda e na formulação da política, estando em acordo quanto aos objetivos políticos. Entretanto, o limitado envolvimento do alto escalão foi reconhecido como ponto de dificuldade para atingir a política, assim como não se conseguiu abrir o caminho para envolver os atores em outros setores políticos, além do setor saúde.

Diante da importância de analisar o processo de constituição da agenda governamental, de forma a identificar elementos que possam favorecer a concretização das políticas, especialmente no que se refere a um objeto de ação com a complexidade da promoção da saúde e ainda tão pouco explorado neste sentido, surgiu o interesse de realização deste estudo. Que se colocou oportuno, perante a oportunidade de investigar um caso no âmbito da gestão estadual com forte expressão da promoção da saúde na agenda de governo, mas com dificuldades claras na execução das ações propostas. Para tanto, consideramos as seguintes perguntas de investigação: Quais os caminhos que levaram às escolhas políticas das proposições de promoção da saúde explicitadas na agenda governamental do setor Saúde no estado da Bahia? Que processos sociais estiveram relacionados com a explicitação da promoção da saúde na agenda governamental do setor da saúde no estado da Bahia? Por que as proposições de promoção da saúde incluídas na agenda governamental do Estado se traduziram tão tardiamente em uma Política Estadual de Promoção da Saúde?

2. OBJETIVOS DO ESTUDO

2.1. Objetivo Geral:

Analisar o processo político de discussão e incorporação de propostas de promoção da saúde na agenda governamental do setor Saúde do estado da Bahia no período de 2007 a 2014.

2.2. Objetivos específicos:

- Identificar as proposições de promoção da saúde do setor Saúde no governo do estado da Bahia;
- Analisar a coerência das proposições de promoção da saúde do setor Saúde no governo do estado da Bahia com os elementos centrais que caracterizam a promoção da saúde como novo paradigma;
- Caracterizar os sujeitos envolvidos e suas relações no processo político de discussão e incorporação da proposta de Promoção da Saúde na agenda de governo do setor saúde no estado da Bahia;
- Identificar os fatores condicionantes ou determinantes na incorporação de proposições de promoção da saúde na agenda governamental do setor Saúde no estado da Bahia;
- Explicar as razões pelas quais a agenda governamental do estado se traduziu tão tardiamente em uma política estadual de promoção da saúde.

3. HIPÓTESE DE ESTUDO

A hipótese que orienta este estudo é a de que o governo do estado da Bahia utiliza-se do discurso contemporâneo da promoção da saúde, considerando a repercussão positiva do mesmo frente à sociedade civil e visto que representa uma imagem de oposição ao governo anterior. Supõe-se que os caminhos que levaram às escolhas políticas das propostas de promoção da saúde não apresentaram correspondência com problemas concretos, haja vista a diversidade de alternativas interventivas apresentadas na agenda de governo, especialmente no primeiro período de gestão.

O incentivo à constituição de políticas de promoção da saúde pelo governo federal, mediante mecanismos de transferência de recursos financeiros e a imagem de oposição ao governo anterior caracterizaria a janela de oportunidade para a incorporação de uma proposta de promoção da saúde na agenda de decisão do governo do Estado da Bahia.

Supõe-se ainda que as dificuldades na concretização da agenda de decisão podem estar associadas à limitada análise dos problemas e da viabilidade das alternativas de ação, assim como, a restrita participação de atores com amplos recursos de poder para favorecerem este processo.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1. REFERENCIAL TEÓRICO

Este estudo está teoricamente ancorado no modelo proposto por Kingdon, em 1984, para análise de políticas públicas, particularmente no que diz respeito à incorporação de um tema na agenda governamental. Além disso, apoiamo-nos na proposição de Mário Testa para compreender a ação política em saúde a partir do pensamento estratégico. Neste tópico exploraremos as principais ideias destes autores que dão suporte à compreensão do processo decisório no âmbito das políticas públicas, de forma a entender como as mesmas são priorizadas e formuladas pelo Estado.

Também foi necessário revisitar as diferentes concepções de promoção da saúde adotadas ao longo do tempo, como forma de verificar os pressupostos que sustentam diferentes ideias sobre o termo e que irão sustentar diferentes agendas e políticas.

4.1.1. Concepções e movimentos em promoção da saúde: um debate inconcluso

Diversos estudos expressam os diferentes conceitos ou concepções de promoção da saúde. Entretanto, não se identifica uma análise desta construção histórica no que se refere ao fundamento epistemológico, de forma a identificar a natureza do conhecimento sob o ponto de vista dos sujeitos que o produzem. Nesta perspectiva, propomos analisar as principais aproximações conceituais de promoção da saúde adotados a partir do século XX, buscando caracteriza-las a partir da apreciação da trajetória dos seus autores e a partir dos movimentos ideológicos do campo social da saúde que podem ter influenciado as ideias dos mesmos.

Uma das primeiras noções de promoção da saúde apontada na literatura nacional e internacional (ROOTMAN et al, 2001; BUSS, 2003) foi proposta por Winslow em 1920, no qual o autor afirma que:

A promoção da saúde é um esforço da comunidade organizada para alcançar políticas que melhorem as condições de saúde da população e os programas educativos para que o indivíduo melhore sua saúde pessoal, assim como para o desenvolvimento de uma maquinaria social que assegure a todos os níveis de vida adequados para a manutenção e melhoramento da saúde (1920: 23 apud Buss, 2003).

Winslow foi um importante bacteriologista e especialista em saúde pública americano, com grande influência no desenvolvimento de serviços de saúde pública nos Estados Unidos, assim como em muitos países europeus (ENCYCLOPEDIA OF PUBLIC HEALTH, 2002). A promoção da saúde é apresentada pelo autor associada ao conceito de saúde pública, no momento em que se buscava identificar as bases de sistemas nacionais de saúde no mundo. O autor identificou a saúde pública como:

A ciência e a arte de evitar doenças, prolongar a vida e desenvolver a saúde física, mental e a eficiência através de esforços organizados da comunidade para o saneamento do meio ambiente, o controle das infecções na comunidade, a organização dos serviços médicos e paramédicos para o diagnóstico precoce e o tratamento preventivo e o aperfeiçoamento da máquina social que irá assegurar a cada indivíduo, dentro da comunidade, um padrão adequado à manutenção da saúde (1920: 23 *apud* Buss, 2003).

A trajetória de Winslow e a noção de promoção da saúde proposta pelo mesmo em muito coincide com os preceitos do Movimento Sanitarista, cujos atores produzem um discurso e uma prática sobre as questões da saúde fundamentalmente baseados em princípios de organização racional para a expansão de atividades profiláticas (saneamento, imunização e controle de vetores) destinadas principalmente aos pobres e setores excluídos da população (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998). O Movimento propunha a intervenção do Estado nos problemas de saúde que os indivíduos e a iniciativa privada não fossem capazes de resolver. O sanitarismo desenvolveu-se especialmente na Inglaterra e Estados Unidos, amparado pela produção acadêmica no final do século XIX e início do século XX, com o reforço do paradigma microbiano nas ciências básicas da saúde que praticamente redefine as diretrizes da teoria e prática no campo social da saúde no mundo ocidental (PAIM, 2006).

Em 1946, Henry Sigerist (1960) se referia à promoção da saúde em termos das condições que determinam a saúde, identificando-a como uma das quatro tarefas essenciais da medicina, com o objetivo de prover um padrão satisfatório de vida, boas condições de trabalho, educação, cultura física, meios de descanso e lazer. Sigerist nasceu na França e formou-se na Alemanha em filologia, línguas orientais e medicina, sendo apontado como um dos maiores historiadores do mundo da medicina, com destaque para a sua produção sobre a Medicina Social na antiga União Soviética (BROWN; FEE, 2003). Mudou-se para os Estados Unidos, onde foi diretor do Instituto de História da Medicina da Universidade John Hopkins, onde revelou-se um importante defensor do seguro de saúde obrigatório, valorizando o sistema de cuidados de saúde da União Soviética socialista como modelo para a saúde pública em todo o mundo. Uma vez na ‘contra-mão’ da política liberal americana, foi duramente rechaçado,

especialmente pela Associação Médica Americana, sendo suas ideias consideradas impróprias para os serviços governamentais. (BROWN; FEE, 2003).

As ideias defendidas por Sigerist parecem apoiar-se nas proposições do Movimento da Medicina Social, que se estruturou na França e na Alemanha, em um contexto de Revolução Industrial e de reivindicação por melhoria das condições de saúde e de reflexão sobre o caráter social das doenças e da prática médica no século XIX. (PAIM, 2006). A Medicina Social tem como ponto central a participação política, entendida como “principal estratégia de transformação da realidade de saúde, na expectativa que das revoluções populares deveria resultar democracia, justiça e igualdade, principais determinantes da saúde social” (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

Apesar das importantes contribuições teóricas, as ideias de Sigerist foram desconsideradas politicamente nos Estados Unidos, sendo que a proposta perdeu ainda mais a sua força quando teve espaço a *era das descobertas terapêuticas*. A partir disso, as políticas públicas de saúde passaram a concentrar-se na estruturação de grandes hospitais, com um direcionamento curativista (BROWN; FEE, 2003).

Numa visão aparentemente contra hegemônica ao modelo de atenção curativista surgiu na Inglaterra, Estados Unidos e Canadá, entre o período de 1920 e 1950, o Movimento da Medicina Preventiva, que diferentemente dos movimentos sociais anteriores, se caracterizava como um movimento político-ideológico do campo médico, partindo de uma crítica à medicina curativa e propondo uma mudança da formação e da prática dos médicos, concentrando-se na responsabilidade destes profissionais com a prevenção de doenças e concebendo como base teórica a epidemiologia dos fatores de risco (Arouca, 2003). O Movimento se apoiava no modelo da *História Natural das Doenças*, proposto por Hugh Rodman Leavell e Gurney Clark, dois epidemiólogos estadunidenses, professores da Universidad de Harvardem, em 1940. O modelo distingue 4 fases de evolução, associados por sua vez à distintos níveis de prevenção por ações de saúde: (1) fase de susceptibilidade ou pré-patogênese que abarca medidas de prevenção primária, ou seja, medidas inespecíficas (ou de promoção) e específicas (ou de prevenção); na (2) fase patológica pré-clínica que caracteriza a patogênese em fase inicial sem a manifestação sintomatológica, no qual cabe a prevenção secundária na perspectiva do diagnóstico precoce; (3) fase clínica, onde a doença é discernível, mas precoce, onde a prevenção secundária é direcionada a recuperação da saúde e (4) doença com complicações, na qual se aplica a prevenção terciária no sentido da reabilitação (LEAVELL; CLARK, 1976).

Identifica-se no referido modelo, uma definição de promoção da saúde que compreende medidas que evitem o aparecimento de doenças, atuando sobre o ambiente físico ou protegendo o indivíduo contra agentes patológicos, incentivando condutas de proteção individual (LEAVELL; CLARK, 1976). Destaca-se que, esta é uma noção em contraposição às noções que consideram a história social do processo saúde-doença, focando nas intervenções próprias do setor saúde.

O modelo foi empreendido em espaços com diferentes contextos socioeconômicos, com capacidades e interesses diversos na exploração dos níveis de ação. São identificados diferentes modelos organizativos derivados do Movimento da Medicina Preventiva no mundo. Na Inglaterra este movimento levou à criação de um serviço nacional de saúde, em 1946, enquanto nos Estados Unidos as alianças de classe realizadas pelos grupos médicos mantiveram seus direitos contra a intervenção estatal, centrando-se na perspectiva higienista de responsabilização individual pela saúde, por um lado, e, por outro, numa perspectiva racionalizadora, com oferta gratuita de alguns serviços de saúde para populações excluídas da medicina privada, (AROUCA, 2003; PAIM, 2001). Assim, no que se refere ao movimento da Medicina Preventiva, Arouca (2003) identifica como um “dilema” a dificuldade de operacionalizar os níveis de prevenção propostos em sistemas de saúde estruturados sob lógicas e interesses diferentes daqueles referidos à prevenção.

Na segunda metade do século XX o mundo vivia importantes transformações, fruto da globalização econômica e dos avanços tecnológicos, o que também exacerbou consequências macroeconômicas negativas a exemplo das desigualdades entre os povos e os grupos sociais, a agressão ao meio ambiente e a deterioração do espaço urbano (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998). A década de 70 foi marcada por uma crise econômica mundial que repercutiu numa crise fiscal que dificultava os Estados responderem aos gastos públicos (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000). Diante deste quadro também colocava-se em evidência a crise da saúde, uma vez que o crescente investimento na tecnificação da prática médica não era capaz de responder de forma satisfatória aos problemas de saúde (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000).

Neste momento o Estado canadense, que apresentava um sistema de saúde universal desde a década de 60, desenvolveu um movimento para discutir a problemática e mobilizar propostas como resposta. Estas propostas foram consolidadas no documento “A New Perspective on the Health of Canadians”, também denominado Informe Lalonde, nome do ministro da saúde canadense na ocasião (CARVALHO, 2002). O documento aportava o modelo de campo de saúde, proposto por Laframboise em 1973, o qual identificava quatro dimensões para explicar

a saúde: (1) o patrimônio biológico; (2) as condições sociais, econômicas e ambientais; (3) o estilo de vida individual e (4) as intervenções médico-sanitárias (LALONDE, 1974). Apesar de ancorar-se em um modelo ampliado do processo saúde doença, o documento não apresenta estratégias de ação para intervir sobre a dimensão social.

O Informe Lalonde identificava a promoção da saúde como uma das estratégias para responder aos problemas de saúde, no sentido de “informar, influenciar e assistir a indivíduos e organizações para que assumam maiores responsabilidades e sejam mais ativos em matéria de saúde” (LALONDE, 1974). O relatório enfatizava como medidas de promoção da saúde, a mudança dos estilos de vida, com foco no comportamento individual, partindo do pressuposto que “decisões individuais e maus hábitos (...) criam riscos auto-impostos”. Esta noção representa uma perspectiva conservadora da promoção da saúde, com uma tendência de diminuição das responsabilidades do Estado e aumento das responsabilidades dos indivíduos (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998; CZERESNIA, 2003; CARVALHO, 2007).

Este movimento do Estado canadense é identificado por Carvalho (2007) como a corrente behaviorista da promoção da saúde, uma vez que o seu eixo estratégico é formado por um conjunto de intervenções que buscam transformar os comportamentos individuais não saudáveis. O Relatório Lalonde representou, em âmbito nacional, a primeira proposta política de um governo que identificou a promoção da saúde como uma questão chave (Rootman *et al*, 2001). Quando da elaboração deste documento o Ministério da Saúde e Bem Estar do Canadá era gerido por Marc Lalonde, que fazia parte do Parlamento Liberal, atuando como ministro de 1972 a 1977. O gestor era formado em Direito e anteriormente atuou como assessor no Gabinete do Primeiro-Ministro, não dispondo de experiência no espaço da saúde.

Os aspectos publicados no Informe Lalonde serviram de base para a implantação de uma rede de centros comunitários de saúde e serviços sociais integrados conduzidos por equipes multidisciplinares em várias províncias do Canadá (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998; CARVALHO, 2007). Identifica-se a corrente behaviorista do movimento pela promoção da saúde no Canadá como uma continuidade do movimento da Saúde Comunitária (MSC) desenvolvido inicialmente na década de sessenta nos Estados Unidos (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998). O MSC baseava-se na implantação de centros comunitários de saúde destinados a efetuar ações preventivas e prestar cuidados básicos de saúde à população residente em áreas geograficamente delimitadas, valorizando o conhecimento dos processos socioculturais e psicossociais em prol da cooptação de agentes e forças sociais locais para os programas de educação em saúde (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

A OMS ampliou essa discussão, trazendo à pauta internacional a importância da atenção primária à saúde para uma promoção da saúde de caráter universal (CARVALHO, 2007). Neste sentido, em 1978, a Organização realizou a 1ª Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, em Alma-Ata, república do Casaquistão (ex União Soviética). Nesta conferência, pela primeira vez a saúde foi expressa como um direito social, enfatizando a saúde comunitária e recomendando a meta “Saúde para todos no ano 2000”, lançada no ano anterior pela Assembleia Mundial da Saúde. Para o alcance da referida meta foi proposto um conjunto de oito estratégias: educação dirigida aos problemas de saúde prevalentes e métodos para sua prevenção e controle, fornecimento de alimentos e nutrição adequada, abastecimento de água e saneamento básico apropriado, atenção materno-infantil e planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle das doenças endêmicas, tratamento apropriado de enfermidades comuns e acidentes, e a distribuição de medicamentos essenciais (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

De acordo com Kickbusch (2003), na meta *Saúde para Todos* a OMS posiciona a saúde no centro da política de desenvolvimento e define como objetivo das políticas de saúde “fornecer a todas as pessoas a oportunidade de levar uma vida social e economicamente produtiva”. Para o autor a estratégia propõe uma mudança revolucionária ao responsabilizar os governos não apenas pelos serviços de saúde fornecidos pelos mesmos, mas pela saúde das suas populações. Apesar disso, a centralidade do projeto estava na Atenção Primária à Saúde como estratégia de organização dos serviços e sistemas de saúde (KICKBUSCH, 2003; CARVALHO, 2007; CASTRO, 2010).

Cabe destacar a posição do agente principal deste processo, a OMS, que se caracteriza como uma agência internacional com o papel de fornecer liderança em assuntos críticos para a saúde e se engajar em parcerias onde é necessária uma ação conjunta (WHO, 2009). A Organização foi fundada em 1948, sendo subordinada à Organização das Nações Unidas e financiada por contribuições dos Estados-membros e do setor privado, priorizando o controle sanitário internacional (WHO, 2009). Outras prioridades de ação também estão postas na Constituição da Agência, mas o controle sanitário é um ponto forte de orientação de grande parte das ações OMS, desde a sua criação.

Na década de 80 identifica-se o avanço de um movimento próprio da promoção da saúde no Canadá, que com o importante apoio da OMS se torna um movimento internacional. Um importante marco deste movimento foi o Congresso Canadense de Saúde Pública, realizado em 1984, denominado “*Beyond Health Care*”. O evento foi realizado para avaliar os

progressos em termos de saúde da população canadense após dez anos da publicação do Informe Lalonde e discutiu uma nova noção de promoção da saúde, orientada pela participação social no processo de tomada de decisão sobre as ações de saúde, pela sustentabilidade ambiental e por objetivos de busca da equidade, por meio de ações intersectoriais, lançando as bases do movimento das *Cidades Saudáveis*³ (WESTPHAL, 2000).

As reflexões e proposições associadas a esta noção foram consolidadas na primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em 1986, pela OMS com o apoio do governo canadense e da Canadian Public Health Association (CARVALHO, 2007, CARVALHO; BUSS, 2008; PELLEGRINI FILHO et al, 2013). Verifica-se, portanto, que este movimento foi incentivado por agentes de diferentes espaços de ação: governos, organizações internacionais e a academia. Apenas não se identifica a participação neste momento de grupos de sociedade organizada.

Na Carta de Ottawa (1986), que consolida as principais discussões da Conferência, a saúde é reconhecida “como um recurso para a vida e não como objetivo de viver”, representando um “conceito positivo, que enfatiza os recursos pessoais e sociais, bem como as capacidades físicas”. Em consonância com o conceito de saúde como um direito humano fundamental, a Carta enfatizava determinados pré-requisitos para a saúde, que incluem paz, habitação, educação, alimentação, renda ecossistema estável, e uso dos recursos de forma sustentável, justiça social e equidade (WHO, 1986).

A Carta de Ottawa apresenta o conceito de Promoção da Saúde mais divulgado na literatura científica nacional e internacional, sendo identificada como “processo de capacitação dos indivíduos e coletividades para identificarem os fatores e condições determinantes da saúde e exercerem controle sobre eles, de modo a garantir a melhoria das condições de vida e saúde da população” (WHO, 1986).

Nutbeam (1998), analisando esta concepção, salienta que a promoção da saúde é descrita como um ‘processo’, indicando que ela é um meio para um fim, e não um resultado em si. Além disso, ao identificar-se como um processo voltado para capacitar as pessoas para agir, a promoção da saúde não é algo feito para as pessoas, é feito com as pessoas, como indivíduos ou como grupos, assim participação e parceria são os processos valorizados nesta concepção

³ Estratégia de organização das ações de saúde, em especial das ações de promoção da saúde, que tem como ideia central a articulação entre o setor público, o setor privado e o voluntariado, para elaboração e execução de planos de governo orientados para a resolução de problemas identificados, com base em indicadores de qualidade de vida (Westphal, 2000).

de promoção da saúde. O autor salienta ainda que, ao abordar os determinantes da saúde esta concepção vai incluir tanto os fatores determinantes de controle mais imediato dos indivíduos, incluindo os comportamentos de saúde individuais, quanto os fatores determinantes que estão fora do controle dos indivíduos, incluindo condições sociais, econômicas e ambientais. Assim, tanto os estilos de vida saudáveis, quanto criar ambientes favoráveis à saúde são reconhecidos como resultados da promoção da saúde (NUTBEAM, 1998).

Esta concepção representa a corrente da Nova Promoção da Saúde, termo adotado por alguns autores, conforme identifica Carvalho (2007), para caracterizar a perspectiva socioambiental da promoção da saúde, que tem a Carta de Otawa como seu principal marco, somado a outros documentos de conferências internacionais de promoção da saúde que detalham as estratégias propostas.

Cabe ressaltar a correspondência entre a corrente da Nova Promoção da Saúde com as proposições da “Nova Saúde Pública”, termo que representa o movimento ideológico como resposta à crise da saúde pública. O movimento pela Nova Saúde Pública apresenta sustentação em um conjunto de seminários e reuniões promovido pela Organização Panamericana de Saúde (OPS) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a partir do final da década de 80, que posteriormente resultaram nas ‘*Funções Essenciais de Saúde Pública*’ (FESP)⁴, definidas para orientar ministérios da saúde envolvidos com processos de Reforma do Estado (Paim, 2006). Dentre as funções da FESF destaca-se a promoção da saúde. A Nova Saúde Pública avança no século XXI em um contexto de saúde global e de avanço do neoliberalismo, onde organismos financeiros internacionais buscam espaço de crescimento nos países dependentes, onde se aportam a transferência internacional de riscos, assim como de oportunidades para a saúde (FRENK; GÓMEZ-DANTÉS, 2007).

Apesar de valorizar a perspectiva socioambiental, Carvalho (2007) reconhece que a corrente da Nova Promoção da Saúde apresenta ambiguidades internas, uma vez que seus documentos principais tem um discurso que abrange interesses diversos, que vão desde o desenvolvimento da capacidade individual, comportamental, organização dos serviços de saúde, até o desenvolvimento de política públicas saudáveis e o *empowerment* comunitário, o que pode levar a diferentes possibilidades interpretativas que serão traduzidas em diferentes estratégias e práticas sanitárias. Como sintetiza o autor, “em nome do consenso pode significar tudo para

⁴ A noção de Funções Essenciais de Saúde Pública foi desenvolvida em alguns países da América do Norte e da Europa, a partir de 1988, e incorporada pela Organização Mundial da Saúde em 1995, com o objetivo de construir uma imagem do conceito de Saúde Pública e delimitar o âmbito de sua atuação (OPAS, 1997).

todos”. Apesar disto, concordamos com a importância de enfatizar as construções que ocorreram ao longo deste processo, visto que há um ponto importante de oposição entre as duas correntes: enquanto na corrente behaviorista as intervenções prioritárias visam transformar hábitos de vida individuais a partir da atuação do setor saúde, com a culpabilização dos indivíduos por seus comportamentos, a corrente da Nova Promoção da Saúde preconiza ações pautadas pela defesa e pelo apoio (*empowerment*) para favorecer a qualidade de vida dos indivíduos e coletividades.

O quadro 1 apresenta uma síntese das principais concepções de promoção da saúde até a Carta de Ottawa, identificando os respectivos sujeitos e objetos de ação, assim como os resultados esperados que podem ser presumidos a partir da exploração destas concepções relacionando-as com a trajetória dos seus autores e com os movimentos ideológicos do campo social da saúde representativos das ideias dos mesmos.

Quadro 1. Caracterização das principais concepções de promoção da saúde até a Carta de Ottawa.

Autores	Conceito/concepção de promoção da saúde	Sujeitos da ação	Objetos da ação	Resultados esperados	Movimentos ideológicos do campo social da saúde representativos das ideias dos autores
Winslow (1920)	A promoção da saúde é um esforço da comunidade organizada para alcançar políticas que melhorem as condições de saúde da população e os programas educativos para que o indivíduo melhore sua saúde pessoal, assim como para o desenvolvimento de uma maquinaria social que assegure a todos os níveis de vida adequados para a manutenção e melhoramento da saúde (<i>apud</i> BUSS, 2003).	Profissionais de saúde, Estado e comunidade organizada	Educação dos indivíduos e grupos e enfrentamento dos determinantes ambientais da saúde.	Manutenção e melhoria da saúde	Sanitarismo
Sigerist (1946)	Uma das quatro tarefas essenciais da medicina, com o objetivo de “prover um padrão satisfatório de vida, boas condições de trabalho, educação, cultura física, meios de descanso e lazer” (SIGERIST, 1960)	Estado	Participação social e enfrentamento dos determinantes sociais de forma ampla	Melhoria das condições de vida	Medicina Social
Leavell & Clark (1940)	Modelo da História Natural das Doenças – Promoção da Saúde como um dos elementos do nível de prevenção primária, o qual compreende medidas que evitem o aparecimento de doenças, atuando sobre o ambiente físico ou protegendo o indivíduo contra agentes patológicos, incentivando condutas de proteção individual (LEAVELL; CLARK, 1976)	Médico	Educação dos indivíduos e grupos para a proteção individual	Manutenção da saúde	Medicina Preventiva
Lalonde (1974)	Promoção da saúde foi apresentada como estratégia para o enfrentamento dos problemas no campo da saúde no sentido de “informar, influenciar e assistir a indivíduos e organizações para que assumam maiores responsabilidades e sejam mais ativos em matéria de saúde”. Enfatiza a mudanças dos estilos de vida como medida de promoção da saúde	Indivíduos e comunidade organizada	Educação dos indivíduos e grupos para a mudança dos estilos de vida – comportamentos individuais não saudáveis	Manutenção da saúde	Saúde Comunitária
WHO - Carta de Ottawa (1986)	“processo de capacitação dos indivíduos e coletividades para identificarem os fatores e condições determinantes da saúde e exercerem controle sobre eles, de modo a garantir a melhoria das condições de vida e saúde da população”	Indivíduos, comunidade organizada, profissionais de saúde, Estado	Educação para a participação social, enfrentamento dos determinantes sócio ambientais da saúde.	Melhoria da condições de vida e saúde	Promoção da Saúde

Salienta-se que as conferências globais de Promoção da saúde que se seguiram à Carta de Ottawa avançaram no sentido de melhor caracterizar as grandes linhas de ação da promoção da saúde, buscando consolidar e difundir os seus princípios, assim como buscaram favorecer o delineamento de estratégias de ação (HEIDMANN ET AL., 2006; RABELLO, 2010; LOPES, 2010). De acordo com a análise destes autores, os seguintes princípios são identificados: *empowerment*, participação social, equidade, intersetorialidade e sustentabilidade. O quadro a seguir expõe a definição que reconhecemos sobre tais princípios.

Quadro 2. Definições dos princípios gerais da promoção da saúde.

Princípio	Noções associadas
<i>Empowerment</i>	Um processo através do qual as pessoas obtêm o controle mais amplo sobre as decisões e ações que afetam sua saúde. Pode ser um processo social, cultural, psicológico ou político através do qual, indivíduos ou grupos sociais são habilitados para expressar suas necessidades, apresentar suas preocupações, elaborar estratégias para o envolvimento dos tomadores de decisão e para alcançar a ação cultural, social e política para atender aqueles que precisam (NUTBEAM, 1998). O autor distingue o <i>empowerment em</i> individual e comunitário. O primeiro refere-se primariamente à capacitação individual para tomar decisões e ter controle sobre sua vida pessoal, enquanto <i>empowerment</i> comunitário envolve indivíduos que agem em conjunto para obter maior controle sobre os determinantes da saúde e a qualidade de vida em sua comunidade.
Participação social	Participação dos indivíduos e grupos nos processos decisórios, nas atividades de planejamento e na implementação das ações de saúde (NUTBEAM, 1998; GREEN & KREUTER, 2005).
Colaboração intersetorial	É um reconhecimento da relação entre o papel ou os papéis de diferentes setores ou coletividades para adotar medidas sobre uma questão, de forma a atingir resultados em saúde em um caminho mais efetivo, eficiente ou sustentável do que quando exercido pela ação isolada do setor saúde (NUTBEAM, 1998).
Equidade	Implica que as necessidades das pessoas devem guiar a distribuição de oportunidades de bem-estar (NUTBEAM, 1998).
Sustentabilidade	Termo que qualifica as ações que podem manter os seus benefícios para as comunidades e populações para além da sua fase inicial de implementação. Esta noção parte do princípio que o alcance das mudanças nos fatores de risco e as condições de risco que irão resultar em ganho de saúde em populações requer a implementação de ações de promoção da saúde ao longo de anos e décadas. A atenção deve ser dada, por conseguinte, para a concepção de ações que têm o potencial para fornecimento contínuo e institucionalização depois de terem sido avaliadas e reconhecidas como eficazes (SMITH et al. 2006).

Ao apreciar as concepções de promoção da saúde, identificamos divergências e convergências, que puderam ser elucidadas à luz da trajetória dos autores que expõem tais

concepções em associação com os movimentos ideológicos do campo social da saúde que as ideias dos mesmos encontram-se associadas.

Todas as concepções apontam para a necessidade de ações de saúde para além das ações curativas, no sentido de romper com a hegemonia do modelo biomédico. Observa-se uma evolução progressiva, entretanto por vezes contraditória, visto a incoerência entre os sujeitos, objetos e resultados esperados. Quase todas as concepções expressam de forma explícita ou implícita os profissionais de saúde como sujeitos da ação, entretanto na concepção de alguns autores (WINSLOW, 1920 APUD BUSS, 2003; LEAVELL; CLARK, 1976; LALONDE, 1974) a atuação destes sujeitos centra-se nas ações de caráter educativo, valorizando a autonomia individual ou coletiva para o controle da saúde, com foco na mudança dos estilos de vida. Neste último caso, esta concepção se desenvolve em um contexto onde se priorizava a redução dos custos em saúde por parte do Estado, vislumbrando, basicamente, a manutenção e a melhoria da saúde como resultado.

Diferentemente, as concepções que têm em vista a melhoria da saúde e das condições de vida têm como ponto central de ação o enfrentamento dos determinantes socioambientais da saúde. Entretanto, nestas concepções são observadas diferenças quanto aos sujeitos e objetos da ação. A Carta de Otawa (1986) avança no sentido de apoiar indivíduos e especialmente comunidades para que possam compreender a determinação do processo saúde doença e assim colaborarem no sentido de identificar e ordenar os meios que favoreçam o bem estar individual e coletivo. A Carta de Otawa adota uma perspectiva de promoção da saúde que ultrapassa os meios e capacidades individuais e para incidir sobre os determinantes, valorizando não apenas os recursos, mas também o *empowerment* social.

O desenvolvimento das concepções de promoção da saúde também traz consigo as divergências que se desenvolveram neste processo, que se associam à amplitude de aspectos que envolvem este espaço de ação. Tesser (2009) vislumbra quatro eixos bipolares associados ao entendimento da promoção da saúde, envolvendo as concepções apresentadas anteriormente. São estes: (1) ações individuais (desenvolvimento de habilidades pessoais) vs. coletivas sociais (ênfase na determinação social do processo saúde-doença); (2) intersectorialidade vs. setorialidade (ações específicas do campo institucional da saúde); (3) conceituação ampliada e positiva de saúde vs. saúde como ausência de doença e (4) dimensão pedagógica das práticas de saúde, tendo em um polo a educação emancipadora, numa perspectiva de *empowerment* e em outro, uma educação autoritária e controladora. Esta noção

de pólos demonstra extremos, entretanto, esses são passíveis de aproximações em diferentes gradações, o que dificulta precisar nas proposições de promoção da saúde aquilo que corresponde a uma proposta própria do campo (TESSER, 2009).

Novos conceitos de promoção da saúde se desenvolveram no século XXI, buscando melhor caracterizar os aspectos que são próprios da promoção da saúde, assim como sinalizam mecanismos para o ordenamento das ações, entretanto mantêm como base a concepção inerente à corrente da Nova Promoção da Saúde.

Green & Kreuter (2005) expressam a promoção da saúde como:

“combinação de ações planejadas do tipo educativo, político, legislativo ou organizacional em apoio aos hábitos de vida e condições favoráveis à saúde dos indivíduos, grupos ou coletividades”.

Chamam, portanto, atenção para a coordenação das ações através do planejamento.

Outro ponto de destaque na concepção moderna se refere à coordenação intersetorial como instrumento chave para lograr a promoção da saúde. Neste sentido, Potvin e colaboradores (2001) expressam que:

“as ações de promoção da saúde consistem em abordagens comunitárias intersetoriais e multidisciplinares voltadas para os determinantes sociais da saúde e para o *empowerment* de sujeitos e atores sociais, de modo que os programas de promoção da saúde apresentem como características básicas um escopo abrangente, estratégias participativas, resultados de longo prazo e planejamento flexível” (p.48).

Os autores reconhecem que intervenções de promoção da saúde apresentam natureza dinâmica, contextual e de base comunitária, que evoluem ao longo do tempo, sob o curso das negociações entre as partes interessadas, o que remete ao planejamento participativo. As intervenções são interdependentes em grande parte com um ambiente local, no qual cabe reconhecer as necessidades e valorizar as habilidades locais para a intervenção (POTVIN et al, 2001).

O debate, como identifica o título deste tópico não é conclusivo. O mais importante neste processo, em nosso entendimento, é valorizar uma concepção que busque tornar claro os sujeitos e objetos de ação, de forma a oferecer sustentação a práticas articuladas e integradas com a realidade local e que vislumbrem como resultado a melhoria das condições de vida.

4.1.2. A integração de um tema na agenda de governo

Kingdon (2003) considera a formulação de políticas públicas como um conjunto de processos que inclui, pelo menos: (1) o estabelecimento de uma agenda, (2) a especificação de alternativas a partir das quais as escolhas vão ser realizadas, (3) a escolha dominante entre o conjunto de alternativas disponíveis, e (4) a implementação da decisão.

Na análise de políticas públicas um dos pontos de destaque é a constituição de um tema na agenda governamental. De acordo com Capella (2005), dois modelos teóricos se destacam por sua capacidade em explicar como as agendas governamentais são formuladas e alteradas: o modelo de Múltiplos Fluxos (*Multiple Streams Model*), elaborado por Kingdon e o modelo do Equilíbrio Pontuado (*Punctuated Equilibrium Model*), de Baumgartner & Jones.

O modelo proposto por Kingdon, para analisar as políticas públicas na área de saúde e transporte do governo norte americano, preocupa-se com os estágios pré-decisórios da formulação de políticas, ou seja, a constituição da agenda governamental (CAPELLA, 2005). Kingdon (2003) concebe a agenda como uma lista de assuntos ou problemas para os quais os agentes governamentais e pessoas externas ao governo, intimamente associadas ao mesmo, evidenciam em um dado tempo.

O autor concebe três tipos de agenda: *sistêmica* ou *não governamental*, *governamental*, e de *decisão*. A agenda sistêmica se refere à lista de assuntos que são preocupação de um país, sem, contudo, merecer atenção do governo; a agenda governamental engloba os problemas que merecem atenção do governo. Dada a complexidade e o volume de questões que se apresentam aos formuladores, apenas algumas delas serão realmente consideradas em um determinado momento, compondo a agenda de decisão. Portanto, a **agenda de decisão** corresponde à lista de assuntos ou problemas que os agentes governamentais e pessoas externas ao governo, intimamente associadas ao mesmo, focalizam em um dado tempo e é alvo de ação do governo (KINGDON, 2003).

Dois fatores influenciam a construção da agenda de decisão do governo: (a) os *participantes ativos* e (b) os *processos / fluxos* através dos quais cada item e alternativas se destacam (KINGDON, 2003).

a) Os participantes ativos

Os participantes ativos podem ser *atores governamentais* e *atores não governamentais*. No primeiro grupo estão o alto *staff* da administração, os funcionários de carreira, os parlamentares e funcionários do Congresso (em âmbito nacional), enquanto no segundo grupo estão os acadêmicos, consultores, grupos de pressão ou de interesse, a mídia e a opinião pública (KINGDON, 2003). De acordo com o autor, estes grupos apresentam diferentes capacidades de intervir sobre a constituição da política, a depender do posicionamento dos atores. Como ressalta Pinto (2004), as contribuições dos atores são diversas: alguns contribuem com a sua popularidade política, outros com seus conhecimentos ou saberes específicos, alguns aportam com o senso pragmático de possibilidade ou as habilidades de atraírem atenção, além da autoridade.

Assim, a definição da agenda pode envolver a transferência de itens de uma agenda não governamental para uma agenda formal do governo, em parte, através da mobilização de líderes de públicos relevantes, ou questões podem chegar à agenda através da difusão de ideias em círculos profissionais e entre as elites políticas, particularmente burocratas. Além disso, mudanças na agenda podem resultar de uma alteração no controle do partido ou dos saldos ideológicos intrapartidários provocado por eleições (KINGDON, 2003).

O papel do chefe de governo é apresentado com destaque por Kingdon (2003). O autor considera como razões para esta posição de realce, os seguintes fatores: (1) seu acesso aos recursos institucionais, sendo responsável pelo preenchimento dos principais cargos de decisão política e devido à posição de comando da ação pública, podendo converter-se em pressão sobre outras autoridades governamentais para adotar a agenda do chefe de Estado e (2) a força do seu elemento partidário no governo.

No que se refere às nomeações políticas, Kingdon (2003) destaca como um problema fundamental a impermanência dos cargos, dificultando o avanço de algumas proposições. Ao contrário, os burocratas são pensados como uma fonte de muitos temas da agenda, considerando a experiência necessária e a dedicação aos princípios consagrados em seus programas de interesse. Esses atributos podem levá-los a capturar as nomeações políticas em suas agências, para estabelecer relações fortes com os grupos de interesse e para moldar o fluxo de informações essenciais para propostas políticas. Apesar das supostas vantagens, o autor, em suas pesquisas, pouco identifica funcionários de carreira como sendo tão influentes

na definição da agenda quanto os funcionários do poder executivo, que fazem parte do alto *staff* da administração.

Quanto aos atores não governamentais, os grupos de interesse (sindicatos, associações, consumidores, ambientalistas, lobistas, entre outros) são reconhecidos por Kingdon (2003) como os mais importantes. Suas atividades podem ser positivas, promovendo novos cursos de ação do governo, ou negativas, buscando bloquear mudanças nas políticas públicas. Já os acadêmicos, pesquisadores e consultores teriam maior poder de influência nas alternativas do que nas agendas governamentais, sendo que os políticos se voltam para essa comunidade, para as propostas que seriam relevantes para as suas preocupações, de forma que possam apoiar a constituição de soluções para os problemas (KINGDON, 2003).

A mídia também representa um ator não governamental, sendo que, frequentemente, é retratada como um grupo poderoso na formação da agenda (KINGDON, 2003). Ela age como um comunicador dentro de uma comunidade política, ampliando os movimentos que já começaram em outro lugar, ao invés de originar esses movimentos. A importância dos meios de comunicação pode variar de um tipo de participante para outro, dependendo das relações e informantes e do contexto externo que abrange determinado tema. Entretanto, uma das razões para a mídia ter menor efeito na agenda política é a tendência da imprensa para cobrir uma história por um curto período de tempo e, em seguida, voltar-se para a próxima história, diluindo o seu impacto. Isso ocorre em função do interesse da população pelo novo.

b) Os processos

Os processos que determinam a constituição da agenda governamental são reflexos de três fluxos decisórios que permeiam toda a organização, de forma relativamente independente: problemas (*problems*); soluções ou alternativas políticas (*policies*); e contexto político (*politics*) (KINGDON, 2003). De acordo com o autor, os três fluxos operam em um movimento constante, sem começo ou finais claros, podendo servir como um impulso ou como uma restrição ao desenvolvimento de uma agenda, sendo que a mudança na agenda é resultado da convergência entre os três fluxos, ocorrendo em situações críticas, catalisadas por uma ação empreendedora.

b.1. Fluxo de problemas

No fluxo dos problemas cabe analisar de que forma ocorre o processo de seleção de problemas, ou seja, de que forma determinadas condições são reconhecidas como problemas, porque determinados problemas passam a ocupar a agenda governamental, ou seja, o que e quem eles representam (KINGDON, 2003). O autor destaca que o reconhecimento de um problema tem um elemento interpretativo que envolve a percepção dos formuladores de política sobre determinada condição social e estabelece uma diferenciação fundamental entre problemas e condições. Uma condição é uma situação social percebida, mas que não necessariamente desperta uma ação em resposta. Condições se tornam problemas quando os formuladores políticos reconhecem que se deve agir.

Este reconhecimento da necessidade de ação ocorre através de três mecanismos: indicadores sistemáticos (interpretações que auxiliam a identificar a existência de uma questão, tais como mortalidade infantil, desemprego, etc.), eventos que concentram a atenção em um determinado assunto (crises e desastres) e *feedback* das ações governamentais (exemplos: monitoramento de gastos, não cumprimento de metas). Kingdon (2003) identifica, ainda, como elementos de reforço para destacar um item na agenda as experiências pessoais que formuladores de políticas vivenciam, aproximando-os de determinados problemas, assim como o impacto dos símbolos, que correspondem a eventos que passam a ter uma imagem representativa frente a um grupo de pessoas (como por exemplo, uma inovação tecnológica ou o processo de aprovação de um projeto de lei).

Valores, comparações e categorias contribuem para a tradução de uma condição em problema (Kingdon, 2003). Os atores podem avaliar uma situação da gestão pública à luz dos seus valores pessoais. Além disso, problemas, por vezes, envolvem comparações, ou seja, se uma nação ou região não está conseguindo o que outros atingem, especialmente em condições semelhantes, então, a desvantagem relativa constitui um problema e representa um poderoso argumento para priorização de um problema. As categorias se referem a como os problemas são classificados, agrupados, sendo que o primeiro corte na análise de qualquer coisa é colocá-la em sua categoria correta. As pessoas verão um problema bastante diferente se ele é colocado em uma categoria em detrimento de outra. Categorias velhas e velhos meios de classificar sujeitos nessas categorias tendem a persistir. De acordo com Kingdon (2003), a mudança de categorias representa uma ameaça aos interesses de alguém, uma vez que significa a delimitação de um espaço de ação. Além disso, o surgimento de uma nova

categoria é sinal de uma mudança no fluxo político, pois representa uma mudança na forma de pensar sobre determinados objetos (KINGDON, 2003).

Pinto (2004) entende que a análise deste fluxo deve se dar sobre o questionamento quanto aos mecanismos de pressão para formulação da agenda. Chama a atenção para a possibilidade de que uma decisão prévia com respeito à implantação de uma política possa influenciar a ênfase dada na identificação de um problema, de forma a justificar o foco em elementos compatíveis com a proposta política apresentada.

b.2. Fluxo de alternativas

O fluxo das alternativas políticas (*policy alternatives*) corresponde à identificação da representação social associada aos “processos nos quais as propostas são geradas, debatidas, redesenhadas e aceitas” (PINTO, 2004). De acordo com Kingdon (2003) as alternativas geradas neste fluxo, não necessariamente, são respostas a problemas percebidos.

Kingdon (2003) faz uma analogia do processo de seleção de alternativas com o processo biológico de seleção natural de Darwin, onde as idéias de alternativas são geradas em comunidades políticas, são confrontadas, se combinam com outras proposições e por fim, algumas propostas flutuam em um “caldo primordial de políticas” (*policy primeval soup*), ou seja, emergem para a real atenção dos participantes do processo decisório. Algumas das proposições se mantêm em consideração a alguns fatores, quais sejam: a viabilidade técnica, os custos, os valores compartilhados em outras comunidades e os mecanismos de difusão das ideias.

Kingdon (2003) destaca a importância do processo de difusão das ideias (*soften up*) em outros fóruns, para o reconhecimento da proposta como relevante em outros grupos, de forma a construir o processo de aceitação das ideias, que ocorre basicamente por meio da persuasão. Para tanto, enfatiza a análise do conteúdo das próprias ideias e o processo de difusão das mesmas na busca por maior consenso como parte importante da tomada de decisão em torno do governo. As comunidades geradoras de alternativas normalmente são compostas por especialistas – pesquisadores, assessores parlamentares, acadêmicos, funcionários públicos, analistas pertencentes a grupos de interesse (CAPELLA, 2005). De uma área política para outra, as comunidades relevantes de especialistas variam enormemente no grau de fragmentação, sendo que algumas comunidades estão extremamente fechadas e coesas, enquanto outras são mais diversas e fragmentadas (KINGDON, 2003). O grau de fragmentação das comunidades

políticas influencia o grau de fragmentação da política, que por sua vez influencia a estabilidade da agenda (VIANA, 1996).

Propostas que atendam a vários critérios aumentam a sua chance de sobrevivência, tendo em vista serem tecnicamente viáveis, capazes de serem implementadas, aceitáveis à luz dos valores detidos por membros da comunidade política e se estes valores incluem não apenas a noção de papel do governo adequado, mas também os conceitos de equidade e eficiência. Além disso, as chances de um problema ascender à agenda de decisão aumentam drasticamente se uma solução está conectada (KINGDON, 2003).

b.3. Fluxo político

Este fluxo representa o processo no qual as coalizões são construídas, a partir de mecanismos de barganha e negociação política. Três elementos influenciam este fluxo: (I) o “clima” nacional (*nacional mood*) (II) forças políticas organizadas, e (III) mudanças internas no governo (mudança de pessoas em posições estratégicas, mudanças de gestão) (KINGDON, 2003).

O ‘clima’ nacional caracteriza uma situação onde diversas pessoas compartilham das mesmas questões, ocorrendo incentivos à valorização de determinadas ideias (KINGDON, 2003). De acordo com o autor, o ‘clima’ não necessariamente reside no público de massa, mas, em vez disso, é percebido nas atitudes dos diferentes setores mais ativos do público. O público, conforme tratado pelo autor, refere-se à população civil, podendo ter uma atitude passiva (público de massa) ou ativa (sociedade civil organizada, grupos de interesse) diante da atuação governamental. Percepções do ‘clima’ nacional afetam a agenda governamental, tanto através da promoção de itens que se encaixam com o clima, como inibindo a atenção para itens que não correspondem ao interesse do público.

A influência das *forças políticas organizadas* é exercida, principalmente, pelos grupos de pressão, caracterizando apoio ou oposição, sinalizando acordos ou conflitos na arena política. Ou seja, as coligações são construídas por meio da outorga de concessões em troca de apoio da coalizão. A junção não ocorre porque um grupo foi simplesmente convencido da virtude do curso de ação, mas porque se teme que a não coalizão resultasse na exclusão dos benefícios da participação (KINGDON, 2003). O autor caracteriza o processo como um consenso que é fruto de negociação e não da persuasão como identificado anteriormente. Neste caso, discordamos

quanto ao uso do termo consenso, visto que, conforme referido anteriormente, a implicação não se dá por meio da concordância de ideias, mas da negociação de interesses.

As mudanças internas do governo se referem a mudanças de pessoas em posições estratégicas dentro da estrutura governamental e mudanças de gestão. De acordo com Kingdon (2003), uma mudança de gestão representa o momento mais apropriado para uma mudança administrativa, pois a sociedade anseia pela mudança e os burocratas já concebem que este representa um momento de mudança. Outro tipo de mudança no governo com importante efeito sobre a agenda é a mudança dos limites da jurisdição, ou seja, o campo de atividade de determinado setor (CAPELLA, 2005). A articulação de diferentes interesses, capacidades e responsabilidades é um processo complexo, que pode dificultar o desenvolvimento da agenda, quando esta prevê o envolvimento de diferentes setores.

Por outro lado, a tentativa de aumentar o controle sobre uma determinada agenda, limitando as propostas a uma jurisdição específica dentro da estrutura de poder, pode fazer com que questões importantes sejam ignoradas, não alcançando êxito (CAPELLA, 2005). Estes aspectos são próprios das proposições relacionadas a promoção da saúde, que tem o princípio da intersectorialidade como base de uma concepção que busca a abordagem dos determinantes sociais.

b.4. A articulação dos fluxos como elemento motivador da mudança na agenda

O modelo de fluxos múltiplos tem como base o modelo analítico de James March & Johan Olsen, denominado *garbage can* (lata de lixo), o qual considera no processo de formulação de políticas públicas o efeito da combinação complexa de fatores e atores que precisam ser esclarecidos apesar da fluidez de situações imprecisas (PINTO, 2004). A “lata” representa o conjunto de problemas, soluções, participantes e oportunidades de escolha, sendo que os resultados surgem da mistura, que representa o “lixo”. O modelo *garbage can* considera as organizações governamentais como “anarquias organizadas”, ou seja, instituições com preferências problemáticas, tecnologias não claramente especificadas, com participação fluida e instável dos atores. A partir da interpretação dos resultados de seu estudo, Pinto (2004) evidencia que as preferências não são definidas com clareza pelos atores, tampouco os objetivos a serem perseguidos. A autora destaca que “a falta de transparência se constitui em mecanismo estratégico para garantir o encaminhamento das alternativas definidas como prioritárias por aqueles que tomam a decisão final”.

A articulação dos fluxos apresenta-se como fator determinante da inserção de um assunto na agenda. De acordo com Kingdon (2003), para uma mudança na política ocorrer, uma *policy windows* (janela de oportunidade) deve ocorrer em todos os três fluxos simultaneamente, de forma que estes fluxos convirjam num mesmo sentido e assim uma nova proposta é incorporada na agenda governamental. O autor salienta que, a ‘janela de oportunidade’ é influenciada, especialmente, pelo fluxo de problemas e pelo fluxo político, ou seja, quando um problema consegue atrair a atenção do governo e quando ocorrem mudanças no processo político. O fluxo das alternativas apresenta pouco poder de influência sobre a oportunidade de mudança na agenda, uma vez que este fluxo se apresenta quando problemas são reconhecidos ou demandas políticas estimulam a criação de propostas. Apesar disso, o fluxo das alternativas é fundamental para que uma questão, já presente na agenda governamental, tenha acesso à agenda de decisão (CAPELLA, 2005).

Destaca-se que a abertura das janelas no modelo de Kingdon apresenta caráter transitório, ou seja, a oportunidade de mudança cessa quando um dos fluxos desarticula-se em relação aos demais. Capella (2005) exemplifica através do processo político, considerando a influência de processos de reorganização institucional que podem abrir ou fechar janelas políticas, assim como no fluxo das alternativas quando estas não surtem efeitos, formuladores de políticas podem julgar inúteis seus esforços, podendo representar o fechamento de uma janela.

Outro elemento importante para a mudança na agenda é a atuação dos *policy entrepreneurs* (“empreendedores de política”), pessoas que atuam em qualquer fase da política, aplicando seus recursos no sentido de interferir nos fluxos. Estes sujeitos podem ser burocratas, acadêmicos, políticos, entre outros. Os *policy entrepreneurs* são hábeis negociadores e mantêm conexões políticas, são persistentes na defesa das suas ideias, levando suas concepções de problemas e alternativas a diferentes fóruns. Os incentivos capazes de mobilizar estes empreendedores, na concepção do autor, são: a promoção de interesses pessoais, promoção de valores defendidos, além de interesse em estar no poder.

Capella (2005) salienta que o modelo não compreende o desenvolvimento de políticas como um processo de estágios sequenciais e ordenados, entendendo que o modelo “focaliza a dinâmica das ideias, onde o desenvolvimento de políticas é visto como uma disputa sobre definições de problemas e geração de alternativas”.

O processo de constituição da agenda política é sintetizado por Pinto (2004) da seguinte forma:

A complexidade que envolve a agenda de decisão requer, portanto, o entendimento das estratégias utilizadas para a identificação do problema, o debate em torno da construção de alternativas e os atores envolvidos no processo. Isso exige entender o caminho percorrido por uma ideia, o que pressupõe a análise dos processos de discussão sobre o assunto, os discursos, as audiências e as proposições de projetos de lei, assim como a interferência dos resultados das eleições, das mudanças no governo, da pressão de grupos de interesse, das oscilações do sentimento nacional, da opinião pública e da mídia. (p. 46)

Um ponto controverso no *Modelo dos Fluxos Múltiplos* é a interdependência dos fluxos (CAPELLA, 2005). Os fluxos são reconhecidos por Kingdon como independentes, sendo central no modelo a ideia que cada um segue sua dinâmica própria em relação aos demais, exceto, em momentos críticos, onde *policy entrepreneurs* conectam problemas a soluções em um determinado contexto político. Entretanto, se observa um nível de interdependência, mesmo antes do momento crítico, como proposto por Capella (2005), ao exemplificar a sobrevivência de ideias em comunidades políticas em detrimento da antecipação sobre a aceitação política de determinadas alternativas, ou ainda as mudanças do *clima nacional* e de pessoas chave no governo, relacionadas a preocupações com problemas específicos. Kingdon (2003), mais recentemente, aceita a hipótese da existência de conexão entre os fluxos.

Concordamos que a apreciação dos fluxos apresenta um modelo analítico coerente com o objeto deste estudo. Entretanto, no que diz respeito à investigação dos participantes ativos, o modelo é frágil, pois Kingdon (2003) enfatiza a capacidade de intervenção dos participantes de acordo com a posição dos mesmos no processo e não explora a possibilidade de que um ator possa fluir em diferentes espaços, desenvolvendo relações de poder que vão além da sua posição quando da constituição da agenda.

Além disso, reconhecemos que o modelo também é insuficiente para analisar a escolha das alternativas e a constituição destas em uma política, uma vez que, conforme aponta Testa (2006), o ordenamento de prioridades políticas implica a apreciação da relação de coerência entre os propósitos do governo e do projeto, a estrutura organizacional e os métodos empregados para desencadear a execução das estratégias priorizadas, elementos que caracterizam o *Postulado da Coerência*.

4.1.3. Postulado de coerência e poder em política: elementos para uma ação estratégica

Incorporamos no modelo de análise a apreciação da *relação de poder dos atores* e o *postulado da coerência*, propostas teórico-metodológicas estruturadas por Mario Testa (2006), desenvolvidas numa perspectiva de pensamento estratégico para o planejamento em saúde em contextos de países capitalistas dependentes.

O termo pensamento estratégico remete a “comportamentos organizacionais destinados ao manejo de situações em que seja preciso superar obstáculos que se oponham à conquista de um objetivo” (TESTA, 1995). A formulação e implementação de uma política é fruto de uma ação estratégica, sendo a política, na concepção de Testa (2006), uma estratégia de distribuição de poder.

Desta forma, o poder se coloca como categoria fundamental do pensamento estratégico, ou seja, para se objetivar mudanças. Para conhecer o poder, o autor propõe a análise de suas determinações, suas relações, seus recursos, em uma situação concreta, de forma a explicar a modificação dos comportamentos em torno de uma atividade, em um determinado setor (TESTA, 1995). Para o autor, a ideia de poder nas sociedades capitalistas encontra-se intimamente ligada ao Estado, espaço social onde se desenvolve prioritariamente a ação política. Desta forma, é o espaço onde se desenvolve as relações de poder, onde redes de poder através de agentes internos e externos se desenvolvem, no sentido de viabilizar os interesses. O autor considera que existe uma variação nos recursos de poder dos diversos atores sociais e que a responsabilização desses atores no desenvolvimento de uma ação deve estar em correspondência com o poder exercido pelos mesmos. Os atores podem ser indivíduos, grupos sociais, instituições, que atuam direta ou indiretamente em uma organização burocrática.

O poder é analisado por Testa (2006) quanto aos âmbitos onde ocorre a ação, que expressa as relações de poder. O autor desenvolve nesta perspectiva uma tipologia de poder referente ao setor saúde, que considera três vertentes: técnica, administrativa e política.

O **poder técnico**, em linhas gerais, é identificado por Testa (2006) como “a capacidade de gerar, conectar e manejar informações de diferentes características” e opera em múltiplos âmbitos, envolvendo vários tipos de informações, a saber: médica, sanitária, administrativa e marco teórico. A informação médica é fundamentalmente clínica e a informação sanitária corresponde à distribuição dos agravos na população. A informação administrativa em geral

corresponde aos diversos indicadores de uso de recursos, tais quais: medidas de produção, custo, produtividade. Já o marco teórico refere-se à informação sobre a determinação social dos agravos, sendo que, ao mesmo tempo em que corresponde a uma discussão científica, representa uma luta política (TESTA, 2006). De acordo com o autor, esta não é uma informação manejada habitualmente, uma vez que extrapola o setor saúde, implicando avaliações e práticas complexas e que exigem articulação dos diferentes setores do governo, do setor produtivo e de grupos sociais.

Os diferentes âmbitos em que circulam o poder técnico são de grande importância para o desenho estratégico de uma política. São estes: (1) a docência em saúde, especialmente aquela que envolve a formação dos profissionais de nível superior; (2) a pesquisa, geralmente relacionada às instituições docentes, mas também pode estar relacionada a instituições de serviços; (3) os serviços, que podem ser assistenciais, preventivos ou ainda direcionados a grupos populacionais; (4) a administração superior, que o autor distingue dos serviços, considerando as diferenças entre ambos no controle das informações, e (5) a população, que agrega diferentes grupos sociais, que devem ser explorados conforme as circunstâncias analisadas (TESTA, 2006). O autor pondera que, quanto maior a homogeneidade dentro do grupo social, maior a acumulação de poder técnico pelo mesmo e destaca como uma importante característica deste tipo de poder o estilo de linguagem, que pode ocultar ou revelar conhecimentos, considerando os interesses dos grupos (TESTA, 2006).

O **poder administrativo** é sintetizado pelo autor como “a capacidade de apropriar-se e atribuir recursos”, em especial o recurso financeiro, que é tido como o elemento central, organizador dos diversos subsetores de um setor e fundamental nos deslocamentos de poder dentro do próprio setor. O poder administrativo se diferencia do poder técnico no âmbito da administração superior pelo fato de que, a capacidade de manejar a informação administrativa (saberes sobre as normas, a gestão e a organização) não implica, necessariamente, a capacidade de manejar os recursos, especialmente de ordem financeira. Entretanto, o poder técnico pode representar um importante mobilizador dos atores que apresentam recursos de poder administrativo, quando expressa de forma persuasiva seus interesses.

Existe, de forma geral, três subsetores no setor saúde: o público, que representa as atividades próprias do governo; o privado, que engloba as diversas modalidades de prestação de serviço de atenção à saúde por empresas privadas; e o intermediário, que representa os seguros, destinados a financiar a atenção dos trabalhadores e dos seus dependentes (TESTA, 2006). O

autor chama a atenção para os desvios de recursos que ocorrem entre os subsetores, destacando a importância de identificar quais os componentes e as relações entre os subsetores, assim como o papel do Estado.

Cabe salientar que, tendo em vista a promoção da saúde, o setor público engloba outros setores governamentais, além do setor saúde e o setor privado engloba a prestação de serviços, para além da atenção à saúde, ou seja, construtoras, empresas de produção comercialização de alimentos, dentre tantos outros serviços que englobam a saúde em seu sentido positivo.

O **poder político** é sintetizado como a “capacidade de mobilizar grupos sociais para demandar ou reivindicar suas necessidades e interesses”, sendo identificado como resultado da consideração do poder enquanto ideologia (TESTA, 2006). Para o autor a ideologia subentende um saber e uma prática. O saber representa uma concepção de mundo, podendo ser empírico ou científico e a prática remete à construção de sujeitos, podendo ser de dominação ou hegemônica. A combinação entre saberes e práticas pode assumir diferentes formas: saber empírico com prática de dominação que representa o machismo e a prepotência; saber empírico com prática hegemônica, que representa as organizações não classistas e a liderança; saber científico com prática de dominação, que expressa a ditadura e a burocracia; e saber científico com prática hegemônica, que expressa o poder político de classe (TESTA, 2006).

O poder político se intercepta com os poderes técnico e administrativo, sendo que, a maneira como se combinam representa a possibilidade de transformação de um tipo em outro. Entretanto, cabe salientar que o poder político é identificado como superior aos demais, visto que quando representa uma prática hegemônica não existem teorias das formas organizativas que lhe corresponda, ao contrário do poder técnico e administrativo que fica submetido à burocracia (TESTA, 2006). Como expressa Giovanella (1989), o poder político, diferentemente dos demais, é relação e não mais recurso que se detém.

Os atores sociais mobilizam o poder e a tensão gerada entre os distintos atores diante de uma ação proposta por algum deles, representado um campo de forças que caracteriza as relações de poder, postas em um espaço social (GIOVANELLA, 1989). De acordo com a autora, o setor saúde representa um espaço social onde transcorrem os processos de saúde – decisões, conflitos, ações – e onde se implementam as políticas que, não necessariamente são decididas neste espaço.

As relações de poder operam em situações de opacidade, as quais se referem, “por um lado, à sociedade em seu caráter não transparente e, por outro lado, à reserva que é necessário manter frente aos interesses contrários” (TESTA, 1995). Entretanto, a ocultação não pode ser total, a utilização da transparência de maneira estratégica surge da necessidade de incrementar a legitimidade de qualquer decisão ou proposta. (TESTA, 1995).

Assim, a análise da constituição de um projeto político deve estar, entre outras coisas, na apreciação do comportamento dos atores, tendo em vista a análise da correlação de forças e das relações de poder como estratégias de consolidação dos interesses.

Para além da apreciação das relações de poder entre os atores, a análise da constituição de um projeto político, de acordo com Testa (2006), também deve considerar a relação de coerência entre os propósitos de governo (ou de um programa), os métodos empregados para implementá-los e a organização das instituições onde deverão ser operacionalizados os diferentes processos sanitários, o que caracteriza o *Postulado da Coerência*. Essa relação de coerência é produzida pela determinação e pelo condicionamento entre estes componentes, sendo a primeira, uma força positiva que estabelece limites dentro dos quais um fenômeno deve ocorrer e a segunda, uma força negativa, que fixa limites fora dos quais um fenômeno não pode ocorrer (TESTA, 2006). Este postulado é tido como um marco para entender a eficácia política de um método ou enfoque de planejamento, de uma estratégia de governo ou de uma determinada organização institucional (TESTA, 1986)

Os **propósitos** de um governo, de acordo com o autor, se referem à adequação de um projeto às suas intenções institucionais mais amplas, que podem ser: 1) a legitimação da situação atual, sua própria legitimação como governo e das características dominantes da formação socioeconômica que o sustenta; 2) o crescimento, em particular da produtividade; ou ainda, 3) a facilitação das condições que conduzam à transformação da estrutura social.

Testa (2006) chama a atenção que, em contextos de desenvolvimento econômico dependente, os propósitos de uma instituição seriam determinados pelo papel do Estado e determinariam seu método e organização. De acordo com o autor, o papel principal das instituições do Estado neste contexto é garantir a continuidade do sistema capitalista e, na medida do possível, a resolução das contradições que são produzidas dentro dos grupos dominantes.

Os **métodos** representam os mecanismos de condução das ações utilizados para alcançar os propósitos. Tais mecanismos são determinados pela teoria que, no caso das organizações de saúde, representa os conhecimentos que analisam o processo saúde-doença (TESTA, 2006). O

autor chama a atenção para a necessidade de entender os princípios e contradições existentes na teoria que oferece sustentação ao projeto, visto que enfoques conflitivos podem conduzir a métodos diferentes ou mesmo contraditórios.

A **organização** corresponde à caracterização das instituições onde os propósitos são operacionalizados, entendendo as instituições enquanto espaços formalizados de movimento dos atores que manipulam os recursos de poder (TESTA, 2006). A organização apresenta dupla determinação: histórica e atual. “Esta dupla determinação explica tanto a sua forma permanente ou estrutura organizacional estável, como também, sua adequação as necessidades do momento, sua funcionalidade, seu requisito permanente de legitimação e, portanto, sua possível variabilidade” (TESTA, 2006).

Testa identifica diferentes tipos organizacionais, definidos em acordo com a predominância do tipo de poder exercido, considerando dois critérios, a qualidade dos objetos de trabalho (homogêneos ou heterogêneos) e a normatização dos processos (formais ou informais). Assim, diferencia as seguintes formas: as organizações do tipo burocráticas, que representam espaços, relações e procedimentos formais e trabalha com objetos homogêneos; as organizações criativas, caracterizadas por relações democráticas e participativas, com procedimentos informais e objetos heterogêneos; e em um meio termo, estão as formas mistas – de engenharia e artesanais – que incluem espaços, conexões e procedimentos formais, sendo a primeira sobre objetos heterogêneos e a segunda sobre objetos homogêneos (TESTA, 1995)

Para tanto, o autor orienta a análise das estruturas e formas de organização do processo de trabalho da equipe dirigente, de forma a verificar sua funcionalidade, ou seja, quais são os espaços de decisão (grupos ou pessoas), as relações (quem decide e quem obedece), os procedimentos organizativos (formais e informais); a adaptabilidade (adequação às necessidades do momento); e a labilidade organizacional (manutenção da estrutura organizacional, durante a formulação e execução do projeto).

Entre os propósitos, métodos e organizações existem uma relação de primeiro nível, que pode ser unidirecional ou bidirecional entre qualquer um destes componentes. O autor aponta, que os propósitos do governo são determinantes do método que este utiliza, podendo este último ser condicionado pelos propósitos. No caso das organizações, considerando a fragilidade com que se apresentam nos países capitalistas dependentes, são caracterizadas por Testa (1995) como majoritariamente burocráticas. Identifica-se que, em geral, elas são determinadas pelos

métodos, não tendo um peso próprio. Apesar da instabilidade, as instituições colocam limites nos seus processos, normatizando e condicionando os seus métodos.

Ao analisar o postulado, Federico (2013) identifica que a organização é o vértice mais sobredeterminado, ou seja, aonde mais chegam setas de determinação. O espaço da organização está especialmente ligado à gestão, imbuído especialmente de uma lógica economicista, regida pelo primado da eficiência, numa perspectiva de redução de custos.

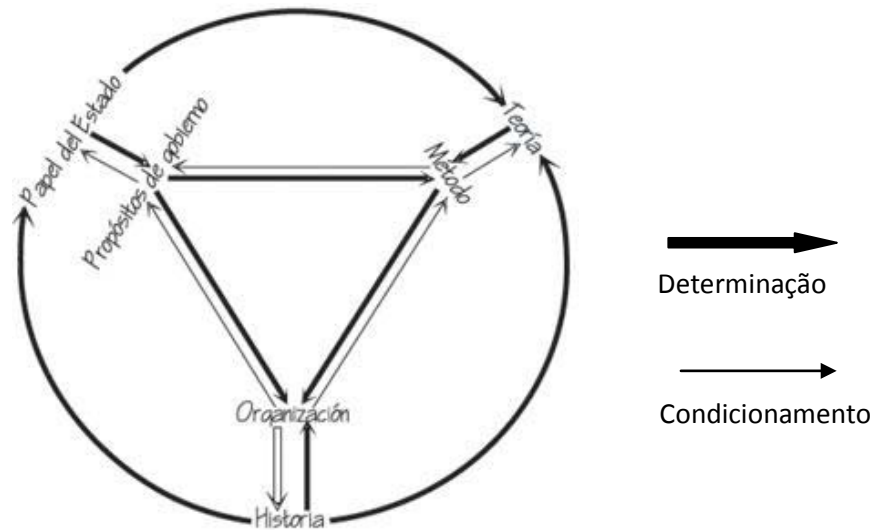
Testa (2006) identifica elementos que caracterizam o nível mais externo do postulado, que são: o papel do Estado, a teoria do problema que o método tenta resolver e a história. Estes elementos circundam os elementos internos, determinando-os. No caso da história, essa pode ser condicionada pelos elementos internos do postulado. Para Testa a história deveria ser determinante do papel do Estado e da teoria. Entretanto, o autor pondera que, nos países subdesenvolvidos, suas organizações, por serem majoritariamente burocráticas, não fazem história (TESTA, 1995).

Federico (2013) chama a atenção que a concepção de Estado adotada por Testa apoia-se em Gramsci, representando a soma entre a sociedade política e a sociedade civil, ou seja, “hegemonia ancorada em coação”. Assim, o autor diferencia Estado de Governo, representando este último a ação dos *funcionários do Estado*.

Testa (1995) afirma que a não observância da relação de coerência entre os componentes do postulado pode levar à falência do projeto.

A figura a seguir explicita o postulado da coerência

Figura 1. Postulado da Coerência

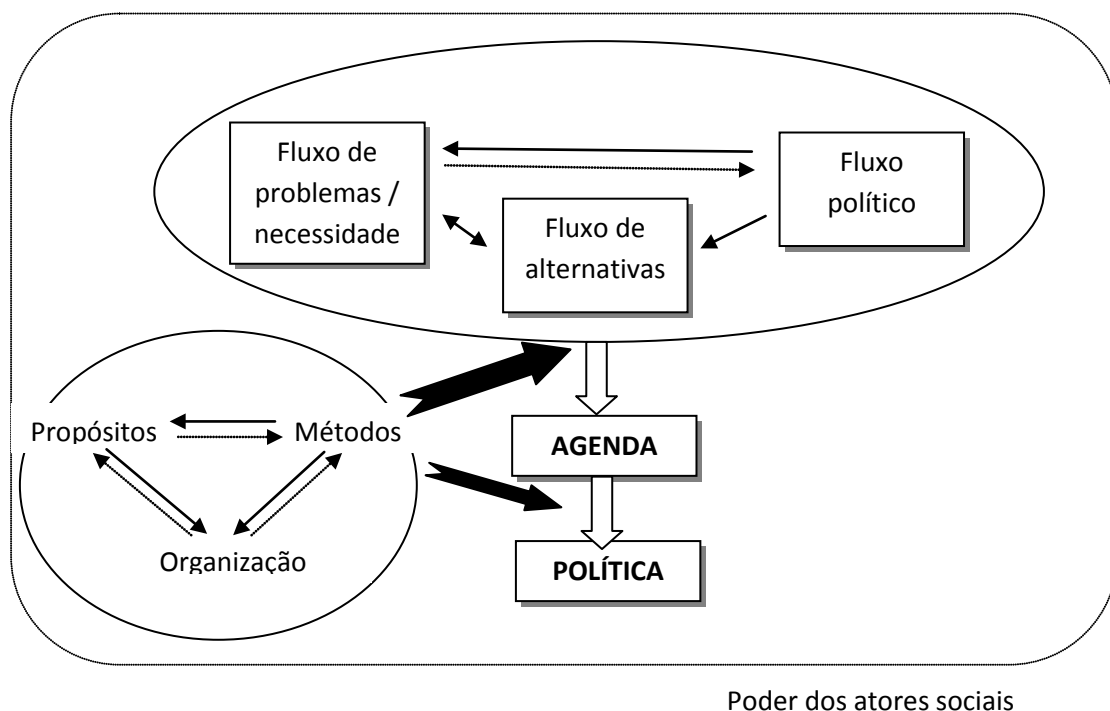


Fonte: TESTA (2006)

Reconhece-se assim que o Postulado da Coerência representa uma ferramenta oportuna para a análise da constituição da agenda e do desenho da política de promoção da saúde no setor, trazendo elementos mais expressivos dos fatores que vão influenciar a constituição da agenda e da base de sustentação para a constituição das prioridades.

A figura 2 apresenta a representação esquemática do modelo teórico do estudo.

Figura 2. Esquema representativo do modelo teórico do estudo



4.2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Foi realizado um **estudo de caso**, considerando a necessidade de analisar em profundidade o objeto de estudo – o processo de inclusão de proposições de promoção da saúde na agenda de decisão do setor saúde no Estado da Bahia. Desta forma, o método adotado se adequa à investigação em questão ao considerar um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto de vida real, uma vez que, os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos (YIN, 2005). O autor considera que os estudos de caso podem permitir algumas generalizações teóricas, que podem ser constatadas em outras situações concretas.

A **unidade de análise** do estudo é a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), entendendo o setor como espaço prioritário de indução e organização de ações de promoção da saúde no âmbito estadual, conforme definido na PNPS (BRASIL, 2006). Reconhece-se que outras ações nesta perspectiva são desenvolvidas por outros setores, todavia, este estudo não tem a pretensão de analisar tais ações, tendo em vista que, ao ampliar o objeto o espaço de investigação se tornaria muito amplo e difuso, prejudicando a análise em profundidade.

O período selecionado justifica-se uma vez que, logo após a publicação da PNPS, a SESAB apresentou explicitamente no Plano Estadual de Saúde (PES 2008-2011) as ações de promoção da saúde como prioridade. Optamos por analisar os dois períodos de gestão seguintes, tendo em vista a verificação da continuidade da agenda em um cenário de continuidade administrativa, mas que em contraposição eram evidentes as dificuldades na formulação e execução de uma política estadual de promoção da saúde.

Em uma breve caracterização do estado da Bahia, destacamos que este é o maior da região Nordeste do Brasil e representa o quinto estado em extensão territorial (564.733,081 km²). Apresenta um contingente populacional de mais de 14 milhões de habitantes, de acordo com o Censo de 2010, sendo o quarto Estado mais populoso da federação (IBGE, 2015). O território baiano é dividido em 417 Municípios, sendo que 59,5% deles são de pequeno porte, ou seja, possuem menos de 20.000 habitantes. Além disso, a taxa de urbanização do estado vem aumentando, sendo que em 2010, 72,1% da população era residente na zona urbana (IBGE, 2015).

Quanto à situação socioeconômica, a Bahia encontra-se entre os oito estados com o Produto Interno Bruto (PIB) mais elevado do país. Contrariamente, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), importante indicador social que relaciona a renda, com as dimensões de

saúde e educação, alcança o 22º lugar no país, de acordo com os dados do Censo 2010 (PNUD, 2015).

A coleta de dados envolveu a investigação em fontes secundárias, considerando a apreciação de documentos oficiais que explicitavam propostas relacionadas à promoção da saúde no âmbito da SES, no período de 2007 a 2014, tanto no que se refere à proposição, quanto à execução de propostas, sendo estes: planos estaduais de saúde 2008-2011 e 2012-2015 e relatórios anuais de gestão do setor, Projeto Mobiliza SUS. Também foram avaliados os documentos resultantes de ações de mobilização sociopolítica desenvolvidas pela SES e outras instâncias afins ao setor que apresentam ideias que sustentaram ou contestaram a agenda de promoção da saúde, são estes: relatórios da 7ª e 8ª conferências estaduais de saúde, que ocorreram, respectivamente, em 2007 e 2011 e o relatório final da Oficina do Projeto Bahia Saudável⁵. Além disso, no sentido de verificar as bases de sustentação da agenda, foram analisados os principais documentos de planejamento do Governo estadual que respaldaram a ação da SES no período, são estes: Programas de governo para o setor saúde, elaborado durante o processo eleitoral de 2006 e 2010, os Planos Plurianuais de Governo 2008-2011 e 2012-2015 e a PNPS 2006.

Além da análise documental, foram realizadas entrevistas com informantes-chaves, considerando a utilização da técnica *Snow Ball* (PATTON, 1990), onde informantes iniciais, reconhecidos a partir de um levantamento exploratório, foram estimulados a identificar novos informantes, reconhecidos como de importante atuação no processo de inserção do tema na agenda governamental. A repetição de informações indicou o momento de saturação. Foram entrevistados gestores e técnicos da SES, um consultor externo envolvido na elaboração do primeiro Planos Estaduais de Saúde (PES) e um membro do Conselho Estadual de Saúde (CES), num total de 12 entrevistados. Os primeiros entrevistados foram identificados a partir da apreciação dos Planos Estaduais de Saúde em questão, priorizando-se a equipe de coordenação do processo de elaboração destes documentos e os chefes das instâncias identificadas como principais responsáveis pelas ações de promoção da saúde apresentadas nos PES.

As entrevistas foram realizadas com base em roteiros (apêndice 1) semiestruturados, que foram adaptados no momento da execução das entrevistas à necessidade de novas informações que emergiram no momento da investigação. Esta ação foi realizada pela autora,

⁵ Oficina de trabalho que foi fruto de cooperação técnica entre o Instituto de Saúde Coletiva - UFBA e a SESAB, cujo objetivo foi elaborar proposições para orientar a construção da Política Estadual de Promoção da Saúde.

sendo as conversas gravadas com o consentimento dos entrevistados. A gravação foi transcrita por profissional habilitado e revisadas pela autora.

Os extratos dos documentos e entrevistas foram classificados através do programa QSR Nvivo – versão 8.0, que permitia a indexação de trechos desses textos nas categorias analíticas propostas para a investigação. Durante a leitura do documento, reconhecemos os trechos que expressavam potenciais informações relevantes para as categorias, sendo ancoradas nessas. Cabe ressaltar que, um mesmo trecho poderia representar uma informação importante para mais de uma categoria. Ao final da classificação dos documentos foram gerados relatórios para cada categoria analítica. Nesses relatórios, era possível identificar os extratos selecionados em correspondência com os documentos analisados. Os registros deram base à construção dos textos analíticos, conforme o plano de análise proposto a seguir.

A **categoria analítica central** foi o processo político de inserção de proposições de promoção da saúde na agenda de decisão do setor saúde do governo do estado. No estudo reconhecemos nos Planos Estaduais de Saúde a agenda de decisão governamental para o setor saúde.

Para tanto, utilizamos os elementos teóricos do *ciclo das políticas públicas*, mais especificamente o modelo analítico do processo de construção da agenda pública, proposto por Kingdon, que se desenvolve no sentido de reconhecer os participantes que influenciaram o processo de definição da agenda de promoção da saúde e caracterizar os fluxos dos problemas, das alternativas ou soluções e do contexto político que sustentou o processo.

O reconhecimento dos participantes, ou seja, os atores que desencadearam os diversos fluxos, ocorreu de forma a caracterizar os indivíduos e os grupos que estes representam, sejam estes atores governamentais ou não governamentais. Diante dos limites da teoria de Kingdon, apontados no quadro teórico, utilizamos a análise da tipologia do poder de Mário Testa de forma a reconhecer o poder em potencial⁶ dos atores que participam do processo de constituição da agenda de promoção da saúde. Conforme proposto pelo autor, foram utilizadas três categorias para a análise: técnico, administrativo e político, tendo como referência a apreciação da trajetória de formação acadêmica, profissional e política dos entrevistados.

O poder técnico foi examinado considerando como critérios: o nível de formação acadêmica; a *expertise* no eixo temático; o tempo e o tipo de experiência em cargos de gestão. O poder

⁶ O termo poder em potencial parte da concepção adotada por Testa de que o poder só se desenvolve em relação. Assim o poder em potencial se refere aos recursos que os atores incorporam fruto da posição que ocupam e da trajetória dos mesmos.

administrativo foi avaliado por meio do prestígio do cargo que o entrevistado desempenhava durante o período de estudo, assim como o tempo de experiência na SES em cargos de gestão. Para avaliação do poder político considerou-se o nível de participação político partidária, o nível de participação em movimentos sociais e o nível de interlocução do ator no âmbito da SES e em outros setores do governo.

Foram estabelecidos quatro níveis de classificação para cada critério: muito alto (+++), alto (++) , médio (+) e baixo ou nulo (-). Os critérios adotados e a classificação correspondente são detalhados no quadro 3.

Quadro 3. Critérios para apreciação dos recursos de poder dos atores envolvidos na constituição da agenda de promoção da saúde na SES.

Tipos de poder	Critérios para apreciação dos recursos de poder	Classificação dos critérios			
		Muito Alto (+++)	Alto (++)	Médio (+)	Baixo ou nulo (-)
Técnico	Formação em saúde coletiva	Doutorado em Saúde Coletiva ou afins	Mestrado ou Residência em Saúde Coletiva ou afins	Especialização em Saúde Coletiva ou afins	Sem titulação específica
	<i>Expertise</i> no eixo temático	Formação específica (curso de longa duração) no eixo temático ou experiência em pesquisa ou projetos de extensão por mais de 2 anos	Apresenta curso de formação de curta duração no eixo temático ou ou experiência em pesquisa ou projetos de extensão por menos de 2 anos	Participou de eventos científicos e de formação técnica com foco no eixo temático	Sem formação específica
	Tempo e tipo de experiência em cargos de gestão	Cargo de 1° e 2° escalão por 4 anos ou mais (secretário, subsecretário, superintendente)	Cargo de 1° e 2° escalão por menos de 4 anos, cargo de 3° escalão por 4 anos ou mais (diretor ou assessoria ao secretário)	Cargo de coordenação ou técnico na área de planejamento ou cargo de 3° escalão por menos de 4 anos.	Outros cargos técnicos ou sem experiência anterior na gestão
	Experiência em ensino superior em saúde coletiva (tempo ou titulação)	Professor titular em universidade pública	Professor assistente ou auxiliar por mais de 5 anos	Professor universitário a menos de 5 anos	Sem atuação em área acadêmica
Administrativo	Cargo desempenhado durante o período de estudo	Cargo de 1° escalão na SES ou outros órgãos de governo (secretário ou subsecretário)	Cargo de 2° escalão na SES ou outros órgãos de governo (superintendente ou assessor do secretário)	Cargo de 3° e 4° escalão na SES ou outros órgãos de governo (diretores)	Cargo técnico, consultoria ou assessoria de instâncias de 2° ou 3° escalão. Profissionais de instâncias não governamentais.
	Tempo de experiência na SES em cargos de gestão no período estudado	4 anos ou mais em cargo de 1° escalão	< de 4 no 1° escalão ou 4 anos ou mais em cargos de 2° ou 3° escalão ou assessoria do secretário	< de 4 em cargos de 2° ou 3° escalão	Outras situações
Político	Participação político partidária	Dirigente de partido político da situação	Filiado ao partido político da situação	Filiado a outros partidos políticos	Sem filiação partidária
	Participação em movimentos sociais	Dirigente de grupos de representação social com atuação no espaço da saúde	Membro de grupos de representação social com atuação no espaço da saúde	Membro de grupos de representação social com atuação em outros espaços para além da saúde	Não participante.
	Transito interno	Secretário ou interlocução direta e frequente com o secretário	Interlocução direta com superintendentes	Interlocução direta com diretores para além do espaço onde atua	Relação indireta ou pontual com diretores
	Trânsito em outros setores do governo	Relação direta com a casa civil ou gestores de 1 e 2° escalão de outros setores	Relação direta com gestores de 1 e 2° escalão de outros setores	Relação direta com gestores de 3° escalão de outros setores	Não tem relação com outros setores

Para a análise dos fatores condicionantes ou determinantes na incorporação de proposições de promoção da saúde na agenda de decisão foram propostas as seguintes dimensões: fluxo de problemas, fluxo das alternativas e soluções e fluxo político, em correspondência com a teoria de Kingdon (2003).

No fluxo dos problemas foram identificados os eventos expostos nos documentos analisados e pelos atores entrevistados que justificassem a incorporação de proposições de promoção da saúde. Além disso, foram analisados os fatores definidores destes problemas, de forma a reconhecer as informações e os valores que os sustentaram.

Em seguida, foram analisados o conteúdo e os fatores definidores das estratégias priorizadas nos Planos Estaduais de Saúde, assim como se buscou identificar outras propostas discutidas como alternativas de promoção da saúde, mas que não foram adotadas nos planos. Estas propostas foram categorizadas de forma a analisar a coerência e a abrangência das ações de promoção da saúde postas como alternativas.

No que diz respeito ao fluxo político buscou-se identificar os principais eventos da política nacional e estadual (em nível macro) que influenciaram a formação da agenda, tornando o ambiente propício para as definições dos problemas e alternativas postas na pauta de decisão.

A fim de avaliar a coerência da estrutura político organizacional do governo para favorecer a execução da agenda utilizamos o *Postulado da Coerência* de Mario Testa. Neste sentido foram caracterizados os propósitos do governo, de forma a reconhecer a adequação do projeto de promoção da saúde às intenções governamentais gerais. Em seguida, analisou-se a coerência da estrutura organizacional responsável pela execução do projeto, de forma a identificar: a sua funcionalidade, ou seja, a capacidade institucional (técnica e administrativa) para organizar as ações estratégicas; a adaptabilidade, que corresponde à receptividade a mudanças no direcionamento do processo de trabalho e; a labilidade organizacional, ou seja, a manutenção da estrutura organizacional e financeira da SES para a execução do projeto de promoção da saúde. Por fim, buscou-se verificar a coerência dos métodos empregados, para a constituição da política de promoção da saúde em relação com os propósitos e com a estrutura organizacional.

O quadro 4 apresenta a matriz de análise do estudo, com a identificação das dimensões e das categorias analíticas correspondentes. No quadro também são expostas a definição de cada categoria analítica, as questões de investigação correspondentes, as fontes de verificação dos aspectos propostos e a adaptação das questões de investigação aos roteiros de entrevista.

Quadro 4. Matriz de Análise do estudo

Dimensões de análise	Categorias analíticas	Definição	Questões de investigação	Fontes de verificação	Questões para roteiros de entrevista
Fluxo dos problemas	Tipos de problemas	Classificação dos eventos levantados pelos atores sociais como problemas relacionados ao espaço da promoção da saúde, de acordo com a abrangência dos mesmos (estado de saúde, organização dos serviços de saúde e socio-ambientais) ou quanto ao direcionamento da necessidade apresentada (valor social, político ou econômico)	Quais os problemas pautados na perspectiva de abordar o tema promoção da saúde no setor nos dois últimos períodos de governo?	Entrevistas com técnicos e gestores da SES; análise documental	A promoção da saúde é apresentada como tema prioritário nos Plano Estaduais de Saúde 2008-2011 e 2012-2015. Na sua opinião, o que motivou trabalhar este tema nos dois planos?
	Fatores definidores	Variedade de informações que deram base para o reconhecimento e valorização dos (indicadores sistêmicos, eventos mobilizadores - crises, feedback das ações governamentais, acúmulo de conhecimento entre os especialistas, valores dos atores, comparações)	Quais as informações deram base para reconhecer tais problemas?	Entrevistas com técnicos e gestores da SES; análise documental	De que forma ocorreu o debate para a construção da pauta de promoção da saúde no PES 2008-2011 e no PES 2012-2015? (Quais as questões que deram base às propostas? Em quais espaços essas questões foram debatidas? Quais pessoas/grupos estiveram a frente deste processo? Houve oposições às propostas pautadas? Quais?)
Fluxo das alternativas	Tipos de alternativas	Classificação das propostas levantadas pelos atores sociais como alternativas para tratar o objeto (prevenção de agravos, intervenções individuais ou coletivas direcionadas a mudança de hábitos ou intervenções sociambientais, intervenções diretas ou indiretas/de suporte a organização municipal, intervenções formativas, etc)	Quais as alternativas propostas para abordar o tema promoção da saúde no setor nos dois últimos períodos de governo?	Entrevistas com técnicos e gestores da SES e membros do CES; ; análise documental	Além das proposições expressas no PES 2008-2011, outras proposições foram apresentadas para trabalhar o tema PS durante o processo de construção deste Plano? Quais? Como a discussão avançou durante a construção do PES 2012-2015?
	Fatores definidores	Aspectos envolvidos na proposição e escolha das alternativas (sustentação técnica, valores políticos, apoio dos atores, representação social, coerência com os problemas apresentados, estratégias de difusão das propostas nas comunidades especializadas e junto ao público).	Que aspectos sustentam as proposições e a escolha das alternativas expostas na agenda? Essas alternativas caracterizavam respostas para os problemas expostos?	Entrevistas com técnicos e gestores da SES, membros do CES e análise de documental	Como se desenvolveu o debate para a construção da pauta de promoção da saúde no PES 2008-2011 (em quais espaços as propostas debatidas, quem foram as pessoas/grupos que estiveram a frente deste processo, de que forma elas atuaram, houveram divergências)? Qual a sua participação neste processo? Como a discussão avançou durante a construção do PES 2012-2015? Quais os fatores que influenciaram a mudança de direcionamento do entre os dois planos?

Dimensões de análise	Categorias analíticas	Definição	Questões de investigação	Fontes de verificação	Questões para roteiros de entrevista
Fluxo político	Características jurisdicionais	Manutenção da estrutura político-gerencial para condução do processo (espaço e atores)	As instâncias, dirigentes e técnicos responsáveis pela condução do projeto se mantiveram durante a formulação e execução do projeto?	Entrevistas com gestores e técnicos da SES / Análise documental	Quais as instâncias responsáveis pela condução do projeto durante a execução dos dois planos? Ocorreram mudanças? <i>Em caso afirmativo, Quais?</i> Por que estas mudanças ocorreram?
	Contexto nacional	Eventos da política nacional que podem ter influência favorável ou desfavorável na construção da agenda	Quais as políticas / ações do governo federal que podem ser caracterizadas como favoráveis ou desfavoráveis à constituição da agenda estadual de PS? Há coerência entre a agenda e os PPA Nacional e a Política Nacional?	Análise documental (PPA Nacional, PNPS, revisão de literatura sobre a implantação da PNPS)	
	Contexto estadual	Eventos da política estadual que podem ter influência favorável ou desfavorável na construção da agenda	Quais as políticas / ações do governo estadual que podem ser caracterizadas como favoráveis ou desfavoráveis à constituição da agenda estadual? Há coerência entre as proposições da agenda e os PPA Estadual?	Análise documental (PPA Estadual, PES, Relatórios de gestão)	
Propósitos de governo	Adequação do projeto	Adequação do projeto de promoção da saúde às intenções institucionais mais amplas (Legitimação, crescimento da produtividade ou mudança da estrutura social) do governo estadual.	Qual a intencionalidade do projeto de governo do estado através da SES? A agenda de PS é coerente com esta intencionalidade?	Análise documental (PPA, PES, Relatórios de gestão)	

Dimensões de análise	Categorias analíticas	Definição	Questões de investigação	Fontes de verificação	Questões para roteiros de entrevista
Organização	Funcionalidade	Capacidade institucional (técnica e administrativa) para organizar as ações estratégicas, em particular os projetos de promoção da saúde. A capacidade institucional se refere a existência e coerência dos espaços de planejamento, articulação interna e externa decisão.	A SESAB apresenta capacidade para organizar as ações estratégicas, em particular aquelas de promoção da saúde (espaços de articulação e decisão, grupos internos e externos envolvidos)?	Entrevista com gestores	Como são tomadas as decisões mais amplas de definição e condução das ações sob a responsabilidade da SESAB (quais as formas e espaços de negociação; quem participa? Pessoas ou grupos externos à instituição participam destas decisões? De que forma? Existem órgãos colegiados internos? Quais são, quem participa e de que forma atuam?) Como ocorre o planejamento orçamentário das ações da SES (quem participa, com base em quais informações se define as dotações)? Quem é o gestor do Fundo estadual de saúde? A SESSAB participa de órgãos colegiados externos? Quais? Quem participa?
	Adaptabilidade	Receptividade a mudanças no direcionamento dos processos de trabalho	A equipe de trabalho é receptiva a mudanças no direcionamento dos processos de trabalho?	Entrevista com técnicos e gestores	Como os técnicos da secretaria receberam as mudanças nos direcionamentos de projetos da nova gestão estadual em 2007, em particular no que se refere às ações de promoção da saúde? Houve resistências? Quais? De quais grupos?
	Labilidade organizacional	Manutenção da estrutura organizacional e financeira da SES durante a formulação e execução do projeto de promoção da saúde	A estrutura organizacional e financeira da SES relacionada ao projeto de PS se manteve durante a formulação e execução do projeto?	Entrevista com gestores e análise documental (LOA, Relatórios de Gestão)	Pessoas importantes na formulação e condução do projeto de promoção da saúde saíram da SES ou mudaram de função entre 2007 e 2013?
Métodos	Enfoque das práticas de planejamento	Mecanismos de tomada das decisões executadas pela equipe dirigente e coordenações técnicas envolvidas com o projeto de promoção da saúde (Normativo, estratégico e/ou comunicativo)	Quem participou e como ocorreu o processo de planejamento operativo das ações de PS previstas na agenda? Foi realizada análise de viabilidade para o projeto? As propostas foram elaboradas mediante consensos?	Entrevistas com técnicos e gestores da SES envolvidos com a implantação das ações	Como se desenvolveu o processo de trabalho para a execução do projeto de PS apresentado na agenda? Quais as estruturas organizativas da SES participaram deste processo? Quais as responsabilidades de cada grupo? Que facilidades e dificuldades você identifica no desenvolvimento deste processo?

4.3. ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo considerou as recomendações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde referente à pesquisa em seres humanos e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia em 02 de setembro de 2014, através do Parecer nº 775.224.

Após a anuência institucional, obtida em 17 de outubro de 2014, as entrevistas foram realizadas no período de novembro de 2014 a abril de 2015. Houve dificuldade no agendamento de algumas entrevistas devido ao período de mudança de gestão no governo estadual.

As entrevistas foram realizadas mediante esclarecimento dos informantes quanto aos propósitos do estudo, utilizando-se de termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice 2). Destaca-se a total confidencialidade das informações disponibilizadas pelos participantes, sendo que, os depoimentos utilizados como referência na análise dos dados têm suas autorias preservadas, com identificação numérica dos entrevistados.

O desenvolvimento desta pesquisa foi vinculado ao Programa Integrado de Pesquisa e Cooperação Técnica em Formação e Avaliação da Atenção Básica – GRAB, sendo o tema promoção da saúde uma prioridade do referido Programa. A pesquisa é parte do Projeto Análise das Políticas de Saúde no Brasil, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ).

5. RESULTADOS

5.1. FLUXO DOS PROBLEMAS E ALTERNATIVAS NA CONSTITUIÇÃO DA AGENDA

Neste tópico caracterizamos o processo de constituição da agenda, partindo do levantamento dos eventos pautados pelos atores sociais como problemas associados ao tema em questão, assim como do reconhecimento dos fatores que influenciaram a exposição e priorização das alternativas que compuseram a agenda de promoção da saúde do setor saúde.

O tema promoção da saúde foi apresentado como prioridade desde o Programa de Governo durante o período eleitoral, ao final de 2006. O documento apresentava 13 pontos, caracterizados como princípios e proposições gerais para a saúde. Alguns desses pontos eram sugestivos de propostas de promoção da saúde, conforme exposto:

“Princípios e proposições gerais para a Saúde no Governo Wagner: (...) 5) efetivação da integralidade da atenção mediante mudança do modelo de atenção à saúde; 6) intervenção nos determinantes sociais da saúde, melhorando a coesão social, as redes de proteção social, a cultura da paz e a justiça social, ao tempo em que se procura reduzir o número de mortes e doenças, o sofrimento mental, os riscos socioambientais, os acidentes e as violências; 7) reposição do usuário-cidadão como o centro das formulações e operacionalização das políticas de saúde; (...), 9) organização do SUS em torno da promoção da saúde, do acolhimento, dos direitos à decisão informada sobre alternativas terapêuticas, dos compromissos de amenizar o desconforto e o sofrimento dos que necessitam de assistência e cuidados; 10) interação com a mídia para difusão de nossa concepção ampliada de saúde, expressa na Constituição e nas leis vigentes; 11) contribuição na formação da consciência sanitária, tanto em relação às necessidades, problemas e determinantes da saúde quanto aos direitos à saúde e aos serviços de saúde;(...)” (PROGRAMA DO GOVERNO WAGNER PARA A SAÚDE, 2006)

O documento também apresentava linhas de ação prioritárias para a área da saúde na gestão 2007-2010. Uma delas priorizava a “ampliação das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos”, se propondo a:

“(...) Implementar a Política de Promoção da Saúde, em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica priorizando ações para: Alimentação Saudável, Atividade Física, Prevenção e Controle do Tabagismo, Redução da

morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas e da morbimortalidade por acidentes de trânsito, Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz, e Promoção do desenvolvimento sustentável; (...)” (PROGRAMA DO GOVERNO WAGNER PARA A SAÚDE, 2006)

“Ampliar a cooperação do setor da saúde com outras áreas de governos, setores e atores sociais para gestão de políticas públicas e desenvolver iniciativas que contribuam para minimizar e/ou extinguir desigualdades de qualquer ordem (étnica, racial, social, regional, de gênero, de orientação/opção sexual, dentre outras)”. (PROGRAMA DO GOVERNO WAGNER PARA A SAÚDE, 2006)”

No que se refere especificamente à articulação intersetorial, o Programa de Governo apresentava uma linha que propunha “ações intersetoriais, geração de emprego e renda e desenvolvimento regional”, para a qual se detalhava, dentre as propostas, um conjunto de intervenções direcionadas à promoção da saúde:

“Priorizar projetos intersetoriais para melhoria das condições de saúde da população, mediante ações articuladas com outras áreas de governo (educação/saneamento/assistência social e outras); construir instâncias intersetoriais de políticas públicas que permitam elaborar políticas, acompanhar e avaliar sua implantação (Diretorias de Gestão Intersetorial); ações de saneamento básico, com sistemas simplificados de água e esgoto, em parceria com FUNASA, CONDER, CAR, CERB e prefeituras municipais;(...)” (PROGRAMA DO GOVERNO WAGNER PARA A SAÚDE, 2006)

Desta forma, o Programa de Governo no primeiro período de gestão analisado trazia de forma explícita a promoção da saúde como prioridade, identificando elementos que expressam uma concepção ampliada de promoção da saúde, valorizando a articulação intersetorial para a melhoria das condições de saúde com foco nos determinantes socioambientais, assim como incidindo sobre os eixos prioritários da PNPS. Destaca-se que a construção deste Programa contou com a participação do secretário de saúde e do coordenador da assessoria de planejamento, os quais estiveram à frente da SESAB desde o período de transição de governo, ao final de 2006.

De acordo com o PES 2008-2011, que explicita a agenda de decisão do setor, o processo de definição das prioridades de ação da SESAB para este período de gestão partiu de um conjunto de problemas e demandas levantados pela própria organização através de mecanismos operativos específicos, que incluía a Análise da Situação de Saúde (ASIS), produzida a partir das informações epidemiológicas, fruto dos dados dos sistemas de

informação oficiais; realização de oficinas regionais de levantamento e priorização de problemas e identificação de demandas de saúde, com a participação de representantes da sociedade civil e da gestão pública dos municípios, assim como das diretorias regionais de saúde do estado; e por fim, a 7ª Conferência Estadual de Saúde, desenvolvida em 2007. Além disso, o PES também apontava a valorização de demandas levantadas no *Plano Plurianual Participativo (PPA participativo)*, processo conduzido pela Secretaria de Planejamento do Estado (SEPLAN) para levantamento das demandas sociais nas diversas regiões do estado.

O processo de levantamento e priorização de problemas como mecanismo de orientação do PES 2008-2011 é avaliado de forma muito positiva pelo conjunto dos entrevistados, uma vez que ampliava a participação de diferentes atores no processo de definição das prioridades de ação da SES, diferentemente dos mecanismos utilizados em gestões anteriores.

O documento explicita o consolidado de problemas de saúde, subdividindo-os em dois grupos: problemas do estado de saúde da população e do sistema de saúde. Dentre estes, podemos deduzir que alguns remetiam, potencialmente, a necessidade de intervenções de promoção da saúde, a saber: “*elevada prevalência de doenças crônicas degenerativas e cardiovasculares*”, “*elevado índice de causas externas*”, “*baixa efetividade do controle social*” e “*baixa cobertura e resolutividade da atenção básica*”.

Não foram identificados problemas de natureza econômica, social ou ambiental. Isso não surpreende, uma vez que não foram discutidos nas oficinas os determinantes sociais dos problemas de saúde, conforme evidencia um dos entrevistados.

“O processo de elaboração do plano, de construção de oficinas ali no Othon, vindo todo mundo do interior, todo mundo levantando problemas, elaborando propostas foi muito interessante. Mas muitos dos problemas na Bahia são problemas de saúde mesmo, de falta de assistência, de doença, de incidência, então é isso que aparece. Então, mesmo quando você junta todas essas pessoas - profissionais de saúde, representantes do usuário - era preciso fazer um trabalho de tradução, de partir dos problemas fenomênicos, da fenomenologia que é apresentada em termos de problemas pra se construir a árvore de problemas e se chegar aos determinantes. E chegando a determinantes pensar nas políticas pra esses determinantes. O plano não construiu árvore de problemas”. (E 10)

No que se refere às intervenções propostas, o PES 2008-2011 foi estruturado segundo linhas de ação, para as quais foram definidos: *objetivos, ações estratégicas, responsáveis, metas /*

resultados esperados. O quadro 5 expõe as prioridades postas na agenda de decisão governamental de promoção da saúde no primeiro período de governo analisado.

Quadro 5. Caracterização da agenda de promoção da saúde definida no PES 2008-2011.

Objetivos	Ações	Metas / Resultados Esperados	Responsáveis
Promover ações intersetoriais para a consolidação de Políticas Públicas Saudáveis com vistas à Promoção da Saúde	Desenvolvimento de políticas de mobilização social e educação ambiental para a promoção da saúde	Sociedade produzindo hábitos de vida saudáveis em todo o Estado da Bahia, prioritariamente na região do semiárido.	SESAB (SUVISA/SUPERH) / SECTI / CONDER / CERB / SMS
	Desenvolvimento de políticas intersetoriais para o gerenciamento adequado e garantia de destinação final aos resíduos sólidos	100% dos serviços de saúde sob gestão da SESAB e parcerias com gerenciamento adequado e garantia de destinação final de resíduos sólidos	SESAB (SUVISA/SAFTEC/SAIS) / CONDER / SMS
	Desenvolvimento de projetos científicos de apoio à promoção da saúde	Sociedade dispondendo de evidências científicas produzidas no estado da Bahia que comprovem a importância dos hábitos de vida saudáveis na promoção da saúde individual e coletiva	SESAB / SECTI / SMS
	Apoio à implementação de políticas intersetoriais de melhoria habitacional para a erradicação da Doença de Chagas	Redução de 30% na infestação habitacional por triatomíneos nos municípios prioritários para o combate da Doença de Chagas no estado da Bahia	SESAB (SUVISA) / CONDER / SMS
	Apoio à implementação de políticas intersetoriais para garantia de acesso a esgotamento sanitário, drenagem e manejo de águas pluviais	População baiana com acesso garantido a esgotamento sanitário, drenagem e manejo de águas pluviais em todos os municípios, principalmente no semiárido e região metropolitana de Salvador	SESAB (SUVISA) / CERB / SMS
	Apoio à implementação de políticas intersetoriais para garantia de acesso à água potável de qualidade	População baiana com acesso garantido à água potável de qualidade, prioritariamente na região da zona rural do semiárido	SESAB (SUVISA) / CERB / SMS
		Participar das instâncias colegiadas, comitês e câmaras técnicas do setor saúde e demais setores, relacionados direta ou indiretamente ao processo saúde-doença.	
Promover ações intersetoriais para consolidar as políticas públicas de promoção de hábitos de vida saudáveis, segurança alimentar e proteção da sociedade.	Implementação de ações de controle e vigilância de fatores de risco para a promoção da saúde individual e coletiva	80% dos municípios com população maior que 50 mil habitantes desenvolvendo ações de controle do tabagismo e outros fatores de risco para o câncer e outros agravos	SUVISA / SAIS (DGC / DAB) / SMS
		100% dos municípios com mais de 100 mil habitantes desenvolvendo controle de produtos derivados do tabaco	
		80% dos municípios com população maior que 50 mil habitantes desenvolvendo ações de atividades físicas em serviços de saúde	
	Consolidar o observatório de vigilância, acidentes e violência	80% dos municípios com população maior que 50 mil habitantes com notificação de violência doméstica e sexual implantada / implementada em serviços de referência	SUVISA / SAIS (DGC / DAB) / SMS
	Construção da Rede de Atenção Integral às pessoas vítimas de violência - articulação com a Secretaria de Segurança Pública (SSP)	Redução da morbimortalidade decorrente de acidentes e violências Cinco serviços de referência para mulheres vítimas de violência sexual e doméstica implantados em municípios estratégicos do estado.	SAIS (DGC / DAB) / SMS / SEDES

Promover ações intersetoriais para consolidar as políticas públicas de promoção de hábitos de vida saudáveis, segurança alimentar e proteção da sociedade.		100 profissionais de Atenção Básica e da Assistência Social - Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Centro de Assistência Social (CRAS) e Conselhos Tutelares - de todo o estado qualificados e desenvolvendo ações de atenção integral a adolescentes em situação de violência.	
		300 profissionais de saúde capacitados e desenvolvendo ações de atenção às pessoas em situação de violência.	
		CRADIS com ações de atenção a adolescentes vítima de violência implantadas.	
	Qualificação das Ações de Vigilância Alimentar e Nutricional	80% dos municípios com população maior que 50 mil habitantes desenvolvendo ações de controle da propagandas e comércio de alimentos para lactentes e produtos de puericultura.	SAIS (DGC / DAB) / SMS / SEDES
		Redução da obesidade infanto-juvenil em todo estado	
		Redução da desnutrição infantil em todo estado	
	100% dos técnicos do nível regional da SESAB qualificados e desenvolvendo ações de alimentação e nutrição em apoio aos municípios.		
Implementação de ações de saúde relativas ao Programa Bolsa Família - Articulação com a Secretaria de Desenvolvimento Social (SEDES)			
Implementação de medidas preventivas e intervenções de saúde sobre situações de risco à integridade física da população - articulação com a Defesa Civil do Estado	100% dos municípios com situação de calamidade declarada atendidos por ações articuladas de prevenção, proteção e promoção da saúde.	SESAB / SEDES / SSP / SMS	
Fortalecer a participação e o controle social no SUS-BA		CES reestruturado	CES / SMS
	Efetivação do controle social no SUS Bahia	30% dos municípios baianos com sistemática de prestação de contas trimestral aos conselhos municipais de saúde monitorada pela SESAB	Diretoria de Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde (DGETS)
		Incentivo à implantação dos conselhos locais de saúde em todo o estado da Bahia	
		Conselhos municipais de saúde acompanhados em todo estado da Bahia	
		Rede de educação permanente e espaços de socialização e debate para a gestão democrática e controle social implementados nas 28 microrregiões do estado	
		Fortalecimento do poder dos cidadãos na tomada de decisão em saúde	
		Fortalecimento da participação e controle social no SUS	
		Cooperação e apoio técnico aos municípios para fortalecer a participação e controle social em saúde em todo o estado da Bahia	

Fonte: Adaptado do Plano Estadual de Saúde 2008-2011 (BAHIA, 2009)

Uma das sete linhas de ação do PES 2008-2011 foi identificada como “*Promoção da Saúde, Intersetorialidade e Proteção da Sociedade*” (BAHIA, 2009), e apresentava o compromisso de desenvolver políticas transversais com este fim, desdobrando-se em dois objetivos: (1) *Promover ações intersetoriais para a consolidação de Políticas Públicas Saudáveis com vistas à Promoção da Saúde* e (2) *Promover ações intersetoriais para consolidar as políticas públicas de promoção de hábitos de vida saudáveis, segurança alimentar e proteção da sociedade*. Apesar da limitação no reconhecimento de problemas sociais e ambientais no processo de construção da agenda, as proposições da mesma priorizavam políticas públicas saudáveis em atenção a alguns determinantes sociais da saúde, expressando os princípios da intersetorialidade e da equidade, ao especificarem regiões do estado e grupos de risco na definição das metas e resultados esperados de algumas ações.

A Superintendência de Vigilância à Saúde (SUVISA) foi designada como responsável pela grande maioria das ações definidas para estes objetivos, entretanto não foram identificadas as instâncias desta superintendência responsáveis por tais ações. A Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SAIS) também foi designada como responsável por grande parte das ações, particularmente no que se refere ao segundo objetivo. A participação desta superintendência foi direcionada para a Diretoria de Atenção Básica (DAB) e Diretoria de Gestão do Cuidado (DGC). Chama a atenção o fato de, em todas as ações, as secretarias municipais de saúde (SMS) serem identificadas como responsáveis, uma vez que, as instâncias de representação destas (Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS e Comissão Intergestores Bipartite – CIB) não foram evidenciadas como participantes ativos na definição da agenda.

Outras instâncias externas foram apresentadas como corresponsáveis pelas ações, entretanto, não evidenciamos a atuação destes órgãos na definição das prioridades da agenda. Conforme aponta um dos entrevistados, a definição das intervenções que demandavam articulação intersetorial ocorreu em consideração a algum tipo de parceria prévia, mesmo que pontualmente, que a SESAB estabelecia com outros setores ou órgãos externos.

“Todas as áreas, no caso das secretarias, Ciência, Tecnologia e Inovação, CONDER, SERB, a gente tentou aproveitar a responsabilidade nessa construção, pessoas que já estavam afinadas com a gente em algum momento para alguma coisa. (...) então a gente também foi puxando esses parceiros que já vinham de alguma forma, mesmo que pontualmente nos projetos, mas já estavam com uma ligação com a gente” (E1).

A correspondência entre as ações e as metas ou resultados esperados alcançados não é identificada no PES 2008-2011, este foi um exercício desta pesquisa, no sentido de verificar a concatenação destes aspectos no Plano. Desta forma, verificamos que nem sempre a correspondência existia. Como demonstrado no quadro 5, a meta de “*participar das instâncias colegiadas, comitês e câmaras técnicas do setor saúde e demais setores, relacionados direta ou indiretamente ao processo saúde-doença*” não se refere a nenhuma das ações identificadas, em verdade, a meta expressa em si uma ação. Destaca-se ainda que, muitas destas metas ou resultados esperados não possuíam mecanismos de verificação e/ou não delimitavam em que medida as ações seriam implantadas. Como exemplo, citamos a meta de ter a “*sociedade produzindo hábitos de vida saudáveis em todo o estado da Bahia, prioritariamente na região do semiárido*”. Quais hábitos estão sendo considerados? Em que medida espera-se tal mudança? Como tal aspecto será medido? Estas são questões não respondidas no texto do PES.

Outra linha de ação que incorporou proposições de promoção da saúde, com foco nos princípios da participação social e do *empowerment*, foi a “Gestão Democrática, solidária e efetiva do SUS”, tendo como objetivo “fortalecer a participação e o controle social no SUS-BA”, englobando duas ações estratégicas sob a responsabilidade da Diretoria de Gestão da Educação do Trabalho em Saúde (DGETS), uma primeira que previa a *efetivação do controle social no SUS-Ba* através da reestruturação do CES e a segunda denominada como *Projeto Mobiliza SUS*. Esta denominação se referia a um projeto formatado em abril de 2008 e que expressava duas estratégias principais de implantação: (1) Desenvolvimento de seminários regionais, com a participação de representantes de movimentos sociais, professores e estudantes, de forma a sensibilizar e instrumentalizar os participantes para o exercício da participação social nos territórios e (2) Formação de uma rede de articuladores e facilitadores de educação permanente para o controle social no SUS, através da qualificação de representantes das Diretorias Regionais de Saúde - DIRES, Diretorias Regionais de Educação e Cultura - DIREC, Ministério Público, Conselheiros Municipais de Saúde e movimentos sociais (Bahia, 2008a). Apesar da formatação prévia do projeto, a expressão das metas e resultados no PES apresenta incoerências, com duplicidades, além do estabelecimento de metas que não possuíam mecanismos de verificação.

O processo de construção do PES 2012-2015 se diferenciou do PES anterior por não realizar as oficinas regionais de levantamento e priorização de problemas e identificação de demandas

de saúde. Embora possa ser afirmado que houve uma consulta à sociedade com relação aos problemas a serem priorizados, através do *PPA participativo*, essa escuta não considerou as especificidades relacionadas, à saúde. Outro mecanismo de levantamento de demandas foi a 8ª Conferência Estadual de Saúde, realizada em 2011, que trouxe contribuições para a agenda ao apresentar como um dos eixos de trabalho o tema - *Acesso e acolhimento no SUS – desafios na construção de uma política saudável e sustentável*. Neste eixo foi apresentada a diretriz de “*fortalecer o SUS enquanto política pública e componente da seguridade social, capaz de assegurar por meio da intersetorialidade, a efetiva melhoria da situação de saúde da população*”. A este eixo foram vinculadas várias propostas aprovadas em plenária que incorporavam o tema da promoção da saúde, as quais estavam apoiadas no princípio da articulação intersetorial. A escolha do temário desta conferência foi um processo mobilizado pela gestão estadual, com o apoio da Academia, numa perspectiva de legitimar o tema da promoção da saúde junto às instâncias de participação da sociedade civil, conforme aponta um dos entrevistados.

“E se você for olhar o que foi a Conferência de Saúde de 2011, você vai ver que o tema dela é Bahia Saudável. E essa ideia foi disputada. Nós tivemos que ir pra dentro da reunião do Conselho [CES] disputar o tema da Conferência (...). E nós tínhamos construído ao longo de quatro anos que era necessário uma política que integrasse e que olhasse pra promoção da saúde pra tentar ver se a gente conseguia levar uma nova perspectiva de política de saúde. A Academia veio com essa contribuição, o governo veio com sua contribuição, então precisava trazer a Conferência pra dar legitimidade ao que estava sendo proposto. Nós conseguimos fazer com que o tema da nossa Conferência, a 8ª Conferência de Saúde da Bahia fosse esse.” (E9)

Outro importante movimento em prol da mobilização dos sujeitos internos para formulação de uma Política Estadual de Promoção da Saúde e que influenciou a constituição da agenda no PES 2012-2015 foi a realização de uma oficina de trabalho, desenvolvidas ao final de 2010 e início de 2011, coordenadas pela SUVISA e conduzida por uma equipe de cooperação técnica formada por pesquisadores do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). A proposta, denominada *Oficina Bahia Saudável*, contou com a participação ampla de técnicos e gestores das diversas instâncias da SESAB, além de representantes da

Secretaria de Educação, das Voluntárias Sociais⁷, das secretarias municipais de saúde da região metropolitana, professores e estudantes de pós-graduação da área de saúde coletiva. O produto dessa oficina foi um documento técnico com a identificação de um conjunto de proposições operativas como base para a estruturação da Política Estadual de Promoção da Saúde (PEPS). As proposições foram levantadas a partir do trabalho em subgrupos, de acordo com os cinco campos centrais de ação apontados na Carta de Ottawa⁸. Este projeto também foi exposto como um espaço de sensibilização dos sujeitos para entendimento e valorização da concepção ampliada de promoção da saúde (BAHIA, 2011a).

A adoção do termo *Bahia Saudável*, que posteriormente foi adotado como denominação do programa setorial da saúde surgiu, de acordo com a fala de alguns entrevistados, durante o processo de construção do documento *Agenda 2023*. Este processo, conduzido pela Casa Civil do Governador com o apoio da SEPLAN no ano de 2010, tinha como fim a elaboração de uma agenda estratégica para direcionar as prioridades dos próximos 13 anos de governo, tendo em vista a articulação de interesses dos gestores dos diversos setores do governo. Nesse processo a promoção da saúde foi apresentada como um projeto defendido pelos representantes do setor saúde. Entretanto, o documento *Agenda 2023* não vigorou.

Os problemas identificados no PES 2012-2015 como base para as propostas de intervenção, diferentemente do PES 2008-2011, deram indicativos mais claros da necessidade de ações de promoção da saúde, uma vez que apresentava, além dos problemas do estado de saúde⁹, problemas relacionados à organização governamental, explicitando de forma direta a “ausência de políticas públicas efetivamente transversais, necessárias à promoção da saúde, bem-estar e proteção da sociedade”. Os problemas e necessidades relacionados aos determinantes sociais da saúde, tal qual no primeiro PES, não foram identificados.

⁷ **As Voluntárias Sociais da Bahia** é uma organização não governamental fundada em 1960, presidida pela Primeira Dama do Governo do Estado, que presta serviços de assistência social à população.

⁸ Elaboração e implementação de “políticas públicas saudáveis”, criação de “ambientes favoráveis à saúde”, reforço da “ação comunitária”, “desenvolvimento de habilidades pessoais” e “reorientação do sistema de saúde”.

⁹ “e) progressiva elevação da morbimortalidade da população por condições crônicas, principalmente relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, doenças metabólicas e neoplasias), em decorrência do envelhecimento e da maior vulnerabilidade da população nos âmbitos individual, social e programático; f) elevados índices de morbimortalidade por condições agudas, principalmente relacionadas às doenças e agravos não transmissíveis (dengue, meningites, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)/Aids, hepatites, leishmaniose, dentre outros), à agudização de doenças crônicas ou cronicadas (hipertensão arterial, diabetes mellitus, tuberculose, hanseníase, esquistossomose etc.) e à elevação da ocorrência de causas externas (homicídios, agressões, suicídios, acidentes, dentre outros), essencialmente na população de 15 a 39 anos; g) progressiva elevação da morbimortalidade da população pelo consumo excessivo de álcool e uso de drogas ilícitas, a exemplo da cocaína e do crack. (...)”

A definição das ações do PES 2012-2015 esteve em correspondência com o PPA do período, o qual identificava o programa setorial da saúde como *Programa Bahia Saudável*. Este programa designava a *promoção da saúde* como um dos seus três eixos estruturantes, ao lado da *gestão do cuidado e humanização/qualificação das práticas de gestão e do cuidado em saúde* (BAHIA, 2012).

O PES 2012-2015 utilizava o termo *compromisso* para identificar seus objetivos, em um total de 13. Para cada compromisso, foram definidas metas, responsáveis e ações, sem a expressão de uma correspondência específica entre estes aspectos. Também foram identificadas *entregas/iniciativas*, que representavam os resultados esperados referentes a cada ação. O quadro 6 apresenta as prioridades da agenda de promoção da saúde neste período de gestão. Outras ações são identificadas no PES para os compromissos identificados. Entretanto, nesse quadro, apenas caracterizamos as ações que apresentam entregas que expressam elementos de promoção da saúde.

Quadro 6. Caracterização das prioridades da agenda de promoção da saúde para o período de 2012-2015.

Compromisso	Ações	Entregas / Iniciativas	Metas	Responsáveis
Ampliar as ações de promoção e proteção da saúde e de prevenção de doenças e agravos no âmbito do SUS.	Implementação da gestão do Sistema Estadual de Vigilância da saúde	Gestão do Sistema Estadual de Vigilância da Saúde implementada		SUVISA – (Divep-Divisa-Divast-Lacen)
		Código Estadual de Saúde atualizado		
		Marco normativo da Política Estadual de Promoção da Saúde construído		
Fortalecer a Atenção Básica efetivando a mudança do Modelo de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.	Apoio Institucional, acompanhamento, monitoramento e avaliação da Atenção Básica	Municípios apoiados institucionalmente para qualificação da Atenção Básica;		Sais – (DAB)
		Equipes de Consultório de Rua implantadas;		
		Academias da Saúde implantadas;		
		Política Estadual de Promoção da Saúde implantada;		
		Política Estadual de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica implantada;		
Política Estadual de Atenção Básica com ênfase na Promoção da Saúde e integração das práticas de vigilância em saúde implementada no território				
Ampliar as ações de cuidado integral ao ser humano no SUS, com vistas a promover o Envelhecimento Ativo e Saudável.	Implementação da Política Estadual do Idoso	Política estadual de Saúde do Idoso implementada	Reduzir para 5,5/10.000 habitantes ano a taxa de internações por AVC; Reduzir para 7/10.000 habitantes ano a taxa de internação por diabetes mellitus (DM) e suas complicações na população de 30 anos a 59 anos	SAIS – (DGC/DGRP).
		Cuidado às doenças mais prevalentes implementado no processo de envelhecimento;		
		Promoção e cuidado em saúde implementados para populações em processo de envelhecimento;		
Fortalecer o controle social em saúde, com gestão democrática e participativa, e ampliação dos canais de diálogo com a sociedade para a consolidação do SUS-BA.	Mobilização e Participação Social	Estratégias do Projeto MobilizaSUS implementadas;	Implementar o Mobiliza SUS em 100% das regiões de saúde do Estado;	SUPERH/DGETS; CES.
		Canais de diálogo e de comunicação com a sociedade civil ampliados;		
		Redes solidárias formadas para o fortalecimento da participação popular nas políticas de saúde;		
		Educação para o fortalecimento da participação popular e controle social do SUS;		
		Conselheiros estaduais e municipais de saúde qualificados.	Qualificar 100% dos CMS	
	Incentivo ao Controle Social nas Ações de Saúde	Controle Social no SUS-BA implementado		
		Plenárias territoriais de conselheiros de saúde realizadas		

Fonte: Adaptado do PES 2012-2015 (Bahia, 2012)

Identificamos quatro compromissos do PES que apresentavam ações direcionadas à promoção da saúde. O **primeiro** destes compromissos recomendava “*ampliar as ações de promoção e proteção da saúde e de prevenção de doenças e agravos no âmbito do SUS*”, tendo a SUVISA como responsável. Apesar da explicitação da promoção da saúde como objeto deste compromisso, as metas expressadas para o mesmo restringiam-se a aspectos de vigilância epidemiológica e sanitária. Apenas uma dentre as oito ações para o alcance deste compromisso apresentava elementos relacionados à promoção da saúde, ao vislumbrar a “*implementação da gestão do sistema estadual de vigilância da saúde*”, e apresentar como uma das iniciativas operacionais a *elaboração do marco normativo da política estadual de promoção da saúde* (BAHIA, 2012).

O **segundo** compromisso propunha “*fortalecer a Atenção Básica, efetivando a mudança do modelo de Atenção à Saúde no âmbito do SUS*”, o qual foi apresentado como responsabilidade da SAIS, em particular da DAB. A esse compromisso associa-se a ação de “*apoio institucional, acompanhamento, monitoramento e avaliação da atenção básica*”, que contemplava um conjunto de sete iniciativas, sendo que três destas implicavam a promoção da saúde: “*Academias da Saúde implantadas*”, “*Política Estadual de Promoção da Saúde implantada*” e “*Política Estadual de Atenção Básica com ênfase na Promoção da saúde e integração das práticas de vigilância em saúde implantada no território*”. Apesar disto, as metas deste compromisso também não buscavam explicitar o cumprimento destas ações, limitando-se a ampliação da cobertura da estratégia de saúde da família e a construção de novas unidades (BAHIA, 2012).

O **terceiro** compromisso, sob a responsabilidade da DGC e DGRP, recomendava “*ampliar as ações de cuidado integral ao ser humano no SUS, com vistas a promover o Envelhecimento Ativo e Saudável*”. Para tanto, identificava iniciativas relacionadas à promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças e agravos não transmissíveis. A iniciativa relacionada à promoção da saúde não especifica a prática priorizada, apenas identifica os idosos como objeto de ação. Além disso, as metas se relacionam exclusivamente à prevenção secundária, considerando a redução no número de internações.

O **quarto** compromisso manteve a proposta apresentada no PES anterior, propondo “*fortalecer o controle social em saúde, com gestão democrática e participativa, e ampliação dos canais de diálogo com a sociedade para a consolidação do SUS-BA*”. Esta foi a única ação de promoção da saúde deste plano para a qual se estabeleceu uma meta, que se referia à

avaliação do processo, ao estabelecer a *implantação do MobilizaSUS em 100% das regiões de saúde do estado*.

Ao analisar a expressão dos princípios relacionados à promoção da saúde no texto da agenda deste período, verificou-se a continuidade das ações relacionadas ao controle social e a perspectiva de ampliação de canais de diálogo com a sociedade, sugerindo a inclusão dos princípios de participação social e *empowerment*. Entretanto, nesta agenda não se observou a explicitação dos princípios da intersetorialidade e da equidade, como identificado no PES anterior.

Evidenciamos que as ações de promoção da saúde expostas no PES do segundo período de governo eram mais restritas em comparação ao PES anterior, uma vez que, a maioria delas apresentava caráter organizacional, numa perspectiva de estruturação das bases de uma política de promoção da saúde, prevendo-se também a implantação da mesma. Alguns entrevistados atribuíram tal mudança às dificuldades associadas à implantação das ações propostas no PES anterior, argumentando que o projeto político concebido nesse plano falhou em não apresentar uma análise de viabilidade da capacidade técnica-administrativa interna para realização das ações, assim como falhou na análise da viabilidade política externa para legitimar as ações que exigiam articulação intersetorial. Já no PES 2012-2015 os atores adotaram uma postura pragmática, definindo ações cuja execução apresentava governabilidade ao interior da SESAB. Entretanto, mesmo internamente observou-se a fragmentação das responsabilidades, inclusive observando-se a subdivisão destas, a exemplo do que se referia à elaboração do marco normativo da política, apontada como responsabilidade da SUVISA e da implantação da mesma, identificada como responsabilidade da DAB.

Se você olha para o primeiro e para o segundo [referindo-se aos PES analisados no estudo], o primeiro acho que diz muito de como o governo se imaginava naquela época (...). Nesse primeiro momento todo mundo queria tudo. Então a gente imaginava que as distâncias entre as secretarias, entre os fazeres não eram tão grande, que a gente podia se juntar, fazer uma discussão intersetorial, todo mundo assumiria seus compromissos, que a gente compartilharia recursos, implementaria políticas e tal. E isto é mentira. Porque a dificuldade de articulação interna da SESAB é um mundo, imagine externa, é outra dificuldade. E cada um se defende, porque o recurso é pouco, porque o Estado pensa que vai arrecadar tanto, e arrecada menos, e aí vou priorizar as ações para não deixar a secretaria parar, aquelas que deem visibilidade, por que a gente não vai parar de pensar que os atores que estão

são atores políticos, e que vislumbram um cenário político para a vida, quer seja para se manterem em funções dentro da estrutura do Estado quer seja para alçar outras funções públicas, como deputado e senador, essas coisas todas, governador e tudo mais. Então nesse momento, era o afã de uma visão romântica, idealista, todo mundo se juntar e de fato construir uma política de promoção da saúde, que a educação conversasse com a saúde, com a secretaria de combate a pobreza, com a secretaria de mulheres (...). Quando você vai para o segundo momento (referindo-se ao PES 2012-2015), você percebe primeiro, que não tem os atores e segundo que, as responsabilidades são muito mais voltadas para aquilo que a gente tem responsabilidade. (...) Mas se você perceber os responsáveis são todos só internos. (...) Então acho que nesse primeiro momento teve isso das pessoas desejarem, e no segundo momento foi um momento de “ok, a gente não pode contar com os atores externos, vamos ver o que na promoção da saúde a gente pode fazer considerando a nossa rede interna”. E eu acho que aí no segundo plano a gente tem a divisão de responsabilidade mais com os atores internos. (E5)

Apesar de evidenciarmos esta mudança, alguns entrevistados, contrariamente, apontaram que o tema da promoção da saúde no segundo plano foi valorizado de forma mais integrada entre os grupos da SESAB, assim como apresentou maior articulação externa. Supomos que esta percepção estava associada ao movimento da ASPLAN com o apoio da SUVISA, durante o processo de elaboração do PPA 2012-2015, no sentido de mobilizar outras secretarias do governo para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde. Entretanto, conforme exposto anteriormente, este não foi um movimento ordenado de forma satisfatória para atender a este propósito. Evidenciamos que o processo de mobilização externa foi tímido e desestruturado, caracterizando-se, basicamente, como um movimento de sensibilização. Durante o processo de construção do PPA, nas reuniões de articulação intersetorial promovida pela SEPLAN, assim como em reuniões temáticas de outras secretarias, aponta-se a participação de representantes do setor saúde pela defesa de um projeto de promoção da saúde que perpassasse os diversos setores. Entretanto esta não era uma fala uníssona da SESAB, assim como não caracterizava uma proposta estruturada, conforme exposto:

“A gente fazia uma inserção pra lembrar, por exemplo, que não dá pra tratar de promoção de saúde sem falar de meio ambiente, não dá pra falar de promoção de saúde sem falar em condição de trabalho, não dá pra falar de promoção de saúde sem falar de cultura, sem falar de turismo. Então a gente sempre pensou isso como uma ação de governo. Mas somos nós que pensamos assim. Mas isso não é um pensamento, pelo menos no meu ponto de vista, não é um pensamento da secretaria

de saúde. Em vários momentos a confusão ficava generalizada, mas como é que vai fazer?” (E3)

“O governo disse: saúde, qual é o programa que a gente vai lançar? E a saúde diz: nós queremos como marca uma Bahia mais saudável. Agora isso tudo foi do ponto de vista do planejamento. O pragmatismo político às vezes faz com que as coisas não apareçam como devem aparecer”. (E9)

Apesar do movimento de sensibilização dos atores internos e externos para valorização de uma concepção ampliada de promoção da saúde, as divergências quanto à definição das prioridades a serem incorporadas no PES 2012-2015 permaneceram, especialmente quanto ao locus organizativo e condutor da política. Algumas falas dos entrevistados sugerem uma tendência interna em responsabilizar a SUVISA quanto a este papel, conforme estava posto no PES anterior, justificada pela fala de que ‘a promoção da saúde é uma ação de vigilância’. Entretanto a própria equipe dirigente desta superintendência não se reconhecia neste papel, apontando que a promoção da saúde precisava ser reconhecida como uma ‘ação transversal’, perpassando todos os setores de governo, conforme explicitado:

“A questão da promoção da saúde sempre foi uma coisa muito polêmica. Porque há um entendimento dentro da própria secretaria que a promoção da saúde é da vigilância da saúde. Isso aconteceu tanto na elaboração do plano, quanto do PPA. Porque as pessoas queriam ter um orçamento colocado dentro da atividade orçamentária da vigilância, especificamente pra promoção. E o nosso entendimento, tanto na questão da elaboração do plano, quanto do PPA era que a promoção da saúde ela precisa ser vista como uma ação transversal e no meu ponto de vista extrapola o setor saúde.” (E3)

“Isso tem a ver, como eu disse no intermédio dessa conversa, que pela natureza da vigilância da saúde, pela própria natureza da vigilância da saúde, terminou, digamos assim, ficando mais para a vigilância da saúde, do que para as ações mais macro, por conta de que: ah, não vamos poder assumir isso, não vamos poder isso... então a vigilância trouxe pra si um pouco essa responsabilidade. Na verdade como não tinha um espaço que a gente pudesse: ah, não é da vigilância, é de todos. Mas ah, aqui não pode, aqui não pode, aqui não pode... mas a gente não podia ficar nesse jogo de empurra. Então, mesmo que assumindo de forma tímida, mas vamos assumir. Porque não dá pra você ficar com um compromisso desse porte sem ter uma ação propositiva frente a questão da promoção da saúde no estado da Bahia.” (E4)

A equipe dirigente da SUVISA assumiu o papel de agente mobilizador das proposições de promoção da saúde no PES 2012-2015, buscando cooptar o envolvimento de diversos grupos

internos e externos à SESAB em ações desta natureza. Todavia, nem a SUVISA, nem outros atores internos ou externos a SES apresentaram um projeto de promoção da saúde ordenado e integrado.

A importância da promoção da saúde é reconhecida na retórica do conjunto dos atores governamentais, todavia foram evidenciadas oposições na incorporação de proposições na prática, associadas às disputas financeiras e às limitações de articulação interna e externa. A oposição mais evidente se revelou na definição do financiamento das ações. Ao considerar o nível de atenção básica como ordenador do sistema de saúde e buscar favorecer os investimentos para ampliação do acesso a este nível de atenção, tornava-se necessário realocar os recursos que antes eram prioritariamente centrados na rede especializada e hospitalar. Foram apontadas divergências nesta definição, que sugere disputa de poder entre os espaços da SESAB que coordenavam a atenção básica e a atenção especializada e hospitalar, conforme demonstra os trechos a seguir:

“Eu acho que para as grandes ações foi um processo de consenso. Existiam questões ali envolvidas... a perspectiva teórica do plano considerava uma necessidade de mudança do modelo. E o modelo, a gente coloca até no plano, um modelo orientado pela atenção primária. Eu penso que o item que mais demandou, que teve mais dissenso nessa questão era a parte do financiamento. Onde a gente demandava enquanto diretoria um financiamento muito maior para atenção básica. Se a gente pretendia pelo plano reorientar o modelo da atenção, ter um modelo centrado na atenção básica, era necessário também reorientar o financiamento do SUS no Estado, nesse sentido, financiando muito mais. E era isso que havia divergências, porque a gente não conseguiu fazer essa revisão do modelo de financiamento, ainda ficou muito focado na parte hospitalar e tanto que não teve, se a gente olhar a série histórica de financiamento, a gente vê que não houve aumento de recursos financeiros nesse período. Todos os anos do plano o valor que foi pago para os municípios em termo de incentivo foi o mesmo, não houve incremento. Esse foi um dos grandes pontos de divergência.” (E6)

“Olha, a grande disputa dentro do setor, de um setor que não tem financiamento vultoso, é o que? É recurso. A secretaria da saúde é uma secretaria essencialmente assistencial, sem sombra de dúvidas que 80% do que a gente faz é assistência nos hospitais. (...) Porque 80% do nosso orçamento está represado no pessoal e nos serviços que a gente tem.” (E9)

Diante do exposto, inferimos que o fluxo dos problemas foi um aspecto pouco valorizado na constituição da agenda de promoção da saúde, especialmente no primeiro período de governo

analisado. No segundo período buscou-se o respaldo social para a agenda, através da indução de alguns membros da equipe gestora da SES, que inseriu o tema como eixo temático da 8ª Conferência Estadual de Saúde. Apesar da priorização do tema neste evento, a defesa da promoção da saúde enquanto objeto de ação não apresentava respaldo suficiente, nem dos grupos sociais, nem do conjunto da equipe da SES, nem de atores externos.

Quanto ao fluxo das alternativas, podemos inferir que, no primeiro PES, as alternativas postas foram fruto da idealização política de alguns atores do alto escalão da SESAB advindos do espaço acadêmico que, imbuídos pelos valores ideológicos da Saúde Coletiva, buscavam a expressão de um projeto político inovador, que valorizasse uma concepção ampliada de saúde, sendo a promoção da saúde a imagem de frente deste projeto. Entretanto, o processo de definição das alternativas não foi negociado com o conjunto de sujeitos que seriam necessários para fazer avançar as propostas, assim como, não houve a análise da viabilidade para a execução do projeto.

No segundo período de governo, diante das limitações na execução das ações propostas no PES 2008-2011, houve um movimento no sentido de mobilizar agentes internos e externos em prol de uma agenda que incluísse ações de promoção da saúde com caráter intersetorial. Entretanto, essa mobilização externa não foi bem estruturada, não alcançando resultados. Além disso, internamente havia divergências quanto ao lócus organizativo do projeto. A SUVISA que, no primeiro período de gestão, foi identificada como responsável por grande parte das ações, retroagiu, uma vez que, apesar de apoiar o processo de mobilização dos atores, não mais se dispunha a responsabilizar-se por ações sob as quais não possuía governabilidade. Desta forma, tem-se como resultado uma agenda com responsabilidades fragmentadas. Como exceção, identificamos ações direcionadas ao incentivo da participação social, que apareceu de forma mais orgânica, conduzida por uma diretoria específica, com objetivos e metas claras e articulações externas bem direcionadas.

Cabe salientar que, a não observação de disputas de alternativas entre diferentes projetos de promoção da saúde para a constituição da agenda, provavelmente, deveu-se a não existência de atores sociais coletivos que se sentissem diretamente prejudicados pela ausência de uma política de promoção da saúde –Diferentemente do que ocorre com portadores de patologias, onde os sujeitos afetados e não contemplados pelas ações de governo tendem a organizar-se socialmente pela defesa de suas causas.

5.2. FLUXO POLÍTICO NA CONSTITUIÇÃO DA AGENDA DE GOVERNO

Neste tópico analisamos os eventos da política nacional e da política estadual que podem ter influenciado favoravelmente ou desfavoravelmente a construção da agenda. No que se refere ao contexto federal, buscamos apreender como a PNPS evoluiu, ou seja, quais as proposições derivadas da mesma e como elas se desenvolveram, de forma que possam ter incentivado ou restringido a agenda estadual, seja através do suporte técnico e/ou de incentivo financeiro. Quanto ao contexto estadual, analisamos a coerência entre os propósitos do projeto do governo estadual em nível macro e o projeto do setor saúde, de forma a verificar a força política e administrativa que deu sustentação à agenda do setor. Além disso, analisamos a estabilidade política dos atores diretamente envolvidos, assim como o apoio da sociedade civil organizada no processo de formulação da agenda.

5.2.1. Contexto Nacional

A PNPS foi formalizada em 2006, muito embora, já se identificasse, em anos anteriores, a existência de projetos específicos coincidentes com alguns dos seus eixos prioritários, seja como parte dos encaminhamentos relacionados ao ordenamento da própria PNPS, ou a outras políticas do setor saúde, a exemplo da Política Nacional de Combate ao Tabagismo (1989), a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (1999) e a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (2001). Tais projetos, posteriormente, foram vinculados à PNPS.

Um dos mais importantes projetos que deu sustentação à PNPS foi a Estratégia Global de Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde (EG), lançado em 2004 pela OMS como estratégia de mobilização de ações para enfrentamento da morbimortalidade por doenças crônico-degenerativas (CRUZ, 2010; FERREIRA NETO *ET AL.*, 2013). Mesmo antes da publicação da PNPS, a EG sustentou projetos importantes do Ministério da Saúde, a exemplo do Projeto *Brasil Saudável*, lançado em junho de 2005, com o objetivo de estimular a população a adotar modos de vida diferentes, com ênfase na atividade física, na educação alimentar e no controle do tabagismo. Como ação derivada deste projeto, a SVS lançou a Portaria nº 2.608/05, destinada ao financiamento direto de todos os estados e capitais para

desenvolvimento de ações no âmbito das prioridades da EG (CRUZ, 2010). Entre 2006 e 2010, o financiamento foi estendido a qualquer município, considerando a seleção por meio de editais ou portarias públicas, com envio de projetos que eram avaliados e selecionados segundo a disponibilidade orçamentária (MALTA, 2014a).

Após a publicação da PNPS, identifica-se a incorporação do tema nos dois Planos Nacionais de Saúde (PNS) que se seguiram, entretanto com diferentes abordagens. O PNS 2008-2011 imprimiu destaque ao tema, apresentando como uma de suas diretrizes o “desenvolvimento e fortalecimento da promoção da saúde” (BRASIL, 2009). O documento identificava a PNPS como base para a operacionalização desta diretriz, expondo as seguintes propostas estruturantes: (1) gestão intersetorial dos recursos na abordagem dos problemas e potencialidades em saúde, considerando a articulação por intermédio da Câmara de Políticas Sociais, coordenada pela Casa Civil da Presidência da República; (2) reforço aos processos de participação comunitária no diagnóstico dos problemas de saúde e suas soluções, reforçando a formação e a consolidação de redes sociais e protetoras; (3) desenvolvimento de medidas que enfatizassem os aspectos prioritários apresentados na PNPS; (4) promoção de ambientes seguros e saudáveis, com ênfase na abordagem das escolas, comunidades e locais de trabalho; (5) criação e implementação de políticas de promoção da equidade, destacando-se a atenção integral à saúde de diferentes grupos sociais, em especial os mais vulneráveis; (6) no âmbito do saneamento, manutenção do apoio técnico e financeiro ao desenvolvimento do saneamento ambiental em municípios de até 50 mil habitantes, investimento do saneamento rural, além de assentamentos da reforma agrária, reservas extrativistas, ribeirinhos e as escolas públicas rurais e (7) estruturação da vigilância em saúde ambiental (BRASIL, 2007b).

Identifica-se como um importante mecanismo de fortalecimento da PNPS a relevância dada ao tema no Plano Plurianual 2008-2011, incluindo a criação de uma linha de programação orçamentária específica de promoção da saúde (CRUZ, 2010; MALTA ET AL, 2014a). De acordo com os autores, a execução do programa contemplou como um dos seus eixos a ampliação do número de municípios com projetos de atividade física e a implementação do Programa de Saúde nas Escolas, em articulação com o Ministério da Educação. Destaca-se, ainda, que, entre 2008 e 2011, a PNPS foi incluída na agenda interfederativa, por meio do *Pacto pela Vida*. Neste processo, foram definidos indicadores de monitoramento, com foco na redução da prevalência de sedentarismo e tabagismo nas capitais, e no sentido de identificar a implantação dos núcleos de prevenção de violências e promoção da saúde (MALTA ET AL, 2014a).

No PNS 2012-2015, diferentemente do PNS anterior, o tema da promoção da saúde apareceu associado às ações de vigilância em saúde sob a diretriz que propunha a “redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde” (BRASIL, 2011). As ações propostas remetiam basicamente aos eixos prioritários da PNPS, destacando-se o “desenvolvimento de medidas que estimulassem a prática da atividade física, da alimentação saudável, da prevenção e o controle do tabagismo e a construção da cultura de paz, com foco em campanhas e projetos sistemáticos de comunicação e educação” (BRASIL, 2011). Também estava associada a essa diretriz um conjunto de iniciativas relacionadas à vigilância ambiental: saneamento em áreas urbanas e rurais (controle da qualidade da água, abastecimento de água, esgotamento sanitário); apoio e fomento às associações, cooperativas e redes de cooperação de catadores de materiais recicláveis; e qualificação de gestores para o planejamento de ações em saúde ambiental (BRASIL, 2011).

No PNS 2012-2015, a articulação intersetorial foi proposta apenas para as ações de vigilância alimentar e nutricional. Nesse âmbito, propunha-se o desenvolvimento de pesquisa sobre o impacto da redução no consumo de sal, açúcar, gorduras, dietéticos e sintéticos; o investimento de esforços com vistas à redução do consumo de sal, com especial atenção aos alimentos processados; medidas promotoras da alimentação saudável nas redes de saúde, de educação e de assistência social; assim como a elaboração de plano intersetorial de prevenção e controle da obesidade (BRASIL, 2011).

A gestão da PNPS, desde a sua publicação, esteve a cargo da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), através do Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde (DANTPS). Entretanto, alguns projetos foram coordenados ou apresentavam apoio direto da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) através do Departamento de Atenção Básica (DAB). Outras secretarias e órgãos auxiliares do MS também apoiavam as ações.

Dentre os eixos prioritários da PNPS, o **controle do tabagismo** é caracterizado na literatura científica com significativos avanços em termos de desenvolvimento de intervenções, com expressão de resultados importantes na redução da prevalência do tabagismo (MALTA ET AL, 2014a). Entre 2006 e 2013 a proporção de fumantes no Brasil caiu 19,8% (BRASIL, 2015). Cabe destacar que as ações de controle do tabagismo foram iniciadas muito antes da publicação da PNPS, em 1989, quando o Ministério da Saúde (MS), por meio do Instituto Nacional de Câncer (INCA), criou o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT),

atualmente denominado Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer (PNCTOFR) (SILVA ET AL, 2014). A PNPS destacou a questão como prioridade e imprimiu reforço ao projeto. De 2007 a 2014 são identificadas ações direcionadas à regulação do mercado, controle da poluição ambiental, educação e tratamento para cessação do hábito (SILVA ET AL, 2014).

No que se refere à regulação do mercado, são evidenciadas ações relativas ao controle de produção (limitação do uso de aditivos), preço (aumento dos impostos em 85% e definição de preço mínimo de venda), propaganda e comercialização (limitação dos pontos de venda, aumento do espaço de imagens e textos de advertência nas embalagens) (SILVA ET AL, 2014; MALTA ET AL., 2014a). Todas essas regulamentações datam de 2011. Além disso, em 2012, a ANVISA abriu o Laboratório de Toxicologia do Tabaco para apoiar as medidas de fiscalização do setor (MALTA ET AL., 2014a)

Quanto à educação, destacaram-se as ações com foco na educação preventiva do hábito de fumar em escolas e unidades da rede de atenção básica à saúde, associada ao incentivo a cessação do hábito por profissionais e trabalhadores de saúde e educação, entendidos enquanto modelos de comportamento. Destaca-se, ainda, o desenvolvimento do programa de suporte ao tratamento de fumantes para cessação do uso, em articulação com a rede de atenção básica à saúde e com fornecimento de medicamentos pelo SUS, cuja expansão mais significativa se deu a partir de 2013 (BRASIL, 2015; SILVA ET AL, 2014). Outro importante grupo de ações se refere às intervenções de controle da poluição tabagística ambiental, com destaque para a Lei Federal nº 12.546/2011 que definiu a proibição total do fumo em ambientes fechados de uso coletivo, privados ou públicos (SILVA ET AL, 2014; MALTA ET AL, 2014a).

Quanto à promoção de **práticas corporais e atividade física** destaca-se o lançamento do programa “Academia da Saúde” a partir de 2011, que apresentava como objetivo “contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais e atividade física e de lazer e modos de vida saudáveis” (BRASIL, 2011). O programa representou o início de uma linha de projetos com financiamento proveniente do Piso Variável em Vigilância e Promoção da Saúde e do Piso da Atenção Básica Variável, em substituição ao financiamento de projetos individuais condicionados à aprovação do MS, buscando-se assim a sustentabilidade dos projetos. A redefinição do financiamento abriu

espaço para a expansão das ações em um maior número de municípios, especialmente aqueles de médio e pequeno porte. Ao final de 2014, a adesão ao Programa *Academia da Saúde* abarcava 2.865 municípios, com 4.240 polos habilitados desde 2011, o que ultrapassava a meta proposta pela Presidência da República de 4.000 habilitações para 2015. Todavia, entre os polos habilitados ao final deste período, apenas 26% tinham as obras finalizadas (BRASIL, 2015).

No que se refere à **alimentação saudável**, destaca-se um maior investimento em processos formativos de profissionais da rede de atenção básica, destacando-se a produção de materiais educativos, a exemplo do *Guia Alimentar para a População Brasileira*, lançado em 2006 e revisado em 2014, constituindo-se como as primeiras diretrizes oficiais para a promoção da alimentação adequada e saudável (MALTA, 2014b). O processo formativo foi favorecido com a *Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável*, desenvolvida entre 2009 e 2011, com a finalidade de formar profissionais de saúde da Atenção Básica para fomentar a orientação alimentar como atividade de rotina nos serviços de saúde. Outro movimento nesta área se referiu à regulação da publicidade de alimentos direcionados ao público infantil, conforme definido na RDC n°24/2010, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). A regulação foi suspensa pelo Poder Judiciário, sendo que a partir de 2013 a discussão foi retomada, estando em tramitação novos projetos de Lei sobre o tema (MALTA ET AL, 2014a).

Dentre as ações relacionadas à **prevenção de violência e estímulo à cultura de paz**, destacou-se a constituição da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, com o incentivo a implantação de Núcleos de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde em estados e municípios. Esta foi uma ação iniciada em 2004, como parte da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, publicada em 2001, que também foi fortalecida pela PNPS. Alguns dos objetivos propostos para os núcleos foram: a) elaborar o Plano locorregional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde; b) promover e participar de políticas e ações intersetoriais e de redes sociais que tenham objetivos afins; c) desenvolver ações de prevenção e promoção da saúde para segmentos populacionais mais vulneráveis; d) garantir a implantação e implementação da notificação de violências; e) estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas estratégicas; e f) capacitar os profissionais, movimentos e conselhos sociais para o trabalho de prevenção da violência (BRASIL, 2004).

Ainda na perspectiva da prevenção da violência, em particular no trânsito, destaca-se a regulamentação da Lei n. 11.705/2008, popularmente conhecida como “Lei Seca”, constituída com vistas à restrição do consumo de bebidas alcoólicas no trânsito. Além disso, foram produzidas legislações específicas com intensificação da exigência do uso de capacete e outras ferramentas de segurança para motoqueiros, assim como a obrigatoriedade do uso de cadeiras para crianças e bebês (BRASIL, 2015).

Em 2010, foi criado o Projeto Vida no Trânsito (PVT), direcionado à prevenção de acidentes e mortes no Trânsito, através da definição dos planos intersetoriais locais, e de grupo intersetorial de condução local e nacional (MALTA ET AL., 2014a). O Projeto Vida no Trânsito representou uma resposta do setor Saúde ao Pacto Nacional pela Redução das Mortes no Trânsito, atendendo às recomendações da Organização das Nações Unidas, que instituiu o período de 2011 a 2020 como a “década de ação pela segurança no trânsito” (BRASIL, 2015). Em 2010, o PVT foi desenvolvido como piloto em cinco capitais e em 2012 foi ampliado para as 26 capitais, o DF e para municípios com mais de um milhão de habitantes. Em 2013, o PVT entrou no Piso Variável de Vigilância e Promoção, de forma a favorecer a sustentabilidade do projeto (BRASIL, 2015).

Outra iniciativa com importante expansão neste período foi o **Programa Saúde na Escola (PSE)** que foi criado em 2007 com o objetivo de articular ações entre os setores da saúde e educação, de forma a contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica, por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde (BRASIL, 2007). O PSE não estava previsto na PNPS, entretanto a partir de 2008 passou a incorporar ações de promoção da saúde, incluindo intervenções direcionadas a educação para alimentação saudável, atividade física, prevenção de violência e acidentes, prevenção do tabagismo e do uso de álcool. O programa apresentava como um dos pontos centrais a articulação com as equipes de saúde da família e logo passou a ser reconhecido como principal programa de promoção da saúde direcionado ao público escolar (MALTA ET AL, 2014a).

No Ministério da Saúde alguns projetos associados à PNPS têm o Departamento de Atenção Básica como responsável pela coordenação ou apoio, identificando a ESF como importante articulador no processo de implantação. É o caso do PSE, das ações da Política de Alimentação e Nutrição, e do Programa Academia da Saúde, que tem este departamento como apoiador no processo de implantação.

Para além da condução destes projetos, cabe destacar o processo de valorização das ações de promoção da saúde no âmbito da ESF. O documento da PNPS reconhece a atenção básica como o espaço preferencial para a organização das ações desta natureza e identifica como estratégias de implementação da promoção da saúde no âmbito da atenção primária, ações de cuidado com o corpo e a saúde, priorizando-se a educação para alimentação saudável, incentivo à prática de atividade física e controle do tabagismo (BRASIL, 2006). Entretanto, a Política Nacional de Atenção Básica, revisado em 2011 através da Portaria 2488/GM, pouco aborda a promoção da saúde, restringindo-a como responsabilidade dos agentes comunitários de saúde e aos profissionais de odontologia, limitadas, neste caso, à promoção da saúde bucal (BRASIL, 2011). Além disso, os documentos técnicos produzidos pelo Ministério da Saúde na atenção básica expressam de forma limitada as estratégias de inclusão de ações de promoção da saúde neste espaço de ação. Dentre os Cadernos de Atenção Básica, a mais importante série de publicações deste nível de atenção no âmbito federal, os temas priorizam a educação profissional direcionada a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis, saúde do idoso e da criança, direcionada aos hábitos de vida individuais. Como exceção, identifica-se apenas o documento direcionado à *Saúde na Escola* (2009) que detalha as estratégias de operacionalização do PSE e o documento *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa* (2006) que traz a discussão sobre a promoção de hábitos saudáveis, valorizando a intervenção comunitária.

Um dos entrevistados reconhece limites no processo de implantação de algumas estratégias de promoção da saúde incentivadas pelo governo federal, assim como questiona a ação deste âmbito governamental quanto aos mecanismos de apoio às ações de promoção da saúde. O ator chama a atenção que os mecanismos de incorporação de algumas ações incentivadas pelo Ministério da Saúde eram ‘verticalizados’, sem a integração dos participantes nos processos decisórios e sem um monitoramento apropriado pela instância incentivadora.

“Eu acho que quando a gente pensa numa política de promoção da saúde mais efetiva, que pense a construção intersetorial de políticas públicas voltadas para o território para atingir aqueles que são aspectos determinantes do processo saúde x doença, de fato o ministério da saúde não tem algo efetivo nesse sentido, sendo pensado para ajudar os estados e municípios a atuarem nesse área, ate mesmo se organizar a atuarem nesse sentido, atuarem de forma mais integrada nessas. E mesmo essas políticas que são colocadas, que são ditas prioritárias pelo Ministério, na verdade a gente observa que não estão tão prioritárias assim, porque não é agenda principal de debate, por mais que se lance. Você tem o exemplo do PSE, mas é

tudo...se a gente for olhar bem, o próprio histórico aponta que é tudo muito corrido, tudo em cima da hora. O PSE mesmo, os processos de adesão, os processo de definição da forma como as prioridades daquele ano, não são discutidas nos estados, nos municípios, é um processo muito verticalizado (...) Apesar de existir um financiamento, mas não merece a força de um agente institucional de debate de fato com o município, é difícil você ver uma agenda com muitos secretários municipais de saúde para discutir PSE exatamente. Quando vem, vem alguns técnicos, mas os secretários mesmo nos municípios não vem fazer esse debate. O próprio Ministério da Saúde quando tem alguma agenda de alguma liderança, algum diretor do Ministério não é pra fazer esse debate. Acho que isso revela também a não priorização desse tema.” (E6)

“Acho que a Academia da Saúde ate mais ainda do que o PSE. (...) Não teve ate hoje, não vejo nenhuma discussão sobre a solução a ser dada para essas obras que estão paradas, a construção das novas academias. Não há também um movimento de monitoramento forte dessa política por parte do ministério e como eu falei, é importante fazer... Claro que os estados têm autonomia e devem fazer e acho que no estado da Bahia se fez muita coisa apesar do...mas eu acho que a gente tem que lembrar de como hoje é feita a política pública no Brasil da saúde, a gente é muito dependente ainda do que o Ministério aponta como prioridade e financia” (E6)

Verifica-se, portanto que, apesar do PNS 2008-2011 apresentar linhas de propostas estruturantes que valorizassem a articulação intersetorial para enfrentamento de determinantes sociais da saúde, os avanços identificados na política nacional concentram-se basicamente entorno dos eixos prioritários da PNPS, com o desenvolvimento de projetos direcionados à melhoria dos hábitos de vida individuais. No PNS 2012-2015, conforme detalhado anteriormente, o tema da promoção da saúde aparece associado às ações de vigilância à saúde, com foco na redução dos riscos e agravos à saúde, centrando-se nos eixos prioritários da PNPS definidos para os dois primeiros anos após a sua publicação. Destaca-se, neste processo, a forte influência de organizações internacionais, em particular da OPAS e OMS, com aporte de incentivo financeiro de agências internacionais, que apresentam propósitos direcionados especialmente ao enfrentamento das DANTS.

Cabe destacar que os estudos que analisam os ‘avanços’ na execução dos programas prioritários, apresentam limites metodológicos, pois não analisam o processo de implantação dos mesmos, de forma que não expressam as deficiências na organização desses programas.

5.2.2. Contexto estadual

O período de 2007 a 2014 caracterizou-se por uma mudança de governo na política baiana. O grupo que assumiu a gestão foi representado pelo governador Jacques Wagner, que permaneceu no cargo por dois mandatos. O governador representava uma das principais lideranças do Partido dos Trabalhadores (PT), que se encontrava à frente do Governo federal desde 2003 e mantinha metade dos dez maiores colégios eleitorais nos municípios do estado da Bahia (DANTAS NETO, 2008). A mudança, além de caracterizar uma nova gestão, representava a ascensão de um grupo político de oposição ao *carlismo*¹⁰.

Dantas Neto (2008), ao analisar a conjugação das forças que deram sustentação ao resultado da eleição de 2006 para o Governo da Bahia, aponta três ordens de fatores: (1) uma aliança política que conectou o PT à quase totalidade da então oposição baiana; (2) a influência do fator nacional, através do apoio do então presidente Lula (na época, candidato à reeleição), da valorização dos programas sociais no discurso eleitoral e a perda de posições de representantes do *carlismo* no governo federal e; (3) o desgaste do grupo que se mantinha há 16 anos no poder no âmbito do estado, em um contexto de competição democrática no país.

O projeto de mudança da nova gestão governamental trazia como ponto prioritário a participação ampla da sociedade na definição das prioridades de ação e apresentava o *PPA participativo* como estratégia para a concretização deste processo. A estratégia, coordenada e conduzida pela SEPLAN, foi caracterizada pelo governo como um processo de planejamento com a escuta ativa dos diversos setores da sociedade, através do levantamento de problemas, necessidades e sugestões em plenárias territoriais como subsídio para a elaboração do Plano Plurianual (PPA), que representa o instrumento formal de planejamento quadrienal da gestão federal (BAHIA, 2008). O primeiro PPA participativo foi desencadeado a partir de 2007 e se manteve como estratégia de trabalho para apoio a elaboração dos PPA subsequentes.

Pomponet (2012), ao analisar os avanços e os obstáculos verificados na implementação do *PPA participativo* na Bahia, no período 2008-2011, identifica como aspectos positivos a

¹⁰De acordo com Dantas Neto (2008), “o carlismo pode ser visto sob três ângulos: como poder pessoal de Antônio Carlos Magalhães, como o grupo político que ele comandou por muito tempo e como a política expressiva da versão baiana da modernização conservadora brasileira”. Aqui, seguimos a terceira representação do termo, adotada pelo autor, que caracteriza “um mix de modernização econômica e conservadorismo político”. De acordo com o autor, a modernização econômica refere-se a “associar-se, a cada momento, aos movimentos de ponta do capitalismo brasileiro” no sentido de lograr investimentos para a modernização do Estado. Já o conservadorismo político, se refere a uma “concepção vertical da política”, isto é, valorização unilateral da autoridade da elite governante, sem a participação de outros agentes no processo de decisão.

elevação da transparência nas ações governamentais e o fortalecimento do controle social, com a criação de canais institucionais que permitiam à sociedade acompanhar mais de perto as realizações governamentais. Como principais obstáculos para a concretização da proposta, evidencia: a baixa territorialização das ações do governo, a inexistência de regionalização uniforme nas diversas secretarias e as dificuldades de compatibilização entre o Plano Plurianual e a Lei Orçamentária Anual.

Apesar dos obstáculos citados, a evolução dos métodos de planejamento das políticas no âmbito do governo estadual era evidente, conforme aponta Pomponet (2012):

“A evolução do planejamento no âmbito do Plano Plurianual na Bahia, a partir da Constituição de 1988, pode ser dividida em dois períodos claramente distintos: aquele que envolveu processos de escuta social e aquele que não houve nenhuma espécie de consulta. Em três planos plurianuais (1992-1995, 1996-1999, 2000-2003) não houve nenhuma consulta à sociedade e prevaleceu um forte caráter economicista, num período marcado por turbulências econômicas e ajustes liberais. No quadriênio 2004-2007 foram realizadas audiências públicas e houve um tímido processo de escuta que envolveu os cidadãos de forma isolada e pontual. A partir de 2007 houve maior aproximação com os movimentos sociais e a escuta se tornou mais ampla” (p.57).

A partir de 2007, a secretaria de saúde além de apoiar a elaboração do PPA, através da Assessoria de Planejamento do Gabinete do Secretário (ASPLAN) e do Fundo Estadual de Saúde da Bahia (FESBA) (este último no que se refere ao componente orçamentário), desenvolveu um amplo processo de planejamento próprio, que se apresentava em oposição à condução das práticas de gestões anteriores (JESUS, 2012). De acordo com o autor, o processo de planejamento apresentou indícios de maior participação da sociedade civil e do nível técnico operacional da SESAB no levantamento e priorização das demandas que deram base à elaboração do PES 2008-2011. O processo teve respaldo do governo federal, através do Sistema de Planejamento do SUS (*Planeja SUS*) e foi reconhecido como um processo que favoreceu a maior coesão interna entre a equipe dirigente e o quadro técnico da SESAB. A construção do PES 2008-2011 foi alicerçada no enfoque estratégico, considerando a realização de etapas, caracterizadas como momentos de explicação, normalização, formulação

e seleção de estratégias para abordagem dos problemas, demandas e oportunidades¹¹ (BAHIA, 2009).

Jesus (2012) aponta como aspectos facilitadores desse processo a disponibilidade de recursos financeiros e técnicos, considerando a existência de mecanismos jurídico-legais que respaldavam a institucionalização do planejamento sob o ordenamento do Ministério da Saúde, assim como o estabelecimento de parcerias com a OPAS e com universidades que ofereceram suporte técnico.

De uma forma geral, os informantes desta pesquisa avaliam de forma muito positiva a experiência de construção do PES 2008-2011, reconhecendo como um processo inovador, com ampla participação de atores internos da SES e com importante ação organizadora dos projetos da nova gestão estadual no setor.

“Nas gestões passadas eu não tive, pra mim foi uma experiência nova. Até mesmo porque você estuda os instrumentos, mas naquele momento (referindo-se ao processo de elaboração do PES 2008-2011) estava sendo discutido como a gente construir, de que forma a gente pensar efetivamente, que proposta é essa, quais são as metas que a gente vai tá buscando pra alcançar, os indicadores. Então foi um processo de construção mesmo. Eu acho que foi bastante interessante”. (E8)

“Foi muito interessante, isso assim, foi um dos momentos que eu não consigo esquecer (...) normalmente a gente tem a gestão como o pico da pirâmide, né?! É quem está no comando da coisa. Ele vem e diz assim, ‘eu tô pensando em fazer isso’. Então, foi assim um momento muito interessante! Ele não só chama o Conselho, como também outros atores da Secretaria. E a gente vai discutir, e ele abre pra discussão, pra que a gente pudesse fazer considerações sobre o que a gente estava vendo, não como algo já pronto, mas algo que começava a construir, era como se fosse um ponta pé, pra gente agora, várias mãos, vários saberes... a gente construir exatamente, o que é que a gente quer pra Bahia pra 2008 à 2011. Então, esse foi o primeiro momento que a gente teve. E, a partir dali, a gente tinha reuniões,

¹¹ a) **Momento I:** Elaboração de um diagnóstico do período de transição de governo e “linhas de ação” prioritárias da gestão 2007-2010 para a área de saúde; b) **Momento II:** Construção do Plano Plurianual (PPA 2008-2011), realizada de forma participativa e integrada ao Plano Estadual de Saúde. **Momento III:** Explicitação da situação encontrada na sociedade civil por meio das conferências de saúde municipais e estadual; d) **Momento IV:** Desenvolvimento de Seminários de Prioridades de Pesquisa para o SUS (PP-SUS) promovido pela SESAB em 2008, envolvendo pesquisadores das universidades baianas; e) **Momento V:** Realização das Oficinas Integradas de priorização dos problemas do estado de saúde da população e do sistema de serviços de saúde, organizadas por macrorregião de saúde com a presença de gestores, técnicos e conselheiros de saúde do nível estadual, regional e municipal; f) **Momento VI:** Realização da Oficina de Autoavaliação das Funções Essenciais de Saúde Pública (FESP) – movimento articulado com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/Brasil) e Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) na qual se avaliou, discutiu e priorizou os principais “indicadores-problema” da gestão do SUS no Estado.; g) **Momento VII:** Redefinição dos “compromissos” da Agenda de Governo com base na priorização dos problemas por macrorregião de saúde e no desempenho do Sistema Estadual de Saúde nas FESP.” (BAHIA, 2009)

que eram reuniões sistemáticas, onde, a cada momento que a gente fazia considerações, aquilo retornava, era elaborado, voltava pra ver se era exatamente aquilo que estava se pensando, o que é que podia ser mudado.” (E12).

A valorização da participação social através do fortalecimento do Conselho Estadual de Saúde (CES) também foi destacada por um dos entrevistados, ao expressar o processo de reestruturação do CES na primeira gestão do governo Wagner. Salientou-se o investimento na organização dos instrumentos que dão base a atuação da instância, processo que foi legitimado pelo gestor da saúde. De acordo com um dos entrevistados, o apoio da gestão caracterizou-se como ponto de sustentação da ação.

É preciso que isso seja ressaltado nesse trabalho, né?! Que o processo democrático, a intenção da gestão de querer ver aquele espaço ali, um espaço que estivesse dentro dos princípios do sistema, dentro da legislação do sistema, eu acho que permitiu que a gente pudesse trabalhar com essa liberdade (E12).

O potencial do projeto política para o setor saúde é reconhecido por Dantas Neto (2008) ao analisar os direcionamentos do novo governo. O autor destaca a introdução de conceitos, objetivos e diretrizes diversos daqueles praticados pelos governos anteriores no setor. Entretanto, suscita aspectos necessários para garantir a sustentabilidade do projeto, especialmente no que se refere ao respaldo do governo estadual e federal.

“Se a nova política que envolve iniciativas de concursos e desconcentração regional do atendimento médico-hospitalar prevalecerá ou se desfigurará, é cedo pra dizer, pois a formulação técnica, por si só, não garante o êxito e requer compatível estratégia política e hábeis procedimentos, cuja presença tem sido, no mínimo, duvidosa. Mas salta aos olhos que o novo conceito existe, está formulado de modo consistente, conforme tradição de um longo movimento de saúde, tem cobertura política do governo como um todo – que a inclui entre suas prioridades assumidas – respaldo partidário, capilaridade nos meios médico e acadêmico e recursos financeiros garantidos institucionalmente por repasses federais com gestão local, pelo mecanismo do SUS” (Dantas Neto, 2008).

Conforme demonstrado anteriormente, a agenda de promoção da saúde apresentada no PES 2008-2011 não teve o respaldo dos problemas e demandas da sociedade civil, mas também não teve a oposição desta. O projeto era bem-visto no meio acadêmico e foi aprovado pelo CES, mas a sua efetivação em muito dependia do respaldo do governo estadual no que se refere à capilaridade nos diversos setores de governo e ao financiamento das ações. Destacamos que, a diversidade de interesses partidários nesses setores foi um aspecto sugestivo de dificuldade na articulação entre os mesmos.

Além disso, internamente à SESAB, como demonstrado no próprio PES 2008-2011, eram reconhecidos importantes problemas relativos à gestão do sistema de saúde, tais quais: existência de profissionais com vínculos trabalhistas precários, insuficiência no processo de capacitação técnica, assim como fragilidade organizacional e operativa das diretorias regionais. No documento também eram apontados problemas relacionados ao financiamento, com insuficiência do teto financeiro e concentração deste na rede de alta complexidade da capital do estado e problemas na infraestrutura do sistema de saúde, com baixa capacidade instalada dos serviços de média, alta complexidade e serviços de urgência e emergência, com déficit de leitos de UTI e pessoal. Ou seja, a secretaria de saúde abarcava importantes problemas organizacionais em paralelo aos problemas de saúde.

Os compromissos da agenda de promoção da saúde apresentada no PES 2008-2011 não expressava uma correspondência direta com os compromissos do PPA do período correspondente. O PPA 2008-2011 apresentava, como programa setorial da saúde, a proposta de integração e operação das práticas de vigilância da saúde. Entretanto, as ações concernentes a esse programa eram direcionadas para as áreas de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, saúde do trabalhador, operação dos sistemas de informação, diagnóstico laboratorial e imunização. No que se refere à promoção da saúde, havia apenas a ação de “constituição e funcionamento do Comitê Gestor de Promoção da Saúde” e o “incentivo às ações de promoção da saúde nas escolas públicas”.

No PPA, a SESAB também foi apontada como corresponsável por alguns projetos, que se referem à destinação de resíduos sólidos, esgotamento sanitário, drenagem e manejo de águas pluviais, em parceria com a Secretaria de Desenvolvimento Urbano (SEDUR) e a Secretaria de Manejo dos Recursos Hídricos (SEMARH), além do projeto de ampliação do acesso à água de qualidade, em parceria com a Empresa Baiana de Saneamento (EMBASA). Entretanto, algumas ações de promoção da saúde do PES 2008-2011 não apresentavam respaldo do PPA, a exemplo do “Desenvolvimento de políticas de mobilização social e educação ambiental para a promoção da saúde” e “desenvolvimento de projetos científicos de apoio à Promoção da saúde”.

O processo de construção do PES 2012-2015 ocorreu entre o final de 2010 e início de 2012. Pouco antes disto, a Secretaria de Planejamento do Estado da Bahia (SEPLAN) realizou diversas sessões de debate com a temática “PENSAR A BAHIA – construindo o nosso futuro”, em que foram envolvidos governo, sociedade, empresários e especialistas, a fim de

construir um plano de desenvolvimento para o estado em um horizonte temporal de 13 anos, ou seja, até o ano de 2023, quando o estado completará dois séculos de independência (BAHIA, 2012). Este processo culminou com a realização de oficinas para a construção do “Plano Bahia 2023”, que apresentavam os seguintes propósitos:

“fortalecer a administração pública estadual, estabelecer os fundamentos para a promoção do desenvolvimento sustentável e equilibrado, definir a direcionalidade estratégica para as áreas de atuação, integrar iniciativas entre os vários setores sociais em torno de um projeto para a Bahia e construir estudos e indicações estratégicas para os eixos logísticos de transporte” (BAHIA, 2012: p.19-20).

As oficinas contaram com a participação de técnicos e gestores da SESAB e foram identificadas como um dos alicerces de sustentação para a elaboração do PES 2012-2015, especialmente no que se referia à concepção de saúde adotada no projeto setorial. Apesar do reconhecimento da importância deste movimento, expressado nas entrevistas, o Plano Bahia 2023 não se concretizou.

“Teve todo um movimento, construção da agenda 2023, porque o Brasil construiu a Agenda Brasil 2022. Você sabe como é bem orgânica a lógica da construção das coisas. Como o nível federal estava nesse movimento, o estado também foi nesse movimento. Só que parou. No entanto em alguns momentos a gente fica ‘gente, cadê a AGE mesmo?’ Porque a AGE continuava viva naqueles grupos que trabalhava com planejamento e pra orientar a gente. Sempre que a gente começava alguma coisa a gente pegava os instrumentos: AGE, PPA...”(E4)

O PES 2012-2015 apresentava uma correspondência direta com o texto do PPA. Destaca-se que o programa setorial da saúde no PPA foi denominado *Bahia Saudável*, sendo que sua ementa previa “construir uma sociedade saudável, ampliando o conceito de saúde de modo que contemple outros aspectos além da prevenção, assistência e recuperação de enfermos”. A denominação conferida ao programa fazia referência ao projeto apresentado nas oficinas da AGE 2023 e às oficinas de trabalho para ordenamento propositivo da Política Estadual de Promoção da Saúde que ocorreram ao final de 2010, conforme evidencia as entrevistas.

Destaca-se que, os compromissos transversais do PPA 2012-2015 que caracterizavam ações de promoção da saúde em âmbito externo ao setor saúde não faziam qualquer referência à participação da SESAB como corresponsável. Ou seja, o princípio da intersetorialidade não foi expresso no Plano, apesar da mobilização de representantes da instituição para articular ações de promoção da saúde junto a outras secretarias no processo de constituição do Plano.

Salienta-se, ainda, que o Programa de Governo 2011-2014 para a reeleição do governador Jacques Wagner não fazia referência a ações de promoção da saúde, diferentemente do anterior.

Em síntese, a trajetória apresentada aponta a confluência entre a mudança de governo (com ênfase na ruptura com o carlismo) e a valorização de novas concepções e métodos de planejamento, com aparente mobilização pela participação social na nova gestão, coerente com os princípios defendidos pelo partido político do governo em exercício. Os processos de planejamento e de valorização da participação social da Secretaria de Saúde do Estado apresentavam-se em aparente sintonia com os as proposições mais gerais do governo estadual e federal.

Constatamos pouca confluência entre o PES e o PPA 2008-2011 no que tange às propostas setoriais e às demandas do projeto de promoção da saúde para outras secretarias. Destaca-se que, não houve qualquer movimento, nem da SES nem do macro governo, em prol da integração das agendas, conforme evidenciam as entrevistas, processo essencial para um projeto que se intitulava intersetorial.

5.3. OS ATORES DO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA AGENDA

Neste tópico, mapeamos os atores governamentais e não governamentais envolvidos no processo de constituição da agenda política de promoção da saúde. Conforme o referencial teórico proposto, identificamos a posição dos participantes ativos nesse processo, os recursos de poder que os mesmos portavam, considerando a formação acadêmica, a trajetória profissional e política dos entrevistados, assim como analisamos as relações de poder que os mesmos estabeleceram no jogo político.

De forma sintética, evidenciamos que, dentre os entrevistados, dez eram atores governamentais e dois não governamentais, sendo que no conjunto, nove foram reconhecidos como favoráveis à valorização do tema na agenda e três tiveram posição neutra. Quanto aos recursos de poder, conforme critérios identificados na metodologia, reconhecemos a predominância dos recursos de poder técnico, em detrimento dos recursos de poder administrativo e político, conforme detalhado a seguir.

Os principais participantes ativos do processo de construção da agenda foram os atores governamentais da secretaria de saúde, especialmente atores do alto escalão, com participação direta do secretário de saúde, da equipe de assessoria de planejamento (ASPLAN) e da superintendente da Superintendência de Vigilância à Saúde (SUVISA).

O secretário de saúde, que atuou nesse cargo durante praticamente todo o período analisado, estava vinculado ao mesmo partido do governador. O gestor é médico sanitарista e apresenta experiência administrativa como secretário na gestão municipal. Também atuou na gestão federal, onde foi consultor técnico no Ministério da Saúde, assim como tem inserção no meio acadêmico, onde atuou como professor na área de saúde pública e diretor de departamento universitário da UFBA. Desta forma, verificamos que o gestor incorporava amplos recursos de poder técnico, administrativo e político, o que remete ao reconhecimento de uma posição de liderança exercida pelo gestor, evidenciada na fala de diversos entrevistados, tanto internamente, quanto no âmbito externo a SESAB.

Identificamos o expressivo apoio no meio acadêmico e nos espaços de representação da sociedade civil e de representação institucional, incluindo o CES, que contou com o apoio direto do gestor no seu processo de reestruturação. Além disso, o perfil do gestor na condução

política das decisões é caracterizado pelos atores como flexível, com “escuta aberta” aos atores governamentais e não governamentais, sendo que, para além do colegiado de gestão, o acesso a ele e aos assessores do seu gabinete foi identificado como “horizontalizado” e “direto”. Destaca-se, ainda, o seu perfil inovador, considerando o incentivo a novos projetos, conforme exposto abaixo.

“Na gestão de Solla a forma de trabalhar era uma forma de trabalho mais horizontalizada. Então o acesso ao secretário, ao subsecretário, ao chefe de gabinete, era muito tranquilo. Nesse sentido, o meu diálogo era direto, praticamente direto com todos esses outros atores da gestão” (E5)

“Solla era um gestor que tinha um perfil importante de escuta. Ele escutava mesmo as pessoas, inclusive aquelas que talvez você reconhecesse que fossem pessoas com pouca experiência no âmbito da gestão, mas ele escutava. Ele sempre privilegiava a inovação, trazer coisas novas, ideias novas, ele sempre ouvia”. (E5).

A equipe de trabalho, particularmente dos grupos envolvidos com a constituição da agenda de promoção da saúde, também apresentava um perfil acadêmico. Dentre os entrevistados, a grande maioria (10) possuía formação pós-graduada em Saúde Coletiva, muitos com mestrado e doutorado na área, sendo que a metade destes tinha experiência como docente universitário nesta área. Supomos que esse aspecto justifica a capacidade de persuasão deste grupo sobre a equipe técnica da SES e sobre os grupos sociais que se mobilizavam em torno do setor, considerando o respaldo técnico que a imagem acadêmica representa.

Apesar da formação acadêmica expressiva em saúde coletiva, poucos apresentavam expertise com relação à promoção da saúde: apenas dois entrevistados referiram experiência de pesquisa ou participação em projetos de extensão no eixo temático, e apenas três entrevistados haviam participado de eventos científicos direcionados ao tema.

Quanto à participação dos superintendentes, apenas os gestores da SUVISA se envolveram diretamente no processo de construção da agenda. Diversos entrevistados identificaram a superintendente da SUVISA, que atuou no primeiro período de gestão, como uma das principais responsáveis pela mobilização do tema na agenda. Destaca-se que, tanto os gestores e técnicos da SUVISA referem participação em fóruns nacionais de discussão do tema, o que pode ter influenciado o posicionamento deste grupo no sentido de priorizar o tema.

Além da SUVISA, evidenciamos a participação ativa da ASPLAN na constituição da agenda de promoção da saúde, cuja equipe era responsável por coordenar todo o processo de

construção dos PES. Nesse processo destaca-se a atuação do chefe da assessoria, que também apresentava inserção acadêmica no campo da Saúde Coletiva e apoiava a discussão mobilizada pela SUVISA sobre a constituição de uma agenda de promoção da saúde que priorizasse os determinantes sociais.

No que se refere ao terceiro escalão da SES, representado pelos diretores, evidenciamos a participação indireta dos gestores da Diretoria de Atenção Básica (DAB), da Diretoria de Gestão do Cuidado (DGC) e da Diretoria de Gestão da Educação do Trabalho em Saúde (DGETS) nas proposições interventivas. Não foi identificada a participação direta de diretores da SUVISA. Nesse espaço a definição das prioridades foi apoiada mais diretamente pela equipe de assessoria, ligada diretamente à superintendente.

O envolvimento da DGETS neste processo foi focado nas ações relacionadas à participação e controle social, aspectos que eram objetos de intervenção da própria diretoria. A DAB e DGC não foram evidenciados como atores importantes no primeiro momento de constituição das proposições de promoção da saúde no PES 2008-2011. A DAB apareceu como colaborador do processo à medida que foram sendo discutidas as ações de reorganização da rede de atenção à saúde e vigilância nutricional, responsabilidades próprias da diretoria, enquanto a DGC defendia a atenção à saúde de grupos prioritários e excluídos.

Quanto aos atores não governamentais, o Conselho Estadual de Saúde (CES) acompanhou o processo de elaboração do PES 2008-2011 através da atuação mais direta da Comissão de Planejamento, Orçamento e Finanças¹². Essa comissão agregava representantes de todos os seguimentos do CES (usuários, trabalhadores e gestão). O representante do CES entrevistado fez parte desta comissão e reconheceu o processo de construção do PES como democrático e participativo. O mesmo ressaltou que o tema promoção da saúde não era pautado pelos membros do CES, sendo que, a instância apresentava como pauta de defesa no PES a ampliação da rede de atenção básica e priorização da mesma como ordenadora da rede de atenção à saúde, tendo como foco a assistência à saúde. Esta observação permitiu-nos reconhecer a posição de neutralidade do CES na constituição da agenda de promoção da saúde.

¹² O CES apresentava comissões temáticas direcionadas a avaliar práticas da SESAB, de forma a favorecer a atuação da instância. Estas comissões remetiam ao conjunto dos membros do CES a apreciação de documentos e processos que eram produzidos ou analisados por cada área temática.

Outro ator não governamental que teve participação favorável no processo de construção da agenda foi o Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. Um dos docentes da instituição atuou como consultor orientando o processo de construção do PES 2008-2011 com o apoio de discentes da instituição. Além disso, ao final de 2010, a instituição apoiou a condução de uma oficina de trabalho para a definição das prioridades na constituição de uma política estadual de promoção da saúde.

Percebemos que, a maior parte dos atores entrevistados expressava uma concepção ampliada de promoção da saúde, tendo como elementos de defesa a atenção aos determinantes sociais da saúde, o *empowerment* social, a participação comunitária e a integração intersetorial como princípios ordenadores do espaço em questão. Entretanto, evidenciamos contradições no discurso, pois, frequentemente, estes mesmos entrevistados exemplificam como estratégias prioritárias ações de caráter preventivo.

“Quando você pensa promoção da saúde num conceito mais ampliado, onde você envolve a questão das políticas públicas saudáveis, onde envolve a questão da participação da comunidade, do desenvolvimento de capital social, de fomento, de fortalecimento de capital social, de coesão social, onde você pensa no desenvolvimento de habilidade pessoais, comunitárias, isso são ações que extrapolam o elenco, vamos dizer assim, de ações que o setor saúde pode ofertar” (E10)

“E o nosso entendimento, tanto na questão da elaboração do plano, quanto do PPA era que a promoção da saúde ela precisa ser vista como uma ação transversal e no meu ponto de vista extrapola o setor saúde. (...) Em vários momentos a confusão ficava generalizada, mas como é que vai fazer? A promoção de saúde se faz dentro da UTI. Se houver interesse e percepção do que é preciso fazer, pode se fazer em qualquer nível hierárquico, em qualquer nível de atenção.” (E3).

“As ações de promoção, em relação a educar as pessoas, a orientar, mostrar quais os benefícios que poderiam trazer a elas com a cessação do fumo e outros programas que a gente também tem a questão da dengue, por exemplo, que é um desafio e que tem muito a ver com questão da promoção, com o cuidado com o meio ambiente, com o meu domicílio, meu local de trabalho, o local onde eu vivo (...)” (E2)

Há ainda, atores que defendem a promoção da saúde como um “valor transversal” a todas as ações de saúde, sem tornar claro o que é próprio da promoção da saúde. Ou seja, a promoção da saúde representa uma imagem de ruptura com o modelo de atenção à saúde médico curativista que, no caso em questão, representa a imagem de oposição às ações de saúde do

governo anterior. Esse entendimento expõe uma dificuldade de transpor a imagem em ações, remetendo a falta de objetividade nas ações inerentes ao tema.

“Na discussão do plano foi importante que as áreas todas começaram a entender que a promoção da saúde deveria ser um valor que deveria transversalizar todas as ações de saúde que estariam em outros componentes do plano, na regulação, na assistência, na educação da saúde, e na gestão do trabalho.” (E5)

“Eu acho que essa foi uma ideia trazida mais no processo de esquematização do plano. (...) Trouxe a importância da promoção a saúde como um valor no plano estadual de saúde, que seria coerente com o perfil do gestor e coerente também com o que a secretaria buscava. Que era, por exemplo, fazer uma ruptura com o modelo da gestão anterior, que não privilegiava a saúde enquanto política pública de Estado, assegurando o direito do SUS, fazer uma ruptura disso para fazer com que essas questões ficassem mais fortes na gestão.” (E5)

Verifica-se ainda que, alguns sujeitos reconhecem a rede de atenção básica como locus privilegiado para as ações de promoção da saúde. Entretanto, no discurso de um dos entrevistados, às unidades de saúde, particularmente as unidades de saúde da família, são percebidas como unidades promotoras de saúde, como se toda e qualquer ação deste espaço de ação representassem ações de promoção da saúde. Esta visão é apoiada pelos membros do Conselho Estadual de Saúde que, conforme exposto, reconhecem o espaço da atenção básica como o mais representativo das ações da gestão municipal da saúde.

“Porque uma das ações da promoção da saúde é as Unidades de Saúde da Família. Se a gente pensa em prevenção e promoção da saúde, a gente não pode esquecer esse elemento. E, quem é o responsável pela atenção primária dos seus municípios é o município. Então, é ali que na verdade, está colocada toda demanda do município.” (E12)

No âmbito da SESAB a atenção primária também é reconhecida como locus privilegiado, entretanto justifica-se tal prioridade por reconhecer que a Estratégia de Saúde da Família corresponde a territórios de ação delimitados, onde as pessoas vivem e os determinantes de saúde acontecem. Ou seja, onde as potencialidades de ação podem ser melhor reconhecidas e ordenadas.

“Então pra dentro da diretoria de atenção básica o processo de construção que a gente fazia muito era pensar de fato a pauta da promoção da saúde como uma pauta transversal dentro da atenção básica, onde a atenção básica tinha um locus estratégico por estar presente no território onde as pessoas vivem, em termos de

lazer, onde as pessoas adoecem. Então todos os determinantes da saúde acontecem no território. E então, a gente fazia a discussão da importância da atenção básica de forma estratégica como um marco da garantia da promoção da saúde dentro do plano.” (E6)

Reconhecemos que a concepção adotada pelos atores sobre a promoção da saúde representa um primeiro passo para a constituição de um projeto político. Para tanto, concebemos que, o processo de reconhecimento e especialmente de incorporação de uma concepção só se concretiza com a associação entre a reflexão teórica e prática sobre o tema, reconhecendo as potencialidades e as dificuldades associadas à execução, conforme reflete um dos entrevistados.

A gente tem que entender que a concepção de promoção, que só se fortaleceu na minha trajetória, foi essa, de integração de políticas públicas, de qualidade de vida, e não a gente ficar prescrevendo as pessoas... a gente tem que mudar o hábito disso... Então assim, essa concepção de promoção só foi fortalecendo em mim com a minha lida com os problemas de saúde. (E1)

No que se refere aos recursos de poder administrativo, identificou-se que a maioria dos entrevistados (nove) não possuía experiência ou apresentava uma experiência limitada em cargos de gestão até o ano anterior de elaboração do primeiro PES. Quando possuíam experiência, esta se referia à gestão no âmbito municipal.

A participação dos superintendentes da SESAB na constituição da agenda, conforme identificado anteriormente, era centrada basicamente na superintendência que agrega o menor volume de recursos financeiros no plano orçamentário da SESAB, a SUVISA, o que sugere limitação do recurso de poder administrativo para a implantação das ações propostas.

O envolvimento de profissionais de outros órgãos do governo também ocorreu de forma limitada. Apenas um dos entrevistados apontou o apoio da Chefe de Gabinete da Casa Civil do Governador no primeiro período de gestão analisado, no sentido de favorecer a articulação intersetorial para responder a problemas de saúde que apresentavam múltiplos determinantes. Esta gestora atuou junto ao governo do estado da Bahia no período de 2007 a 2011, e tinha formação acadêmica como sanitarista.

“Então a gente fazia também essa articulação externa, mandava a demanda para o secretário e também tinha essa facilidade dessa interlocução com as outras secretarias e tinha uma ajuda importante na época, da chefe da casa civil do gabinete do governador, que era uma sanitarista. Então assim, foi muito importante pra gente,

porque nós articulamos os comitês setoriais muito por apoio dela, ela articulava secretários e convidava e chamava a gente. Ela era sempre muito sensível a essas questões da saúde nesse aspecto e compreendia. O diálogo era muito fácil com ela, nessa compreensão da determinação social, da necessidade de articulação de políticas públicas. Ela chamava mesmo os secretários, dizia, vamos articular aqui, a gente está com esse problema, não é só da saúde, cada um vai ter que dizer o que precisa fazer.” (E1)

Ao final de 2011, a gestora deixou o cargo e afastou-se do âmbito estadual. De acordo com alguns entrevistados, o gestor que a substituiu não reconhecia como prioridade o tema da promoção da saúde, apresentando um posicionamento desfavorável em relação à articulação intersetorial na constituição da agenda no segundo período de governo.

Na apreciação dos recursos de poder político dos entrevistados, verificou-se que menos da metade destes (cinco) possuía vínculo político partidário, sendo que apenas um dos entrevistados apresentava posição de destaque na hierarquia do partido. Destaca-se que nem mesmo os superintendentes da SUVISA (únicos atores do 2º escalão a participarem diretamente do processo de constituição da agenda de promoção da saúde) tinham inserção político partidária. Os entrevistados apontaram que a trajetória político partidária não se constituiu como um critério importante para a ocupação dos cargos de gestão na SESAB, e sim o nível de formação técnica, o que, de fato, corroborou com os resultados observados neste estudo, uma vez que os recursos de poder técnico foram os mais significativos entre os entrevistados.

Diferentemente da atuação político partidária, a atuação junto a movimentos sociais foi mais expressiva entre os entrevistados, sendo que, mais da metade destes (oito) referiu ter atuado junto a este tipo de movimento. Apesar disto, observou-se uma diferença de atuação entre os atores que apresentavam vinculação partidária e aqueles que não a possuíam, sendo que o primeiro grupo expressava um histórico de participação em movimentos sociais que se iniciava no processo de formação universitária (em diretórios acadêmicos) e se mantinha ao longo da atuação profissional, junto a sindicatos e associações de representação profissional. Uma vez inseridos no espaço da gestão pública, observamos que esses atores passaram a atuar em espaços de representação institucional, a exemplo do Conselho Estadual de Saúde (CES), e deixaram a militância nos movimentos sociais. Já os atores que não tinham vinculação partidária apresentavam um histórico de atuação em movimentos sociais que se encontram mais à margem dos espaços de poder da gestão pública, tais quais, grupos de portadores de

patologias, associações comunitárias e associações ligadas ao espaço universitário, o que supõe menor poder de influência nas definições políticas.

Ao analisar a rede de relações dos entrevistados, verificou-se que metade (seis) dos entrevistados apresentava trânsito interno na SES satisfatório, ou seja, participavam do colegiado gestor da instituição ou apresentavam interlocução direta com o secretário de saúde e com superintendentes. Diferentemente, o trânsito externo dos entrevistados, ou seja, a interlocução com gestores do alto escalão de outros setores era limitada. Apenas o secretário de saúde e os assessores de planejamento apresentavam interlocução mais regular com outros setores do governo.

A atuação dos assessores de planejamento em âmbito externo à SESAB ocorria no sentido da articulação com a SEPLAN, na produção e acompanhamento dos instrumentos de planejamento governamental (planejamento orçamentário e PPA) e na interlocução com a Casa Civil para produção de informações, de forma a subsidiar a atuação do governador, principalmente no que se referia ao direcionamento e divulgação dos programas e ações desenvolvidas pela SESAB, ou para o acompanhamento de alguns projetos dos programas prioritários coordenados pela Casa Civil.

O quadro 7 sistematiza a classificação dos recursos de poder dos entrevistados a partir da apreciação dos critérios analisados e no apêndice 3 apresentamos a sumarização da caracterização desses atores.

Quadro 7. Classificação dos entrevistados segundo o âmbito de atuação, recursos de poder e posição de interferência na agenda de promoção da saúde.

Entrevistados	Âmbito de atuação*	Recursos de poder**			Posição em relação à agenda***
		Técnico	Administrativo	Político	
E1	G	+++	+++	++	F
E2	G	+	-	-	F
E3	G	++	+++	+	F
E4	G	++	-	+	F
E5	G	++	+	++	F
E6	G	+	+	+	F
E7	G	+	-	-	F
E8	G	+	+	+	F
E9	G	+++	++	++	F
E10	NG	+++	-	+	N
E11	G	+++	+++	+++	F
E12	NG	-	-	+	N

Classificação: * Governamental (G) e não governamental (NG)

**Baixo ou nulo (-), médio (+), alto (++) e Muito Alto (++++)

*** Favorável (F), neutro (N)

A apreciação dos recursos e das relações de poder dos entrevistados, entendidos enquanto atores do processo de constituição da agenda de promoção da saúde permite-nos a ponderação de possíveis implicações sobre o produto alcançado. A acumulação de recursos de poder técnico pelo conjunto de entrevistados, considerando a *expertise* no campo da saúde coletiva e a articulação com o espaço acadêmico, favoreceu, em tese, uma maior aceitação das proposições de promoção da saúde pelo conjunto de atores responsáveis pela constituição da agenda de decisão da SESAB. Entretanto, a *expertise* limitada na temática da promoção da saúde pode ter influenciado na pouca objetividade das propostas apresentadas e na limitada coerência entre estas e as metas adotadas. Além disso, a falta de objetividade das proposições também pode ter dificultado a *advocacy* do projeto frente aos potenciais parceiros para sua implantação.

A limitação na representação das forças de maior poder administrativo das diversas superintendências da SES aponta para uma baixa capacidade de mobilizar recursos, em especial aqueles de natureza financeira, para constituição do projeto. A isto se associou a baixa acumulação de recursos de poder político, especialmente no que se referia à força de articulação externa ao setor, elemento essencial na defesa desta agenda de governo.

Em síntese, podemos concluir que os participantes ativos deste processo se concentravam no alto escalão da SES e apresentavam importante capacidade técnica e força política interna ao setor, mas com limitações no âmbito externo, de forma que conseguiram expressar o compromisso, mas não conseguiram o respaldo político e administrativo para integrá-lo na agenda externa, conforme exige o tema.

5.4. COERÊNCIA DOS PROPÓSITOS, DA ORGANIZAÇÃO E DOS MÉTODOS PARA O DESENVOLVIMENTO DA AGENDA

Neste tópico caracterizamos os propósitos do governo, a estrutura organizacional da SESAB, setor responsável pela condução do projeto, e os métodos de trabalho utilizados para dar seguimento ao projeto, buscando analisar a coerência entre esses elementos para favorecer o cumprimento da agenda de promoção da saúde.

5.4.1. Propósitos do governo

No primeiro período da gestão (2007-2010), o projeto do Governo Wagner apresentava-se como uma proposta de modificação da situação anterior, caracterizada pelo baixo desempenho das ações sociais do Estado, haja vista a baixa escolaridade da população, a distribuição de renda desigual e os baixos indicadores de saúde, conforme exposto no Plano Plurianual de Governo (BAHIA, 2007). As prioridades apresentadas na campanha eleitoral do ano de 2006 eram estruturadas em torno de dois *eixos*: "desenvolvimento social focando educação e saúde com equidade" e "crescimento econômico com geração de emprego e distribuição de renda" (BAHIA, 2007).

Para tanto, o governo apresentou dentre suas diretrizes, a *territorialidade*, tendo em vista a distribuição das ações de forma regionalizada e a *participação social* nos processos de decisão. Estas diretrizes aparecem como importantes marcas do governo e foram adotadas no processo de construção do PPA 2008-2011 com a proposta do *PPA participativo*, conforme identificado anteriormente. Este processo constituiu-se como importante mecanismo de legitimação da atuação do novo Governo junto aos gestores municipais, aos técnicos da administração pública estadual e junto à sociedade civil organizada.

Conforme aponta um dos entrevistados, a perspectiva de participação social fez parte da imagem política do projeto partidário do governo em questão.

“Porque também não era coerente que um governo de esquerda, que se diz democrático e participativo, que se coloca na linha de estabelecer diálogo com todos os segmentos do estado, não investir na participação e no controle social. É

incoerente com a história do partido, com a história do governo, do governador que estava, que era egresso do movimento sindical, não ter investimento nisso.” (E5)

Desta forma, evidenciamos que o propósito do governo era a legitimação, imprimindo na primeira gestão uma imagem de oposição ao governo deposto. O setor saúde endossava este propósito com o processo de construção do plano setorial de 2008-2011, ao apresentar uma agenda de promoção da saúde inovadora, que priorizava a articulação intersetorial para o estabelecimento de políticas públicas saudáveis, não apenas para a mudança dos hábitos de vida, mas também para a melhoria das condições de vida, valorizando o *empowerment* da sociedade.

Com a reeleição, o segundo mandato (2011-2014) apresentava-se numa perspectiva de organização estratégica das ações, onde os programas deixaram de ser considerados como soluções para os problemas e passaram a focar em temas considerados estratégicos para o crescimento econômico do estado, conforme revela o PPA 2012-2015. No setor saúde, apesar da manutenção de um discurso pela promoção da saúde, que esteve mais integrado ao PPA, inclusive identificando o programa setorial através do slogan *Bahia Saudável*, verificou-se que, na formatação da agenda, as ações postas tinham um caráter organizativo, com responsabilidades fragmentadas apenas no âmbito interno do setor, conforme detalhado anteriormente. Um ponto enfatizado na agenda política desse período foi a proposição de apoio à expansão da rede de atenção básica, destacando a implantação de projetos financiados pelo Ministério da Saúde, a exemplo do Programa Mais Médicos, do Programa Academia da Saúde e do Programa Saúde na Escola. Isto aponta para um maior alinhamento político dos projetos da SESAB com o governo federal.

Desta forma, verificou-se que, no segundo período de gestão buscava-se manter a imagem de um governo participativo e que se preocupava com os problemas sociais, entretanto predominava o propósito de crescimento econômico, priorizando ações mais ordenadas, considerando a capacidade de cada instância institucional.

5.4.2. A estrutura organizativa da SES

A SES já passou por vários reordenamentos estruturais com vistas a atender aos interesses políticos e administrativos dos diversos governos. Em 2007, a instituição passou por um novo

reordenamento que modificou significativamente sua estrutura organizacional (Bahia, 2008b; Bahia 2009b). A estrutura administrativa interna passou a contar com cinco superintendências, a saber: Superintendência de Recursos Humanos da Saúde (SUPERH), Superintendência de Gestão e Regulação da Atenção à Saúde (SUREGS), Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde (SUVISA), Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologias em Saúde (SAFTEC) e a Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SAIS) (BAHIA, 2009b). As duas últimas superintendências citadas representavam uma nova estrutura organizacional na SES.

Com este reordenamento, duas superintendências foram desestruturadas - a Superintendência de Planejamento e Descentralização e a Superintendência de Acompanhamento e Avaliação da Rede Própria. A primeira agregava a Diretoria de Atenção Básica (DAB), a Diretoria de Informação em Saúde (DIS), a Diretoria de Planejamento e Avaliação e a Diretoria de Apoio à Organização e Gestão dos Sistemas Municipais de Saúde. Com a reestruturação, a DIS foi remanejada para a SUVISA, a DAB foi assumida pela nova superintendência, a SAIS e a Diretoria de Apoio à Organização e a Gestão dos Sistemas Municipais de Saúde foi incorporada à SUREGS em um novo formato. A Diretoria de Planejamento e Avaliação foi dissolvida e a estrutura organizacional da Superintendência de Acompanhamento e Avaliação da Rede Própria foi incorporada a SAIS em um novo formato.

A atenção à saúde passou a ter um status de superintendência, no sentido de articular e integrar os diversos níveis de atenção. Para tanto, a SAIS incorporou a DAB e a Diretoria de Gestão e Controle da Rede Própria (DGRP) e foram criadas a Diretoria de Atenção Especializada (DAE) e a Diretoria de Gestão do Cuidado em Saúde (DGC). Esta última agregava diversos programas de atenção a populações estratégicas e em situações especiais de agravo (Bahia, 2009b).

A criação da SAFTEC concedia um novo status às práticas de Assistência Farmacêutica e à inovação e suporte tecnológico, com a perspectiva de ampliação e melhoria no fornecimento de medicamentos na rede própria aos municípios, assim como de promover a expansão da base científica e tecnológica do SUS (Bahia, 2009b).

Em anexo são apresentados os dois últimos organogramas da SESAB, aprovados pelo CES em 2005 e 2007, com o detalhamento das diretorias de cada superintendência e dos outros

órgãos subordinados e colegiados (Anexo 1). Destaca-se que o organograma definido em 2007 manteve-se durante os oito anos de gestão que se seguiram.

Durante todo o período analisado, a SESAB apresentava um colegiado de gestão, o qual representava o espaço formal de articulação das decisões entre os gestores das diversas instâncias da instituição e o secretário. Eram membros efetivos do colegiado os superintendentes, o diretor da auditoria, o chefe da Ouvidoria, o diretor da diretoria geral e os alguns assessores do gabinete. Segundo informação dos entrevistados, um total de 18 a 20 pessoas participavam das reuniões do colegiado, que ocorriam semanalmente. Pontualmente, conforme o tema pautado, outros representantes da SESAB ou mesmo membros externos participavam das reuniões. Representantes das Diretorias regionais de saúde (DIRES) não participavam do colegiado gestor, mas existia um colegiado próprio com os diretores destas instâncias, no qual se negociava as questões relativas à descentralização das ações. Para além do espaço formal e compartilhado, o secretário de saúde foi apontado pela maioria dos entrevistados, como bastante acessível aos gestores subordinados, ao corpo técnico da SESAB e aos representantes da sociedade civil.

A organização interna das instâncias que participaram mais diretamente da constituição da agenda de promoção da saúde também seguia a lógica de gestão colegiada. A SUVISA era formada por cinco diretorias, relacionadas às áreas de: vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, saúde do trabalhador e informação em saúde, além do Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN), que se constituía em uma unidade de vigilância laboratorial do estado. A organização desta superintendência representava uma estrutura consolidada, com ações bem definidas, especialmente em torno das áreas de vigilância epidemiológica e sanitária, com importante articulação com as DIRES no que se referia à descentralização dos processos de trabalho. Antes do reordenamento administrativo, a SUVISA apresentava em sua estrutura uma Diretoria de Promoção da Saúde, responsável especificamente pelas doenças e agravos não transmissíveis. Após a mudança no organograma, as funções desta diretoria foram incorporadas à Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVEP), sob uma nova coordenação identificada como Coordenação de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CODANT).

A DGETS era ligada a SUPERH e representava uma nova frente de trabalho da SESAB: a integração das ações de educação. Ou seja, a diretoria passava a concentrar as diversas ações de educação do trabalhador e da sociedade civil, antes dispersas em diversos espaços do setor

e junto à equipe administrativa do CES, que na gestão anterior assumia o processo de qualificação dos conselheiros municipais de saúde.

Destaca-se que o projeto de educação da sociedade civil, para além da qualificação dos conselheiros de saúde, apresentava uma nova perspectiva de educação em saúde, com vistas ao *empowerment* dos sujeitos para assumir o controle sobre sua saúde e para orientar a organização de ações coletivas, de forma a responder às necessidades de saúde dos grupos, conforme a nova missão assumida pela DGETS.

Durante os dois períodos de gestão, duas pessoas ocuparam o cargo de diretor da DGETS. A primeira tinha formação específica na área de educação em saúde, era professora universitária, com experiência em projetos de educação popular e em 2013 assumiu a função um dos coordenadores da diretoria, que também apresentava experiência em projetos de educação popular. Grande parte da equipe de trabalho foi formada durante a nova gestão, com expressiva participação de egressos do Curso Especialização sob a forma de residência em saúde coletiva, que apresentavam formação em educação popular com foco no controle social. A primeira diretora foi docente deste curso de especialização, tendo ministrado a disciplina de educação em saúde e o seu substituto foi discente do curso. A equipe, apesar da limitada atuação prévia na SES, encontrava-se bastante motivada com a perspectiva de mudança do novo governo e com a abertura aos novos projetos de educação em saúde, conforme aponta um dos entrevistados.

“Aqui tinha um grupo bom de egressos da residência, com vontade de trabalhar, com a juventude, com vontade de aprender, de estar no estado e fazer essa máquina funcionar. Deixou de ser pedra e virou vidraça e aí tem que limpar o vidro, deixar tudo bonitinho, então nessa perspectiva tinha essa vontade dessas pessoas de aprender e de construir coisas novas.”(E5)

No que se refere à gestão dos processos de trabalho, além do colegiado gestor, a diretoria apresentava um colegiado ampliado com todos os trabalhadores da diretoria, que se reunia mensalmente, além de grupos de trabalhos transitórios, formados para encaminhar demandas específicas, com a participação de técnicos selecionados de acordo com o perfil de trabalho. O diretor da DGETS revela que, mesmo quando pressionado a tomar uma decisão em curto espaço de tempo, uma vez que a decisão envolvesse outras pessoas, buscava negociar prazo, para garantir o compartilhamento no grupo.

A Diretoria de Atenção Básica (DAB), que representava uma demanda apontada como prioritária nos dois períodos de gestão do governo, passou por uma importante mudança no quadro de gestão e em parte do corpo técnico a partir de 2007. A equipe incorporou muitos profissionais que eram militantes do partido político eleito, que atuavam na área da saúde coletiva fora do estado da Bahia. Muitos deles eram jovens com limitada experiência de trabalho no âmbito estadual. Dois diretores assumiram o cargo durante o período analisado, seguindo o perfil citado, sendo que, o segundo a assumir o cargo atuou anteriormente como assessor da diretoria. No que se refere à gestão dos processos de trabalho, a DAB também apresentava um colegiado gestor, com reuniões semanais e um colegiado ampliado, com todos os trabalhadores da diretoria, que se reuniam mensalmente. Um dos entrevistados aponta que, frequentemente, o diretor participava da reunião ampliada do colegiado gestor da SESAB ou participava de reuniões específicas com o próprio secretário, tendo em vista o volume de demandas relacionadas a esta diretoria na articulação com os municípios, importante elemento para concretização do propósito de legitimação junto aos gestores municipais.

Salientamos que, importantes mudanças foram identificadas no processo de trabalho da DAB, que formou uma equipe de “apoiadores institucionais” do nível central da SES, constituída por técnicos sanitaristas que atuavam oferecendo suporte técnico e monitorando a organização da rede atenção básica nos municípios.

Destaca-se que, o âmbito de gestão estadual se constituía em um importante executor das ações de saúde no que tange à atenção hospitalar e especializada. A gestão da rede própria do estado caracterizava-se como uma importante demanda organizativa e financeira da SAIS, expressando um importante elemento de pressão competitiva nos investimentos do âmbito de atenção básica.

Uma importante mudança na estrutura organizacional da SESAB foi a redefinição da condução dos processos de planejamento. Como visto anteriormente, uma das prioridades apresentadas no projeto de governo era a condução de um processo de planejamento participativo e integrado, onde as diversas instâncias da Secretaria fossem responsáveis por este processo. Nesse sentido, ocorreu a dissolução da Superintendência de Planejamento e Descentralização e criação de uma assessoria de planejamento (ASPLAN) inserida diretamente no Gabinete do Secretário. A ASPLAN foi criada logo no início da gestão, tendo o papel de articular o processo de planejamento junto às diversas superintendências, dando

suporte à elaboração e acompanhamento dos instrumentos de gestão. A equipe desta assessoria era reduzida, constituída inicialmente por três pessoas.

Em 2009, tendo em vista a finalização do processo de elaboração do PES 2008-2011 e a necessidade de captação de recursos financeiros para o desenvolvimento de projetos, a estrutura da ASPLAN migrou para a Coordenação de Projetos Especiais (COPE). Esta coordenação caracterizava-se como uma instância também ligada diretamente ao secretário de saúde e tinha como uma de suas principais funções o acompanhamento da execução do Projeto *Saúde Bahia*, um projeto financiado pelo Banco Mundial, que representou um aporte significativo de recursos financeiros para a SESAB durante a gestão anterior e que se encontrava em fase final de execução. O chefe da ASPLAN assumiu a coordenação da COPE, que não teve sua denominação modificada, mas passou a incorporar a função de planejamento.

Quanto ao planejamento orçamentário das ações da Secretaria, este era coordenado pela diretoria do Fundo Estadual de Saúde (FESBA). As entrevistas evidenciam que a definição e distribuição do orçamento não ocorriam em paralelo com a construção dos PES analisados. Aponta-se que a dotação orçamentária foi definida após a elaboração destes Planos, sendo que não ocorria ajuste das ações e, sim, das metas correspondentes, de acordo com as medidas de contingenciamento.

O processo de planejamento sempre rodou com muita autonomia, mas tinha um momento que o pessoal do orçamento tinha que fazer o ajuste. Esse momento virava um momento tenso porque era aquela história, nós estamos aqui sonhando, sonhando, mas tem uma hora que a realidade tem que chegar. Esse ajuste a gente sempre tinha um momento, mas a gente nunca se pautou por isso não. Nós nunca deixamos de trabalhar juntos. Mas a gente nunca tomou o orçamento como base para o planejamento. A gente sempre rodou o planejamento e na hora de fazer o ajuste a gente ajustava, que era ajuste na meta. (...) Porque nós estávamos num momento de muita efervescência e de muita criatividade e Solla sempre teve essa característica de permitir a criatividade, então a gente não queria impedir que as pessoas sonhassem. Deixa sonhar e a gente ajusta a medida que as contingências aconteçam.
(E9)

A ASPLAN, juntamente com o FESBA, era responsável por acompanhar a definição da distribuição orçamentária nas linhas de ação do PES, buscando estabelecer coerência entre o planejamento e o orçamento. Cada unidade gestora da SES, representada pelas diretorias, era

responsável pelos seus respectivos compromissos e atividades orçamentárias, buscando defini-los internamente, de acordo com o plano de ação. Além disso, segundo um dos entrevistados, cada superintendência possuía uma pessoa identificada como “orçamenteiro”, que era responsabilizada pela distribuição interna do orçamento e acompanhamento da sua execução, sendo que o acesso ao acompanhamento da execução orçamentária era avaliado como fácil, com abertura para negociação.

A articulação da SESAB com outras secretarias foi caracterizada pelos entrevistados como pouco significativa, ocorrendo de forma pontual em função de projetos específicos mobilizados internamente (a exemplo do Comitê de enfrentamento da dengue e do Observatório da Violência) ou externamente, conforme demanda de outras Secretarias de Estado ou da Casa Civil do Governador.

A estrutura de pessoal da gestão da SESAB se manteve durante todo o primeiro período de governo (2007-2010). Entretanto, no primeiro ano do segundo período de gestão (2011) foram identificadas mudanças nas instâncias que estiveram à frente das proposições de promoção da saúde, destacando-se as mudanças nos cargos de superintendente da SUVISA, na diretoria da DAB e na diretoria da DGETS. Destaca-se que os profissionais que substituíram tais funções já atuavam nestes espaços, em cargos de gestão ou de assessoria técnica da própria instância, caracterizando uma relativa continuidade administrativa. O secretário e a equipe da assessoria de planejamento se mantiveram durante todo o período de governo.

Externamente, uma importante mudança ocorreu na chefia da Casa Civil. A gestora que atuou durante todo o primeiro período de governo e que foi reconhecida por um dos entrevistados como uma importante articuladora das ações de saúde entre as diversas secretarias, no início do segundo período de governo solicitou a exoneração da função para atuar junto ao governo federal. Um dos entrevistados apontou que o gestor que a substituiu na função não apoiou o processo de articulação intersetorial.

Destaca-se que a equipe técnica da SESAB, de uma forma geral, apresentava-se receptiva às mudanças de direcionamento no processo de trabalho, que em muito esteve associado, de acordo com os entrevistados, ao processo de planejamento interno ampliado e participativo.

5.4.3. Métodos de trabalho para executar a agenda de promoção da saúde

Como caracterizado anteriormente, a elaboração das agendas de promoção da saúde nos dois períodos de gestão analisados seguiu direcionamentos diferentes: a primeira, com um escopo mais amplo, com uma imagem objetivo que apontava numa perspectiva de articulação intersetorial; e a segunda, com uma característica mais organizativa e operativa de ordenamento da promoção da saúde no âmbito interno da SES, priorizando a articulação com o projeto do governo federal e com responsabilidades fragmentadas.

Destaca-se que a proposta de monitoramento apresentada nos dois PES também foi diferente: enquanto no PES 2008-2011 previa-se a análise do desempenho a partir de indicadores formulados para os objetivos específicos, no PES 2012-2015 previa-se um acompanhamento mais detalhado, considerando o estabelecimento de “entregas/iniciativas” que correspondiam aos resultados esperados para cada ação, de forma a demonstrar o grau de cumprimento das mesmas. Cabe destacar que, a falta de implantação de grande parte das ações de promoção da saúde previstas no primeiro plano, fez com que houvesse mais cautela no estabelecimento de novos compromissos dessa natureza no segundo plano, especialmente no que se referia a SUVISA que foi identificada como principal responsável pela execução das ações, que não obtiveram os resultados esperados no primeiro PES.

Existiram três frentes de trabalho para o desenvolvimento do projeto de promoção da saúde no primeiro período de gestão analisado: (1) ações relacionadas ao *fortalecimento da participação e controle social*, (2) ações intersetoriais relacionadas às *políticas públicas saudáveis* e (3) ações relacionadas à *promoção de hábitos de vida saudáveis*.

A primeira frente de trabalho, com foco na participação e controle social, foi coordenada pela DGETS, que apresentou, desde o PES 2008-2011, a implantação do Projeto *Mobiliza SUS*¹³

¹³ A proposta inicial apresentava duas estratégias principais de implantação: (1) Desenvolvimento de seminários regionais, com a participação de representantes de movimentos sociais, professores e estudantes, de forma a sensibilizar e instrumentar os participantes para o exercício da participação social nos territórios em que estão inseridos e (2) Formação de uma rede de articuladores e facilitadores de educação permanente para o controle social no SUS, através da qualificação de representantes das Diretorias Regionais de Saúde - DARES, Diretorias Regionais de Educação e Cultura - DIREC, Ministério Público, Conselheiros Municipais de Saúde e movimentos sociais (Bahia, 2008a).

como ação prioritária. Esse projeto foi apresentado no PES 2008-2011 já dispo de uma formatação, com definição de objetivos, das estratégias e das etapas para a implantação, além da identificação dos indicadores de processo e resultados para o seu acompanhamento e das metas a serem alcançadas. De acordo com o relato dos entrevistados e conforme descrito no próprio projeto, desde a sua concepção buscou-se a participação de um conjunto de atores internos e externos, os quais estariam integrados ao projeto, caracterizando assim o grupo de trabalho *Mobiliza SUS*, coordenado pela DGETS, e contando com a participação da Escola Estadual de Saúde Pública, do Conselho Estadual de Saúde, da Diretoria de Currículos Especiais – Secretaria da Educação do Estado da Bahia, do Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde e do Ministério Público da Bahia. Além dos parceiros formais, o projeto também foi apoiado por professores e pesquisadores do ISC/UFBA, que ofereceram orientações para o desenho metodológico do projeto.

“E externamente tinha a coisa de a gente ter procurado outros parceiros que não fosse só da saúde. Então se você olha, o *Mobiliza* a primeira formação dele a gente tinha o Ministério Público, tinha a Secretaria de Educação, tinha movimentos sociais, tinha a saúde [referindo-se ao setor], tinha os trabalhadores do SUS e tinha os gestores. Nós fizemos oficinas longas e intensas com todos esses atores para construir o que era o Mobiliza SUS. Tinha ideia do que era, a gente queria construir uma rede de pessoas que discutissem participação popular e controle social. Pronto, era isso. A gente pensou numa metodologia para fazer essa oficina e tirar das pessoas o que elas entendiam por isso e a partir daí a gente começou a formatar o programa. Foram muitos parceiros (...). Outro grupo que ajudou muito foi o ISC.”
(E5)

A utilização de tecnologias leves com foco na educação popular foi vista com certo descrédito por muitos sujeitos, conforme revela um dos entrevistados. Para contestar esse posicionamento, a diretoria investiu no embasamento científico do projeto e na mobilização de parceiros externos para dar sustentação técnica e financeira ao projeto. Assim, o Programa *Mobiliza SUS* foi reconhecido nacionalmente, sendo inclusive premiado pelo Ministério da Saúde e se manteve durante os dois períodos de gestão, mesmo estando em desacordo com o propósito de crescimento econômico do segundo período de gestão. A fala a seguir demonstra como se deu este processo:

“Obvio que o mobiliza SUS foi mudando o perfil, foi mudando os gestores, o Mobiliza agregou em um determinado momento a educação popular como um valor importante e isso muda o programa como um todo, isso dá uma reviravolta no programa, que foi bom e que foi ruim. Foi bom porque o programa se abre e incorpora novas tecnologias do campo da educação popular, mas também tecnologias que na visão de muitos eram vistas como um fazer menor; eram vistas como algo do entretenimento. E aí começam a ridicularizar o programa, aí nós temos um novo trabalho de transformar isso em ciência. Oh, isso aqui também é ciência, a gente também estuda isso daqui, entende?” (E5)

“Muitas vezes na gestão, mesmo com a gestão de um gestor como Solla e mesmo com o nível de abertura que se tinha para fazer essa discussão sobre essas questões, mesmo assim, a gente ainda via que o investimento em questões como o controle social, a participação, não era tanto quanto a gente imaginasse que fosse. A ponto de, em um dado momento, o Mobiliza SUS ir pra fora. Tipo assim, ok, a gestão deu o aval pra gente construir o programa, a gestão ainda referencia o programa, só que o investimento não era tanto quanto era no início, na primeira gestão do governo Wagner. Então a gente vai precisar qualificar o programa para fora. Ai a gente começa a inscrever o programa em editais, apresentar o programa no Ministério da Saúde, aí o programa ganha prêmio, ganha a menção honrosa, o ministro da saúde na época, que era Padilha, faz questão de vir a Bahia entregar o prêmio, ele leva o Mobiliza pra dentro do Ministério para ajudar no Ministério na sua rede de articuladores e facilitadores. Aí faz com que o programa se oxigene para fora e que para fora a gente enxergue o Estado, porque não se enxerga só o programa, enxerga a Bahia.” (E5)

A segunda frente de trabalho que abrange as ações intersetoriais relacionadas às *políticas públicas saudáveis* englobava um conjunto grande de propostas pautadas na integração de instâncias internas e externas ao setor saúde. Apesar do grande número de instâncias apontadas como responsáveis por tais propostas, a SUVISA era identificada como principal responsável pelo encaminhamento das mesmas. Apesar disto, os atores desta instância não se reconheciam como responsáveis pela articulação com outros setores do governo. Na verdade, nenhuma das instâncias internas à SESAB reconhecia como sua responsabilidade a articulação com as instâncias externas. São referidos movimentos de articulação em projetos específicos com outras secretarias, mas que não caracterizavam ações de promoção da saúde, mas, sim, ações preventivas, a exemplo da articulação para o controle da dengue e para o controle da doença de Chagas. Além disso, também é apontado movimento de articulação para a construção do Programa Pacto pela Vida, que tem elementos de promoção da saúde,

mas que é caracterizado como uma política de segurança, liderada pelo governador do estado com o objetivo principal de reduzir os índices de violência. A participação da secretaria de saúde neste projeto é coadjuvante, direcionada a favorecer a implantação de serviços de assistência à saúde.

Destaca-se que, no PPA 2008-2011, previa-se a constituição de um Comitê Gestor da PEPS, entretanto não se verificou a formação deste até o final do segundo período de gestão. Desta forma, o papel de articulação externa ficou sem sujeito responsável.

Conforme visto anteriormente, durante a elaboração do segundo plano, representantes da SUVISA buscaram mobilizar a participação de atores internos e externos à SES para atuarem com foco na promoção da saúde, mas diferentemente do primeiro PES, a instância não assumiu a responsabilidade pelas ações. Na verdade, a SUVISA assumiu uma única ação de *elaboração do marco normativo da política estadual de promoção da saúde*.

Verificamos divergências de opinião entre os entrevistados no que diz respeito à responsabilidade de condução do projeto de promoção da saúde. Alguns apontam que esta condução deveria ser responsabilidade da ASPLAN/COPE, uma vez que a assessoria estava diretamente ligada ao Gabinete do Secretário e teria maior legitimidade para favorecer a articulação interna e externa. Durante a elaboração do PES 2012-2015, houve um debate interno na SES sobre a necessidade de vincular o projeto político da promoção da saúde diretamente à Casa Civil do Governador. O argumento era a inexistência de hierarquia entre as secretarias, bem como a insuficiência de poder político da gestão da secretaria de saúde para definir as prioridades do projeto e para responsabilizar-se por favorecer a integração entre as instâncias. Apesar da tentativa de levar a discussão da promoção da saúde para o PPA 2012-2015, a Casa Civil não assumiu essa responsabilidade.

E a gente entendia na SUVISA que não dava para ser a SUVISA que iria conduzir isso, porque a SUVISA é mais uma superintendência. Embora seja uma superintendência importante, respeitada tecnicamente, mas ela não tinha uma relação hierárquica com as outras superintendências. Então as outras superintendências participam convidadas, que a gente faz as coisas juntas, mas a gente acreditava que precisava ter no gabinete do Secretário, era onde a gente localizava, ou então onde ele identificasse. A COPE já tinha passado por essa mudança e tinha recebido esse nome de coordenação de projetos especiais e os projetos estratégicos estavam na COPE, que era o melhor lugar para a política de promoção da saúde estar lá. Mas a

COPE também não entendia...eu não sei qual era o processo interno que eles vivenciavam, se era legitimidade na SESAB, eu não sei, é uma impressão, mas eles não entendiam que tinham um papel... (E4)

Esta política sempre fica na mão da saúde como ator principal para a condução. E foi a nossa discussão sempre. Não vai se tocar uma política de promoção se a gente não tiver um órgão de governo maior que conduza isso. Porque as secretarias estão no mesmo nível de decisão. Quem coordena as secretarias no governo estadual é a Casa Civil do governador. Se isso não é puxado lá pra dentro não resolve (E3).

Desta forma, a promoção da saúde permaneceu apenas como marca do programa setorial da saúde no PPA 2012-2015.

No sentido de argumentar sobre a pertinência da coordenação do projeto pela Casa Civil, um dos entrevistados trouxe como exemplo a dificuldade de consolidação do Observatório de Vigilância de Acidentes e Violência (projeto apresentado no PES 2007-2011) devido aos limites que o mesmo enfrentou devido à falta de articulação intersetorial no seu ordenamento.

Vou dar outro exemplo que foi iniciativa nossa de trabalho para questões das causas externas, que foi o Observatório de Violência e Acidentes. É uma iniciativa de construção intersetorial, mas na hora de coordenar o Observatório a saúde (referindo-se ao setor) assume a responsabilidade, inclusive na hora de publicar o regimento quem publica é o Secretario Estadual de Saúde. Com isso o Observatório vai minguando, porque fica as questões da saúde como se fossem as questões que estão induzindo o funcionamento do Observatório e é muito mais do que isso. A gente trabalha com dados da segurança pública, trabalha com dados dos órgãos do trânsito, da TRANSALVADOR, do DERBA, do DETRAN, mas é preciso que a condução esteja fora das secretarias, porque senão fica todo mundo no mesmo nível e um não tem gerência sobre o outro e a coisa vai minguando. E pra promoção da saúde é a mesma coisa. Ou se assume isso num nível hierárquico maior ou vai ficar sempre assim: a saúde faz a promoção. E não é por ai. (E3)

Chama a atenção que, internamente na SUVISA, o encaminhamento das ações previstas na agenda de promoção não foi direcionado para uma diretoria específica. As discussões sobre as prioridades da agenda foram conduzidas no âmbito da assessoria da superintendência e em alguns momentos levadas ao colegiado gestor, conforme apontam os entrevistados.

Um mecanismo utilizado para ordenar o projeto político da promoção da saúde foi a realização da *Oficina Bahia Saudável*, caracterizada anteriormente. A oficina de trabalho

desenvolvida pela SES com o apoio operacional do ISC, ao final de 2010, objetivava “elaborar proposições da SESAB para contribuir no processo de construção da Política Estadual de Promoção da Saúde” (BAHIA, 2011b) e foi reconhecida pelo conjunto dos entrevistados como importante mecanismo para identificar os princípios e diretrizes que deveriam nortear a política, além de levantar ações estratégicas e operacionais para a PEPS. A oficina contou com a participação extensiva de gestores e técnicos das diversas instâncias da SES (BAHIA, 2011b).

O relatório gerado como produto dessa oficina, de acordo com as entrevistas, foi utilizado como base para a elaboração do marco normativo da PEPS. Entretanto, o processo de construção da política enquanto documento só foi iniciado em 2013, sob a condução da SUVISA com o apoio de uma consultoria externa. De acordo com o relato dos entrevistados, a consultora, que não teve participação em nenhuma das etapas anteriores deste processo, elaborou uma minuta da PEPS, utilizando como referência o relatório da Oficina *Bahia Saudável*. O produto foi discutido internamente no colegiado gestor da SUVISA e em seguida foi submetido à consulta pública, através do site da SESAB. As sugestões foram avaliadas e incorporadas pelo colegiado gestor da SUVISA e o documento foi apreciado pelo colegiado gestor da SES e validado pelo Conselho Estadual de Saúde. Por fim, o documento foi encaminhado para a Casa Civil, a fim de ser publicado através de decreto do governador. Entretanto, a Procuradoria do Estado apresentou parecer desfavorável, entendendo que o documento deveria ser aprovado por decreto da própria SESAB.

Esta limitação na formalização da PEPS pela Casa Civil, na concepção de um dos entrevistados, ocorreu devido à falta de entendimento desta instância sobre a abrangência da política. Entretanto, o mesmo entrevistado ressaltou a falta de mecanismos de sensibilização e compartilhamento do processo de constituição da política com esse ator institucional. A limitação na publicação da PEPS como um projeto da SES não eram condizentes com as diretrizes de organização intersetorial que foram apresentadas no documento, conforme evidencia um dos entrevistados.

“Acho que da nossa parte houve essa falha, de não ter envolvido nossos parceiros que estão em outro nível desde o início ou pelo menos no meio do caminho eles já deviam estar conosco, para que eles já soubessem qual o sentido de ter uma política transversal imensa, como é a política de promoção. E documentos se não tiver uma participação vira uma letra fria”. (E3).

“Então a gente restringe novamente um documento que está extremamente bem feito e é bastante amplo e ele não vira realidade se ele não tiver isso incorporado às ações de governo. A sensação é sempre essa, de você pegar uma coisa grande e colocar num espaço pequeno onde ele não cabe.” (E3)

A PEPS foi publicada em dezembro de 2014, no último mês da gestão, através de decreto do secretário de saúde.

Para além da legalização da PEPS enquanto documento organizativo, algumas iniciativas foram encaminhadas, tendo a SUVISA à frente deste processo, com a participação de alguns parceiros internos e externos. De acordo com um dos entrevistados, a definição dessas parcerias em muito se devia às ligações afetivas estabelecidas entre as pessoas, considerando aproximações em iniciativas anteriores que foram bem sucedidas. Entretanto, as conexões estabelecidas nem sempre respondiam às necessidades prioritizadas.

“Porque tem setores que não estão juntos e que precisariam estar para dar mais ênfase e dar conta melhor de uma tarefa. Porque a gente se arruma de uma forma, às vezes, mais afetiva do que racional para dar conta das ações. (...) porque a gente tentou também aproveitar na responsabilidade dessa construção pessoas que já estavam afinadas com a gente em algum momento para alguma coisa. (...) então a gente também foi puxando esses parceiros que já vinham de alguma forma, mesmo que pontualmente, nos projetos, mas já estavam com uma ligação com a gente.” (E1)

Destaca-se que na definição das estratégias que envolviam atores externos também não foi negociada a participação orçamentária desses setores nas ações, de forma que, os recursos internos, durante o processo de execução das ações, foram reconhecidos como insuficientes. Apesar disto, foi apontado o desenvolvimento de algumas ações de articulação externa, mas que não tinham nem respaldo político, nem orçamentário, no âmbito macro da gestão governamental. Isto dificultava o avanço dos projetos, conforme evidencia a fala dos entrevistados.

“Ai começou a ter o aperto do orçamento. E muitas vezes os nossos pactos na promoção também demandavam investimento importante das outras áreas, e ai não tinha, como é que vai fazer só? Então acho que a gente acabou ficando numa parte mais sobrenadante da promoção, no que sempre se fez nos processos de educação em saúde, orientar no que fosse possível. Assim foi com a questão da qualidade da água, os parâmetros, interferir mais na questão do licenciamento das áreas urbanas

que a gente achava importante levar nossa posição, ainda que as vezes a gente fosse voto vencido, mas no conselho explicar que os empreendimentos as vezes chegam para áreas que a gente sabe que vai ter um deslocamento importante de vetor, pode eclodir alguma coisa, como a gente avisou essa coisa do loteamento na Paralela na época no conselho de meio ambiente: olhe como a saúde ver isso. A gente ia lá municiado, o que pode ocorrer com esse desmatamento, com a chegada de muita construção e a gente cantou a pedra toda do que esta acontecendo hoje. Então a gente fazia muito esse papel nos conselhos e internamente também.” (E3).

“No final das contas o que foi que acabou acontecendo? Vem a historia das articulações. O programa ele sai, mas tem aquela etapa onde a secretaria ela tenta alocar os recursos. E foi ai que a gente perdeu a guerra. Porque 95% do programa é só saúde, entendeu?” (E9)

Além disso, as ações do projeto de promoção da saúde, quando comparadas às ações assistenciais, apresentavam menor força política representativa na negociação de interesses dentro do próprio setor, uma vez que caracterizavam ações de longo prazo.

“E tudo virou desculpa, qualquer dificuldade...é o lado mais fraco da corda, digamos assim. É o que deixa de acontecer. Sempre a pressão maior é da emergência, leito de hospital que não pode faltar” (E5).

A terceira frente de trabalho relacionada à promoção de hábitos de vida saudáveis foi conduzida pela DAB, juntamente com a DIVEP. Dentre as ações conduzidas pela DAB, foram identificados projetos financiados e ordenados pelo Ministério da Saúde. São eles: o Programa Saúde na Escola (PSE) e o Programa Academia da Saúde. Conforme demonstrado anteriormente, esses programas passaram a ser financiados com recursos do Piso Variável em Vigilância e Promoção da Saúde e do Piso da Atenção Básica Variável, a partir de 2011, o que favoreceu o interesse dos municípios pela implantação dos programas e mobilizou a atuação do âmbito estadual pelo governo federal para apoiar este processo.

A atuação da DAB limitava-se a monitorar a implantação dos programas no que tange à execução das condicionalidades do mesmo, ou seja, no sentido da verificação do atendimento dos critérios exigidos aos municípios pelo governo federal para a estruturação dos projetos. Um dos entrevistados destaca que, apesar do incentivo financeiro, a execução destes programas apresentava limitações, considerando que a atuação do Ministério da Saúde neste processo era verticalizada e pouco favorecia a problematização sobre as peculiaridades dos

territórios onde os programas seriam implantados.

“O PSE mesmo, os processos de adesão e os processos de definição das prioridades daquele ano não são discutidos nos estados, nos municípios, é um processo muito verticalizado e eu sinceramente tenho dúvidas. Tem muito pouco estudo realizado sobre o impacto mesmo do PSE em mudar mesmo as práticas da escola, junto com as crianças, a abordagem das crianças e jovens... Eu acho que não se coloca de fato como uma agenda prioritária nesse sentido. Apesar de existir um financiamento, mas não merece a força de um agente institucional de debate de fato com o município. É difícil você ver uma agenda com muitos secretários municipais de saúde para discutir PSE exatamente. Quando vem, vêm alguns técnicos, mas os secretários municipais não vêm fazer esse debate. O próprio Ministério da Saúde quando tem alguma agenda de alguma liderança, algum diretor do Ministério não é pra fazer esse debate. Acho que isso revela também a não priorização desse tema” (E6).

“Acho que a Academia da Saúde até mais ainda do que o PSE. A Academia da Saúde tem um problema sério que é o financiamento das próprias estruturas. A maioria, se você for olhar os dados, a maioria das academias as obras estão paradas, construções incompletas. Então não tem um avanço. Não teve até hoje, não vejo nenhuma discussão sobre a solução a ser dada para essas obras que estão paradas, a construção das novas academias.” (E6)

Também mobilizado e financiado pelo governo federal, a partir do Projeto VIGISUS II¹⁴, identifica-se o movimento pela integração das práticas de vigilância a saúde e atenção básica, iniciado na SESAB logo no início da gestão 2007-2011, quando se investiu esforços na elaboração de um documento que caracterizasse o plano estadual de integração das práticas de vigilância da saúde, uma exigência do Projeto VIGISUS. Este propósito aproximou as áreas técnicas da atenção básica e da vigilância à saúde, com destaque para a participação de técnicos da assessoria da SUVISA, da DIVEP e da DAB. De acordo com os entrevistados, inicialmente priorizou-se o combate à dengue, com a organização de um plano de ação conjunto entre a DAB e a SUVISA/DIVEP, que investiu no processo de educação permanente de gestores e técnicos nos municípios, realizado por equipes formadas por técnicos das duas instâncias, além do monitoramento dos casos e incentivo à articulação das práticas dos Agentes comunitários de saúde (ACS) e dos Agentes de Controle de Endemias nos territórios de atuação das equipes de saúde da família. Apesar do movimento de integração entre estas

¹⁴ O projeto VIGISUS nasceu com o objetivo de apoiar a estruturação das ações de vigilância em saúde no país. Financiado a partir de um acordo do MS com o Banco Mundial, a partir de 1998. A segunda fase (VIGISUS II) iniciada em dezembro de 2004, com previsão de duração de 4 anos, apresentava como objetivo a modernização do Sistema Nacional de vigilância em Saúde (Brasil, 2003).

instâncias ser apontado como referência para a organização de ações de promoção da saúde, o projeto VIGISUS não se estende a intervenções com esta natureza, permanecendo apenas direcionado ao controle de agravos específicos abordados pela vigilância epidemiológica.

Conclui-se que a agenda de promoção da saúde figura em acordo com o propósito de legitimação do novo governo no seu primeiro período de gestão perante a sociedade civil ao prever a execução de políticas públicas saudáveis. Entretanto, as mudanças exigidas para tais políticas eram muitas, tanto na estrutura organizacional quanto nos métodos de trabalho da SESAB e da Casa Civil do Governador, uma vez que hierarquicamente caberia a esta instância atuar na articulação dos diversos setores do governo.

Internamente à SES, alguns aspectos da organização foram favoráveis, com destaque para: a estruturação do colegiado gestor, que se reunia com regularidade e com participação ampla de todas as representações das diretorias; a receptividade da equipe técnica a mudanças, mobilizada pela representação da imagem de capacidade técnica do gestor da SES; assim como pela aparente imagem de abertura administrativa, associada ao processo de planejamento integrado desenvolvido para a constituição do PES. A frente de trabalho direcionada à participação e controle social se apoiou nesses aspectos favoráveis e avançou ao propor um projeto bem ordenado, com objetivos e planos de trabalho claros, envolvendo, desde o início do processo, todos os possíveis participantes da proposta, incluindo os participantes externos à SESAB.

Entretanto, outros aspectos relacionados à organização e aos métodos são identificados como desfavoráveis: o grande número de frentes de trabalho relacionadas a um tema complexo, com limitada experiência anterior dos gestores e técnicos da SES na gestão de projetos dessa natureza, que apresentavam como requisito a necessidade de ampla articulação interna e externa; a agenda de promoção da saúde se acumulava junto com outros frentes de trabalhos novas da SESAB, especialmente no âmbito da atenção básica; o lócus de coordenação do projeto também foi um fator limitante, visto que ficou a cargo de uma instância com restrito poder político para a negociação das responsabilidades de outras instâncias internas e externas.

No segundo período de gestão, com o direcionamento do propósito de governo para o crescimento econômico, a sustentação da agenda de promoção da saúde se tornou ainda mais difícil, uma vez que esta não apresentava correspondência com tal propósito. A gestão da SES

tentou manter a agenda de promoção da saúde diante do contexto nacional favorável e considerando o interesse de alguns empreendedores políticos. Entretanto, não conseguiu mobilizar e articular os atores, apresentando uma proposta de elaboração e implantação de uma PEPS que, desde a agenda, foi colocada de forma desarticulada, ao responsabilizar a SUVISA pela elaboração do marco normativo e a DAB pela implantação da política.

A estrutura de pessoal, no segundo período de gestão, sofreu algumas mudanças na equipe gestora. Apesar de boa parte das substituições ocorrerem internamente, com assessores e coordenadores, evidenciamos que a nova superintendente da SUVISA, diferentemente da anterior não se colocava na posição de empreendedora da agenda de promoção da saúde, com a mesma motivação da gestora anterior. Respalhada pelas dificuldades que foram verificadas na execução das ações previstas no PES anterior, a gestora não se opõe a constituição da agenda de promoção da saúde, entretanto restringe o âmbito de ação e não busca favorecer a articulação intersetorial, apesar de concebê-la como um aspecto prioritário para a promoção da saúde.

Como visto anteriormente, a elaboração do marco normativo da PEPS foi concluído. Contudo, a proposta, apesar de prever amplamente a participação intersetorial, não foi discutida no âmbito externo da SES. Além disso, a conclusão tardia não permitiu a utilização do documento durante no período de gestão do governo responsável pela formulação.

O Projeto *Mobiliza SUS* se manteve, apesar da limitada coerência com o propósito de governo do segundo período de gestão. O sucesso na execução da primeira etapa, associado à adaptabilidade que a equipe gestora e técnica do projeto apresentaram, ao buscar o financiamento e o respaldo externo, garantiu a continuidade do mesmo.

Em síntese, podemos afirmar que o projeto político de promoção da saúde na formulação da agenda de Estado não apresentou a necessária coerência entre os propósitos, os métodos e a organização, de modo a assegurar as condições para a sua execução.

6. DISCUSSÃO

Este estudo mostrou que a agenda de promoção da saúde na Bahia, nos dois períodos de gestão analisados, seguiu direcionamentos diferentes e dependeu de um conjunto de fatores complexos. No primeiro período, a agenda apresentava um escopo amplo de ações, priorizando a articulação intersetorial, sendo que, o fluxo político constituiu-se como uma oportunidade de mudança para colocação do tema como prioridade, diante de um contexto de mudança de gestão estadual, em que se buscava uma imagem política de oposição ao governo anterior, além da recente publicação da PNPS. No segundo período de gestão, mesmo diante de um contexto estadual desfavorável, que priorizava políticas de crescimento econômico, a agenda foi mantida. Entretanto, ela apresentava-se com uma característica mais organizativa, com restrição de responsabilidades ao âmbito interno da SESAB. Neste caso, a sustentação da agenda ocorreu em função de um contexto federal favorável, de incentivo financeiro a alguns programas específicos, assim como foi apoiada por um fluxo de problemas induzido pela participação ativa de alguns poucos atores internos à SES, mas que acumulavam recursos de poder técnico, administrativo e político e que tinham sua trajetória profissional vinculada ao espaço acadêmico da saúde coletiva, reconhecendo a importância de ações desta natureza. Entretanto, não possuíam experiência na articulação e desenvolvimento de projetos neste campo de ação.

Este estudo reforça a teoria de Kingdon (2003), de que os fluxos de problemas, de alternativas e político seguem uma lógica própria, sendo cada um relativamente independente dos demais, não estabelecendo, necessariamente, uma relação de causa e efeito entre problemas e alternativas adotadas ou entre estas e a dinâmica política. Cabe-nos aqui, refletir quais os pontos de convergência e divergência que ocorreram no processo de construção da agenda de promoção da saúde do estado da Bahia, de forma a explicarmos porque as proposições de promoção da saúde incluídas na agenda de decisão estadual se traduziram tão tardiamente em uma Política Estadual de Promoção da Saúde (PEPS); pergunta que foi posta como objetivo deste estudo.

Reconhecemos a dificuldade no resgate de memória dos entrevistados, uma vez que o período temporal de investigação foi extenso, além do que, o objeto analisado foi sustentado por um processo de trabalho pouco consistente e fragmentado. No entanto, buscamos superar algumas dessas limitações através de uma minuciosa investigação documental e do confronto

dos dados das entrevistas com os documentos. Observamos, também, que o momento de coleta de dados coincidiu com o processo de mudança de gestão estadual, e que alguns entrevistados assumiram novas posições políticas, o que pode ter influenciado em suas respostas, pelo receio de expor fatos que, sabidamente, expressavam fragilidades da gestão. Em algumas entrevistas verificou-se uma tendência a limitar a exposição dos fatos aos aspectos positivos da gestão, tergiversando sobre o tema. Este elemento foi tomado como objeto de análise, considerando a triangulação dos dados.

Evidenciamos, que o fluxo de problemas pouco serviu de base para as propostas de promoção da saúde que foram postas na agenda. Os determinantes sociais do processo saúde-doença não foram apreciados como um problema no processo de constituição da agenda. Apesar de, a maioria dos entrevistados reconhecerem a importância do tema, a apreciação dos problemas do estado de saúde, traduzido sob a forma de doenças e agravos, era a prioridade. Mesmo os representantes de grupos sociais não tomavam a defesa da promoção da saúde, isso porque, historicamente, esses grupos costumam defender causas particulares, que abrangem a intervenção (prevenção e tratamento) sobre doenças e agravos específicos

Apesar deste limite no fluxo de problemas, o fluxo político constituiu-se como *uma policy window*, ou seja, a criação de uma “oportunidade de mudança”, conforme define Kingdon (2003), para colocação do tema como prioridade na agenda de decisão, uma vez que, acabava de ser instituída a PNPS e o plano de governo estadual buscava uma imagem política de oposição ao governo anterior em um contexto de mudança de gestão, que de acordo com o autor, constitui um dos momentos mais propícios para novas questões emergirem na agenda. Salientamos que o contexto federal, apesar de instituir a PNPS, adotando uma concepção ampliada de promoção da saúde, priorizou a implantação de intervenções municipais de incentivo à melhoria dos hábitos de vida individuais, identificando a atenção primária como espaço prioritário para o desenvolvimento destas ações.

Cabe ressaltar que, estudos recentes evidenciam que, mesmo na atenção primária, a incorporação de ações de promoção da saúde é incipiente. Cincurá (2014), em uma revisão sistemática da literatura nacional sobre a natureza e a efetividade de ações de promoção da saúde no âmbito da atenção primária, evidenciou a limitação destas ações, especialmente no que se refere articulação intersetorial. Medina e colaboradores. (2015), em um estudo extensivo com mais de 17.000 equipes de saúde da família de todo o país, também apontam a

incipiência na realização dessas ações, especialmente aquelas dirigidas para idosos e escolares.

No PES 2008-2011, a gestão da SES reconheceu o limite na apreciação dos problemas relacionados à promoção da saúde, de forma que, a própria equipe de planejamento da SESAB induziu a colocação do tema como prioridade de discussão em um importante fórum de debate de diversos segmentos da sociedade em prol da saúde, buscando obter o respaldo social para a colocação do tema na agenda de decisão do setor no PES 2012-2015. Além disso, a SUVISA também buscou favorecer a discussão do tema junto aos demais gestores da SES, no sentido de mobilizar novos grupos a se comprometerem com o projeto. Este movimento, juntamente com o contexto federal de incentivo financeiro a alguns programas específicos de promoção da saúde, representou uma *policy window* para manutenção do tema na agenda de decisão no segundo período de governo.

Mannheimer *et al* (2007) ao analisar as janelas de oportunidade para a constituição e implementação de uma política intersetorial de promoção da saúde, reconhece que o envolvimento do alto escalão do governo é essencial, assim como a mobilização no sentido de favorecer pequenas janelas de oportunidade ao longo do processo, uma vez que corresponde a uma política de longo prazo. Além disso, os autores salientam como essencial o envolvimento de atores de outros setores, com a negociação das responsabilidades desses em relação à nova ação política.

Em relação especificamente ao fluxo das alternativas, evidenciamos que, no primeiro período de gestão, não houve disputas em torno de projetos distintos ao interior do governo. As estratégias postas na agenda foram as únicas existentes, de forma que, não ocorreram objeções, nem quanto à constituição do projeto, nem quanto às alternativas adotadas. No segundo período de gestão, a priorização do crescimento econômico limitou a proposição de uma agenda de promoção da saúde, de forma que, objeções ocorreram quando sobressaltaram os limites de execução do projeto. Assim, os atores que mobilizaram o tema e definiram as alternativas no primeiro período de gestão não mais assumiram a frente de trabalho como responsabilidade. Eles apenas admitiram o compromisso de mobilizar o tema junto aos grupos internos e externos. Apesar de manter a aparente priorização da promoção da saúde, identificando o tema como um dos eixos de orientação do programa setorial, a agenda expressou ações cujas responsabilidades eram fragmentadas entre algumas instâncias e não foram definidas ações intersetoriais.

De acordo com Kingdon (2003), as “oportunidades de mudança” (*policy windows*) não criam, por si só, alterações na agenda. O modelo proposto pelo autor considera fundamental a ação de um empreendedor (*policy entrepreneur*), indivíduo que atua diretamente na convergência dos fluxos. No primeiro período de governo, os empreendedores da agenda de promoção da saúde – o coordenador da ASPLAN juntamente com a superintendente da SUVISA - insistiram na adoção de um conjunto de alternativas de promoção da saúde que buscavam envolver o conjunto da SES e outras instâncias de governo como responsáveis. No segundo período de gestão, diante de uma dinâmica política menos favorável, os *policy entrepreneur* buscaram favorecer o fluxo dos problemas, mobilizando a discussão do tema na Conferência Estadual de Saúde.

Capella (2005) chama a atenção que, definir o problema é uma estratégia central ao processo de construção da agenda, porque opera a transformação de determinadas interpretações da realidade em percepções compartilhadas, aspecto essencial para a defesa de um propósito. Entretanto, este é um aspecto que pouco sustentou a agenda de promoção da saúde, especialmente no primeiro período de gestão. Mesmo no segundo período de gestão a representação do problema não foi compartilhada com os atores externos.

A escolha das alternativas de promoção da saúde, no primeiro período de governo, teve a participação ativa dos *policy entrepreneurs*, conforme identifica Kingdon (2003). Neste estudo, os atores que apresentam as estratégias, representam um projeto inovador e congruente com os valores de bem estar social. Todavia, tais estratégias não tiveram sustentação em demandas mobilizadas socialmente, assim como não tinham sustentação administrativa, pois requeriam recursos de diversas instâncias, inclusive externas à SES, com as quais não houve negociação. No segundo período de gestão, observou-se uma influência indireta de especialistas do âmbito acadêmico, que apoiaram os *policy entrepreneurs* no sentido de mobilizar alternativas para a formulação da PEPS. Para tanto, desenvolveram uma oficina de trabalho para levantamento de prioridades para a PEPS, que mobilizou um significativo número de gestores e técnicos de diversas instancias da SESAB. Entretanto, esse evento não contou com a participação de atores externos , assim como não teve repercussão externa à SESAB.

Conclui-se que, o processo de constituição da agenda de promoção da saúde foi fruto da defesa de poucos atores, que se concentravam no alto escalão da SES e apresentavam uma importante força política interna ao setor, mas com limitações no âmbito externo, de forma

que conseguiram expressar o compromisso, mas não conseguiram o respaldo político e administrativo para integrá-lo na agenda externa, conforme exigia o tema.

No que se refere às estratégias utilizadas para avançar na execução da agenda e formular a PEPS, evidenciamos que essas foram, em grande maioria, insatisfatórias, o que muito se deve ao baixo grau de coerência entre os propósitos, a estrutura organizacional e os métodos utilizados. Os métodos adotados para a execução da maioria das ações da agenda não foram respaldados por uma teoria bem fundamentada e pactuada entre os atores responsáveis sobre o que representa a promoção da saúde. Verificamos que os grupos envolvidos, em geral, tinham pouca clareza a respeito daquilo que deveriam desenvolver, sendo verificadas diferenças e contradições na concepção de promoção da saúde que os atores do processo de construção da agenda trazem, uma vez que identificamos diferenças entre o conceito exposto pelos mesmos e os exemplos de ações propostas e executadas que eles expuseram.

Apesar disto, não foram identificados conflitos no processo de construção da agenda do primeiro período de gestão, que só foram evidenciados no processo de execução da agenda. Tal qual identificou Cecílio & Lins (1998) ao analisarem a coerência na formulação do Programa UNI no Brasil, somente com a operacionalização das ideias surgem os diferentes conflitos ideológicos e de interesses.

No processo de execução das ações do PES 2012-2015, conforme demonstrado na análise dos resultados, apenas uma linha de trabalho definida na agenda desse segundo período de gestão alcançou êxito, a linha de *incentivo à participação e controle social*, fato que tem relação com os métodos adotados pelo grupo responsável pela formulação e condução do projeto, que ao estabelecer as parcerias, tinham clareza que o processo de negociação era em si conflituoso, e assim buscaram estabelecer estratégias para fortalecer o projeto, acumulando poder através da ampliação das parcerias externas.

Outro aspecto relevante foi que o tema da promoção elevou-se a condição de agenda no primeiro período de gestão sem necessariamente estar pautado em uma necessidade social, sendo fruto do interesse apenas do grupo formulador da agenda, ou seja, não foi uma demanda construída historicamente, condicionada socialmente, conforme Testa (1995) indica como elemento necessário para o sucesso do projeto. Ou seja, a agenda de promoção da saúde da Bahia não era uma resposta aos problemas sentidos e avaliados historicamente, o que dificultaria o seu avanço.

Cabe observar que alguns atores perceberam as contradições existentes na agenda, mas não estabeleceram estratégias concretas de reordenamento do projeto para o segundo período de gestão. Ao contrário, diminuíram o projeto, excluindo as ações que envolviam a articulação intersetorial e fragmentando as responsabilidades, tornando a agenda limitada, basicamente, a estratégias de caráter organizativo da PEPS, tornando-a moldável às necessidades de cada instância.

Desta forma, evidenciamos que não houve um movimento de construção processual da agenda de promoção da saúde, o que influenciou os limites de execução da mesma. Os propósitos da agenda não estavam de acordo com os propósitos do governo, assim como não se estabeleceu métodos coerentes para o alcance desses. Os propósitos da agenda foram condicionados por uma organização que se colocou à frente do projeto, sem recursos de poder administrativo e político para investir sobre o mesmo.

Cabe ressaltar que a promoção da saúde representa um novo campo de ação, que requer uma abordagem crítica e ampliada sobre a incorporação de novas tecnologias, com definição de metas de longo prazo, que demandam um processo de construção coletiva que extrapola o setor saúde e envolve a redistribuição de poderes (CARVALHO, ET AL, 2004;). Representa, portanto, uma nova categoria de ações, que ainda apresenta limitado domínio técnico e de gestão, conforme identificamos neste estudo e já demonstrado por outros, especialmente no que se refere ao planejamento intersetorial (POTVIN, 2001; MOYSÉS; MOYSÉS; KREMPEL, 2004; AKERMAN, 2007; CARVALHO, 2007). Exige, portanto, um maior investimento no processo de formação de gestores e técnicos, de forma a favorecer práticas mais consistentes.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo corroboraram a hipótese formulada, ao reconhecer que a constituição da agenda de promoção da saúde do estado da Bahia, nos dois períodos de gestão analisados, apoiou-se mais em uma representação simbólica que em uma política a ser perseguida. Reconhecemos que os caminhos que levam às escolhas políticas das propostas de promoção da saúde não apresentam correspondência com problemas concretos, se pautando essencialmente no fluxo político que envolvia a situação.

O conteúdo simbólico dos objetivos colocados na agenda do primeiro período de governo associado ao contexto político de mudança de gestão estadual e de publicação da PNPS juntamente com o poder de persuasão de membros do alto escalão da SES explicam a ascensão do tema à agenda. A defesa do tema por esses atores, que assumiram a função de empreendedores políticos, foi essencial para pautar a promoção da saúde na agenda de decisão do governo. Entretanto, tais atores não acumulavam poder suficiente e não realizaram a mobilização necessária para fazer avançar a agenda constituída no primeiro período de governo.

Apesar da baixa execução dessa agenda e da mudança dos propósitos de governo, a promoção da saúde permaneceu na agenda no segundo período de governo, traduzida em estratégias com caráter organizativo, limitadas à ação de poucos atores, centrada na própria SES. Entretanto esta proposição não era coerente com a imagem representativa do projeto do setor, que tinha como slogan *por uma Bahia Saudável*, dando destaque à promoção da saúde como pilar organizativo.

Entendemos que a construção da agenda de promoção da saúde apesar de não estar envolta pela disputa na definição de problemas e alternativas, precisa ter estes fluxos explorados, assim como necessita aproximar os métodos e a organização aos propósitos do governo, de forma a alcançar maior coerência política nas ações.

Para além dos limites no processo de construção da agenda e formulação da política, o objeto da promoção da saúde é por si só complexo e fluido, diante da diversidade de estratégias pertinentes, envolvida por diferentes percepções. Portanto, torna-se ainda mais premente uma base de sustentação da agenda amparada por uma problematização ampla e intersetorial que

envolva o maior número de atores governamentais e não governamentais e com uma coordenação de consistência política e administrativa, de forma a galgar melhores condições para a sua execução.

Por fim, consideramos que as conclusões deste estudo contribuem para a análise das políticas de promoção da saúde, uma vez que, o estudo analisa um momento ainda pouco explorado destas políticas onde são postos os interesses sociais e políticos – bases de sustentação dos projetos governamentais. Assim, acrescentamos fundamentos que podem ser considerados em outros estudos sobre a constituição de políticas de promoção da saúde, apoiando a identificação de dificuldades que precisam ser transpostas por atores interessados em projetos desta natureza.

REFERÊNCIAS:

AKERMAN, M.; ARROYO, H.; JONES, C.; ONEILL, M.; ROCA, A.; WALLESTEIN, N. **Evaluation of health promotion effectiveness: a political debate and/or a technical exercise?** *Promotion & Education*, v. 1, p. 13-15, 2007.

ALMA-ATA. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência sobre Cuidados Primários de Saúde. 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>> Acessado em 20 de outubro 2012.

AMORIM, T.C.; KNUTH, A.; CRUZ, D.K.A.; MALTA, D.C.; REIS, R.S.; HALLAL, P.C. **Descrição dos programas municipais de promoção da atividade física financiados pelo Ministério da Saúde**. *Rev. Brasileira de Atividade Física e Saúde* 2013; v. 18, n1, p.63-74, 2013.

AROUCA, S. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. São Paulo; Rio de Janeiro: Editora UNESP; Fiocruz, 2003.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Plano Estadual de Saúde (Gestão 2012-2015)**. *Revista Baiana de Saúde Pública*. v.36, supl. 1, dez. 2012.

_____. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Promoção da saúde no estado da Bahia: Oficina de trabalho para a formulação da Política Estadual de Promoção da Saúde**. Salvador: SESAB, 2011a.

_____. Secretaria de Planejamento. Governo do Estado da Bahia. **Plano Plurianual do Estado (PPA 2012-2015)**. 2011b.

_____. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Relatório de Gestão 2010**. Salvador: SESAB, 2011c.

_____. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Relatório de Gestão 2009**. Salvador: SESAB, 2010.

_____. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Plano Estadual de Saúde (Gestão 2007-2011)**. *Revista Baiana de Saúde Pública*. v.33, supl. 1, 2009a.

_____. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Relatório de Gestão 2008**. Salvador: SESAB, 2009b.

_____. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Diretoria de Gestão da Educação do Trabalho em Saúde. **Projeto Mobiliza SUS**. 2008a

_____. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Relatório de Gestão 2007**. Salvador: SESAB, 2008b

_____. Governador (2008-2011: Jaques Wagner). **Plano plurianual 2008-2011**. Salvador: SEPLAN, 2007

BODSTEIN, R. **The complexity of the discussion on effectiveness and evidence in health promotion practices**. *IUHPE – Promotion & Education*. Supplement 1, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de Gestão da Secretaria de Atenção a Saúde (SAS) 2014**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 719, de 07 de abril de 2011**. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. **Decreto Presidencial nº 6.286**, de 05 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde – PNS : 2008-2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, DF: [s.n.], 2006. 51 p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 936, de 19 de maio de 2004**. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios. Brasília: Ministério da Saúde, 2004

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 737, de 16 de maio de 2001**. Aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Brasília: Ministério da Saúde, 2001

BROWN, T.M.; FEE, E; HENRY, E. **Sigerist: Medical Historian and Social Visionary**. American Journal of Public Health. Volume. 93(1); p. 60, January 2003.

BUSS, P.M.; CARVALHO, A.I. . **Health promotion in Brazil**. Promotion & Education, v. XIV, p. 21-25, 2007.

BUSS, P.M. **Uma Introdução ao conceito de Promoção da Saúde**. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 39-53.

BUSS, P.M.; CARVALHO, A.I. **Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008)**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, Dec. 2009.

CALDAS, E. de L. **Formação de agendas governamentais locais: o caso dos consórcios intermunicipais. 2008**. Tese (Doutorado em Ciência Política) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

CAPELLA, A.C.N. **O processo da agenda-setting na reforma da administração pública (1995-2002)**. (Tese de Doutorado) – Pós Graduação em Ciências Sociais do Centro de Educação e Ciências Humanas da Universidade Federal de São Carlos: São Carlos, 2004.

CAPELLA, A.C.N. **Formação da Agenda Governamental: perspectivas teóricas**. XXIX Encontro Anual da ANPOCS (GT19 - Políticas Públicas). Agosto de 2005.

CARVALHO, A.I.; BUSS, P.M. **Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção**. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2008.

CARVALHO, A.I. et al. **Concepts and Approaches in the evaluation of Health Promotion**. Ciênc. saúde coletiva, vol.9 n.3 Rio de Janeiro, July/Sept. 2004.

CARVALHO, A.I.; WESTPHAL, M.F.; LIMA, V.L.G.P. **Health promotion in Brazil**. *Global Health Promotion*, vol. 14 no. 1 suppl 7-12. March 2007.

CARVALHO, S.R. **Saúde Coletiva e Promoção à Saúde: uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança**. Tese. Campinas: UNICAMP, 2002.

CARVALHO, S.R. **Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: sujeito e mudança**. 2ª Ed. - São Paulo: Editora Hucitec; 2007. 183 pp.

CASTRO, A.M. et al. **Curso de extensão para gestores do SUS em promoção da saúde** – Brasília: CEAD/FUB, 2010. 164 p.

LINS, A.M., CECÍLIO, L.C.O. **O Programa UNI no Brasil: uma avaliação da coerência no seu processo de formulação e implementação**. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 2, n.3, 1998.

CINCURÁ, R.N.S. **Promoção da saúde na atenção primária: proposição de um modelo e sua aplicação na análise de ações desenvolvidas no Brasil**. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

CRUZ, D.K.A. **Da promoção à prevenção: o processo de formulação da Política Nacional de Promoção da Saúde no período de 2003 a 2006**. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010

CZERESNIA, D. **O conceito de Saúde e a Diferença entre Promoção e Prevenção**. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 39-53.

DANTAS NETO, PF. **Mudança política na Bahia: circulação, competição ou pluralismo de elites**. 2008. Disponível em:
<http://www.fundaj.gov.br/geral/observanordeste/ixedicao_texto_BA_rev.pdf> Acessado em 30 de outubro 2013.

ENCYCLOPEDIA OF PUBLIC HEALTH. Vol. 4, 2002

FEDERICO, L. **Contribuciones para la comprensión y crítica del pensamiento estratégico en salud**. [Tese de Doutorado]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Bahia; 2013.

FERREIRA NETO, J.L. et al. **Processos da construção da Política Nacional de Promoção da Saúde.** *Cad. Saúde Pública.* vol.29, n.10, 2013. pp. 1997-2007.

FRENK, J.; GOMEZ-DANTES, O. **La globalización y la nueva salud pública.** *Salud pública de México.* Cuernavaca, v. 49, n. 2, p. 156-164, 2007.

GIOVANELLA, L. **Ideologia e poder no planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa.** 1989. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro. 1989

GOMIDE, A.A. **Agenda Governamental e Formulação de Políticas Públicas: o projeto de lei de diretrizes da política nacional de mobilidade urbana.** IPEA. Texto para discussão. nº 1334. 2008. Disponível em: <www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/tds/td_1334.pdf>. Acesso em janeiro /2013.

GREEN, L.W.; KREUTER, M.W. **Health Promotion Planning: An Educational and Ecological Approach**, 4th edition, McGraw-Hill, New York, 2005.

HEIDMANN, I.T.S.B. et al. **Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções.** *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 15, n. 2, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Dados demográficos da Bahia. 2015.**

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010: características da população e dos domicílios.** Rio de Janeiro; 2011.

JESUS, W.L.A. **Planejamento no SUS: O caso da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia 2007 a 2009.** Tese (Doutorado em Saúde Pública). Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Salvador. 2012. 177p.

KICKBUSCH, I. **The contribution of the World Health Organization to a new public health and health promotion.** *American Journal of Public Health*, 2003, 93: 383–388. 2003.

KINGDON, J.W. **Agendas, Alternatives, and Public Policies.** New York: HarperCollins, 2003. 3rd ed.

LALONDE, M. **A New Perspective on the Health of Canadians**. Ottawa, Ontario, Canada: Information Canada; 1974.

LEAVELL, H.; CLARK, E.G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill Inc., 1976.

LINS, A.M.; CECILIO, L.C.O. **O Programa UNI no Brasil: uma avaliação da coerência no seu processo de formulação e implementação**. Interface (Botucatu). 1998, vol.2, n.3, pp.87-106.

LOPES, M.S.V. et al. **Análise do conceito de promoção da saúde**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 19(3): 461-8. 2010

LYRA, T.M; ARAUJO JUNIOR, J.L.A.C de. **Análise de política: estudo da política pública de saúde ambiental em uma metrópole do nordeste brasileiro**. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 9, p. 3819-3828, Sept. 2014.

MALTA, D.C.; CASTRO, A.M. **Avanços e resultados na implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde**. B. Téc. SENAC: a R. Educ. Prof. RJ, v. 35, n. 2, maio/ago.2009.

MALTA, D.C. *et al.* **A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde: um balanço, 2006 a 2014**. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4301-4312, Nov. 2014a .

MALTA, D.C. *et al.* **Política Nacional de Promoção da Saúde: descrição da implementação do eixo atividade física e práticas corporais, 2006 a 2014**. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*, Pelotas/RS vol. 19, n. 3, p. 286-299. 2014b.

MANNHEIMER, L.N.; LEHTO, J.; ÖSTLIN, P. **Window of opportunity for intersectoral health policy in Sweden —open, half-open or half-shut?** Health Promot. Int. v.22, n.4: p. 307-315. 2007. Disponível em: <http://heapro.oxfordjournals.org/>

MEDINA MG. et al. **Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da família?**. Saúde debate. Rio de Janeiro, V. 38, n. especial, p. 69-82, Out 2014.

MOYSÉS, S.J.; MOYSÉS, S.T.; KREMPEL, M.C. **Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção da saúde: a experiência de Curitiba**. *Ciência Saúde Colet*; v.9, n.3: p.627-641. 2004.

NILSON, E.A.F.; WESTPHAL, M.F. **Country report of Brazil: priorities and major Health Promotion efforts in 1998-1999.** In: WORLD HEALTH ORGANIZATION. Megacountry Health Promotion Network, Geneva, Switzerland, 1998. Annex E: Countries Reports.

NUTBEAM, D. **Evaluating health promotion.** *British Medical Journal*, 318, 404A, 1999.

NUTBEAM, D. **Health promotion glossary.** *Health Promotion International*, v.13, p.349–364. 1998.

OPAS. Organizacion Panamericana de Salud. **Division de desenrolo de Sistemas e servicios de salud. Funciones essenciais de Salud Pública: documento de posicion.** Washington, DC. 1997.

OPAS. Organizacion Panamericana de Salud. **El Movimiento de Municipios Saludables: una Estrategia para la Promoción de la Salud en América Latina**, v. 96-14, abril. 1996.

PAIM, J.S. **Modelos Assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde.** Notas para discussão nos Seminários Temáticos Permanentes. ANVISA/ISC-UFBA. Brasília, 2001.

PAIM, J.S. **Desafios para a Saúde Coletiva no século XXI.** Salvador: EDUFBA, 2006. p.117-138.

PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. **Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas?** *Rev. Saúde Pública.* vol.32, n.4, pp. 299-316. 1998.

PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. **A crise da Saúde Pública e a utopia da Saúde Coletiva.** Casa da Qualidade Editora, Salvador, 2000, 125p.

PAIM, J.S.; COSTA, H.O.G.; VILASBOAS, A.L.Q. **Política pública e controle da violência: um estudo de caso na cidade de Salvador, Bahia, Brasil.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, Mar. 2009.

PATTON, M. **Qualitative evaluation and research methods.** Beverly Hills, CA: Sage. 1990. (pp. 169-186)

PELLEGRINI FILHO et al. **Promoção da Saúde e seus fundamentos: determinantes sociais de saúde, ação intersetorial e políticas públicas saudáveis.** In: PAIM, J.S., ALMEIDA FILHO, N. Saúde Coletiva: teoria e prática. Ed. Medbooks. 2013.

PINTO, I.C.M. **Ascensão e Queda de uma Questão na Agenda Governamental: o caso das Organizações Sociais da Saúde na Bahia.** . Tese de Doutorado em Administração Núcleo de Pós Graduação em administração da UFBA. Bahia. 2004.

PINTO, I.C.M. **Mudanças nas Políticas Públicas: a perspectiva do ciclo de política.** *Rev. Pol. Públ. São Luis*, v. 12, n. 1, p. 27-36, jan./jun. 2008.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Relatório de Desenvolvimento Humano 2015.** Disponível em: <http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr15_overview_pt.pdf>. Acessado em 12 de janeiro de 2016.

POMPONET, A.S. Plano plurianual participativo 2008-2011 na Bahia: uma análise. Dissertação de mestrado. Universidade Federal da Bahia / Escola de Administração. Salvador, 2012. 140p.

POTVIN, L.; HADDAD, S.; FROHLICH, L. Beyond Process and Outcomes Evaluation: a Comprehensive Approach for Evaluating Health Promotion Programs. In: ROOTMAN, I.G. et al. (editores). *Evaluation in Health Promotion. Principles and Perspectives.* World Health Organization. Copenhagen. 2001. pp 45-62.

PROGRAMA DO GOVERNO WAGNER PARA A SAÚDE. 2006.

RABELLO, L.S. **Promoção da Saúde: a construção social de um conceito em perspectiva comparada.** Ed. Fiocruz. Rio de Janeiro, 2010.

ROOTMAN, I.; GOODSTAT, M.; POTVIN, L.; SPRINGETT, J. **A framework for health promotion evaluation.** In: ROOTMAN, I. et al. (eds), *Evaluation in Health Promotion, Principles and Perspectives.* WHO Regional Publications, Copenhagen, European Series 2001, pp. 7–33.

SIGERIST, H. E. **The place of the physician in modern society.** In: **ROEMER, M. 1. Henry E. Sigerist on the Sociology of Medicine.** Nova lorque, MD. Publications, 1960, pp. 65-74.

SILVA, P.F.A.; BAPTISTA, T.W.F. **Os sentidos e disputas na construção da Política Nacional de Promoção da Saúde**. *Physis*, vol.24, n.2, 2014. pp. 441-465.

SILVA, K.L. et al. **Intersetorialidade, determinantes socioambientais e promoção da saúde**. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, vol.19, n.11, pp. 4361-4370, 2014.

SILVA, S.T. et al. **Combate ao Tabagismo no Brasil: a importância estratégica das ações governamentais**. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 539-552, 2014.

SMITH, B.J., TANG, K.C., NUTBEAM, D. **WHO Health Promotion Glossary**. Health Promotion International, Vol. 21 No. 4. 2006.

TESSER, C.D. **Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, Aug. 2009.

TESTA, M. Estrategia, coherencia y poder en las propuestas de salud (primera parte). Cuadernos Médico Sociales N°38. Rosario: Centro de Estudios Sanitarios y Sociales / Asoc. Médica de Rosario; 1986.

TESTA, M. **Pensar em Salud**. 1.ed. 3ª reimp. Buenos Aires. Lugar Editorial, 2006. 240p.

TESTA, M. **Pensamento Estratégico e Lógica de Programação (O caso da saúde)**. Hucitec/Abrasco, São Paulo, Rio de Janeiro, 1995. 306 p.

TRAVERSO-YÉPEZ, M.A. **Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional**. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.11, n.22, p.223-38, mai/ago 2007.

VIANA, A.L. **Abordagens metodológicas em políticas públicas**. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 5-43, 1996.

WESTPHAL, M.F. **O movimento de municípios saudáveis e a conquista da qualidade de vida**. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(1): 39-51, 2000.

WESTPHAL, M.F.; MOTTA, R.M.M.; BOGUS, C.M. **Contribuição para Formação de uma Rede brasileira de Municípios Saudáveis**. *Jornal do Conasems*, Brasília, n. especial, ago. 1998.

WESTPHAL, M.F.; WALLERSTEIN, N. editors. **Evaluation of health promotion effectiveness in Brazil**. Proceedings from the 1st Brazilian Seminar on Health Promotion Effectiveness May 10th to 13th, 2005, Rio de Janeiro, Brazil. *Promotion & Education* 2007; Supl. 1.

WORD HEALTH ORGANIZATION. **Ottawa Charter for Health Promotion**. In: Health Promotion. Vol. 1. Geneva, Switzerland: 1986.

YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS TÉCNICOS DA SES

Capacidades de poder

- Inicialmente, gostaria que comentasse um pouco sobre sua trajetória acadêmica e profissional, antes de atuar na SESAB (*Qual a sua graduação? Quando se formou? Realizou cursos de pós-graduação? Onde e em quais funções atuou?*)
- Desde quando atua na SESAB?
- Que cargos você ocupou na instituição?
- Qual a sua forma de contratação junto à SESAB?
- Atualmente, qual a sua função e principais responsabilidades na SESAB?
- Suas decisões de trabalho são negociadas diretamente com quais instâncias/pessoas?

Fluxo dos problemas e fluxo das alternativas

- A promoção da saúde é apresentada como tema no Plano Estadual de Saúde na gestão 2008-2011 e 2012-2015. Na sua opinião, o que motivou trabalhar este tema nos dois planos? (*questões complementares a serem consideradas, caso não se expresse no discurso do entrevistado)
 - * *Como estes problemas / necessidades foram reconhecidos (levantamentos populacionais, eventos mobilizadores, conhecimentos gerais na área)?*
 - * *Quais as pessoas/grupos que colocaram essas questões em pauta?*
- De que forma ocorreu o debate para a construção da pauta de promoção da saúde no PES 2008-2011 (em quais espaços as propostas debatidas)?
- Qual a sua participação neste processo?
- Quais foram as proposições apresentadas para trabalhar o tema PS durante o processo de construção do PES 2008-2011?
- Como a discussão avançou durante a construção do PES 2012-2015?
- Quem foram as pessoas/grupos que estiveram a frente deste processo? De que forma elas atuaram?
 - Quais pessoas/grupos ofereceram apoio? Quais pessoas/grupos se opuseram?

- O que contribuiu para a escolha das proposições de promoção da saúde priorizadas no PES 2008-2011? E quanto às escolhas priorizadas no PES 2012-2015?
- Em sua opinião, quais os fatores que influenciaram a mudança de direcionamento?

Aspectos do fluxo político em apoio ou oposição ao projeto

- Houve mudanças nos cargos do alto escalão da SES no período de 2008 a 2012?
Quais?
- Quais as instâncias responsáveis pela condução do projeto de PS durante a execução dos dois planos?

Características da Organização

- Como são tomadas as decisões mais amplas de definição e condução das ações sob a responsabilidade da secretaria de saúde (quais as formas e espaços de negociação; quem participa)?
 - Pessoas ou grupos externos à SES participam destas decisões? De que forma?
 - Existem órgãos colegiados internos? Quais são? Quem participa e de que forma atuam?
- Como os técnicos da secretaria receberam as mudanças nos direcionamentos de projetos propostos pela nova gestão estadual em 2007? Houve resistências? Quais? De quais grupos?

Métodos de trabalho da instituição

- Quais os tipos e periodicidades dos encontros de trabalho desencadeados para favorecer a implantação do projeto de PS apresentado na agenda?
- Quais as estruturas organizativas da SES participaram deste processo? Quais as responsabilidades de cada grupo?
- Que facilidades e dificuldades você identifica no desenvolvimento deste processo?
- Há mais algumas informações, que o Sr.(a) considere importante, sobre a constituição da agenda de promoção da saúde no Estado, que não foi abordada?

SECRETÁRIO ESTADUAL DE SAÚDE E PRINCIPAIS DIRIGENTES DA SES

Capacidades de poder

- Inicialmente, gostaria que comentasse um pouco sobre sua trajetória acadêmica e profissional, antes de atuar na SESAB (*Qual a sua graduação? Quando se formou? Realizou cursos de pós-graduação? Onde e em quais funções atuou?*)
- Desde quando atua na SESAB? (*apenas para os dirigentes*)
- Que cargos você ocupou na instituição? (*apenas para os dirigentes*)
- Qual a sua forma de contratação junto à SESAB? (*apenas para os dirigentes*)
- Suas decisões de trabalho são negociadas diretamente com quais instâncias/pessoas?
- Qual a sua trajetória política? Como chegou à posição atual?

Fluxo dos problemas e fluxo das alternativas

- A promoção da saúde é apresentada como tema no Plano Estadual de Saúde na gestão 2008-2011 e 2012-2015. Na sua opinião, o que motivou trabalhar este tema nos dois planos? (*questões complementares a serem consideradas caso não se expresse no discurso do entrevistado)
 - * *Como estes problemas / necessidades foram reconhecidos (levantamentos populacionais, eventos mobilizadores, conhecimentos gerais na área)?*
 - * *Quais as pessoas/grupos que colocaram essas questões em pauta?*
- De que forma ocorreu o debate para a construção da pauta de promoção da saúde no PES 2008-2011 (em quais espaços as propostas debatidas)?
- Qual a sua participação neste processo?
- Quais foram as proposições apresentadas para trabalhar o tema PS durante o processo de construção do PES 2008-2011?
- Como a discussão avançou durante a construção do PES 2012-2015?
- Quem foram as pessoas/grupos que estiveram a frente deste processo? De que forma elas atuaram?
 - *Quais pessoas/grupos ofereceram apoio? Quais pessoas/grupos se opuseram?*
- O que contribuiu para a escolha das proposições de promoção da saúde priorizadas no PES 2008-2011? E quanto às escolhas priorizadas no PES 2012-2015?
- Em sua opinião, quais os fatores que influenciaram a mudança de direcionamento?

Aspectos do fluxo político em apoio ou oposição ao projeto

- Houve mudanças nos cargos do alto escalão da SES no período de 2008 a 2012?
Quais?
- Quais as instâncias responsáveis pela condução do projeto de PS durante a execução dos dois planos?

Características da Organização

- Como são tomadas as decisões mais amplas de definição e condução das ações sob a responsabilidade da secretaria de saúde (quais as formas e espaços de negociação; quem participa)?
 - Pessoas ou grupos externos à SES participam destas decisões? De que forma?
 - Existem órgãos colegiados internos? Quais são, quem participa e de que forma atuam?
- Como os técnicos da secretaria receberam as mudanças nos direcionamentos de projetos propostos pela nova gestão estadual em 2007? Houveram resistências? Quais? De quais grupos?
- Como ocorre o planejamento orçamentário das ações da SES (quem participa, com base em quais informações se define as dotações)?
- Quem é o gestor do Fundo Estadual de Saúde?
- A SES participa de órgãos colegiados externos? Quais? Quem participa?
- Há mais algumas informações, que o Sr.(a) considere importante, sobre a constituição da agenda de promoção da saúde no Estado, que não foi abordada?

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA MEMBROS DO CES

Capacidades de poder dos sujeitos envolvidos com a formulação da agenda

Inicialmente, gostaria que comentasse um pouco sobre sua trajetória acadêmica e profissional (Qual a sua formação acadêmica? O Sr.(a) realizou cursos de pós graduação? Quais? Atualmente, qual a sua atuação profissional? Antes disso, onde atuou?

- Qual grupo o Sr(a) representa no CES?
- Desde quando participa do CES?
- Já participou de outros grupos de representação social?

Problemas orientadores das proposições da agenda e representações a respeito das soluções propostas

- O CES participou da construção dos PES 2008-2011 e 2012-2015? De que forma?
- *Em caso afirmativo* - A promoção da saúde é apresentada como tema prioritário nos dois Planos citados. Em sua opinião, o que motivou a inserção deste tema no PES (que fatos e/ou informações subsidiaram esse reconhecimento)?
- De que forma ocorreu o debate destas proposições (Em quais espaços foram debatidas)?
- Quem foram as pessoas/grupos que estiveram a frente deste processo? De que forma elas atuaram?
- De que forma, o CES participou destas definições?
- Qual a sua participação neste processo? (O que defendia? Por quais razões?)

Métodos para constituição da política de PS no âmbito da instituição

- O CES participou do processo de implantação do projeto de PS apresentado na agenda? *Em caso afirmativo* _ De que forma?
- Há mais algumas informações, que o Sr.(a) considere importante, sobre a constituição da agenda de promoção da saúde no Estado, que não foi abordada?

APÊNDICE 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) _____,

O(a) Sr.(a) está sendo convidado(a) para participar do estudo intitulado *Promoção da Saúde na Agenda governamental do Estado da Bahia*, desenvolvido junto ao Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA) como parte do projeto de doutorado desenvolvido por Ana Carla Freitas Fonseca, sob a orientação da professora Maria Guadalupe Medina.

O objetivo deste estudo é analisar o processo político de discussão e incorporação da proposta de Promoção da Saúde na agenda governamental do setor Saúde do estado da Bahia no período de 2007 a 2013.

O(a) Sr.(a) foi selecionado(a) por ter participado do processo de construção da agenda governamental do Estado da Bahia ou por ter mobilizado o tema promoção da saúde neste propósito. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a uma entrevista individual.

Não existe nenhum risco relacionado com a sua participação nesta pesquisa, assim como há isenção de despesas ou lucros para os participantes.

O(a) Sr.(a) tem o direito de pedir outros esclarecimentos sobre o estudo e pode se recusar a participar ou interromper a sua participação a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo.

Os resultados do estudo serão apresentados em conjunto, não sendo possível identificar os indivíduos que dele participaram.

O(a) Sr.(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do responsável pelo estudo, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Nestes termos, eu, _____, declaro que fui informado sobre os propósitos da pesquisa, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes e concordo voluntariamente em participar.

Salvador, ____ / ____ / ____

Responsável pela Pesquisa: Ana Carla Freitas Fonseca

Av. Dom João VI 1100 Ed. Rubi ap. 1101 Salvador - BA CEP: 40285 - 001 / Tel:(71) 3276-3874 / 9938-4106

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de saúde Coletiva – CEP/ISC

End. Rua Basílio da Gama, s/n - Campus Universitário Canela

Cep: 40.110-040- Salvador - BA

APÊNDICE 3

Quadro síntese da caracterização da formação acadêmica e das trajetórias profissional e política dos entrevistados.

ATORES	Formação acadêmica	Trajetória Profissional	Trajetória Política
E1	Graduada em Medicina em 1982, Especialista em Medicina Preventiva e Social e Epidemiologia, Mestre em Saúde Comunitária e Doutora em Medicina e Saúde. Não apresenta formação específica, nem experiência em pesquisa no eixo temático da promoção da saúde, entretanto participou de eventos científicos relacionados ao tema.	Professora Universitária a mais de 20 anos, ministrou disciplinas relacionadas a saúde coletiva e acompanhou atividades de extensão. Assumiu o cargo de diretora de curso universitário por mais de 4 anos. Fez parte do grupo nacional da área de vigilância a saúde, apoiando a construção dos documentos da política. É servidora pública da SES a mais de 20 anos, onde atuou como médica, coordenadora da área de vigilância epidemiológica e chefe de departamento de vigilância a saúde, posteriormente superintendente, cargo em que atuava durante o período de investigação, no qual esteve por mais de 4 anos.	Nunca teve filiação partidária, entretanto foi dirigente e membro de grupos de representação social com atuação no espaço da saúde (associação estudantil, sindicato de trabalhadores e Associação Baiana de Medicina). Além disso oferece apoio técnico a associações de portadores de patologias e associação comunitária. Foi membro do colegiado gestor da SES de 2007 a 2011, apresentava interlocução direta com representantes de outras secretarias e com a Casa Civil da Governadoria.
E2	Graduada em Enfermagem em 1970, fez vários cursos de especialização (saúde pública, planejamento e gestão), Mestre em Saúde Coletiva	Atuou como enfermeiro na área de clínica hospitalar, é servidora pública aposentada da SES onde esteve por mais de 20 anos, atuando como em diversos setores administrativos e de planejamento; atuou na área de vigilância epidemiológica, inicialmente como técnica em diversas áreas (imunizações, doença imunopreveníveis, meningite); e posteriormente como gerente, onde permaneceu por mais de 7 anos. Durante o período de investigação assumiu a coordenação da assessoria técnica da Superintendência de vigilância em saúde.	Não tem militância partidária nem atuação sindical ou em outros grupos de representação social.
E3	Graduada em Enfermagem em 1981, Especialista em Saúde Pública, Mestre em Saúde Pública e Doutora em Saúde Pública. Sem formação específica, nem experiência em pesquisa ou extensão no eixo temático da Promoção da saúde.	Professora Universitária a mais de 10 anos, ministrou disciplinas relacionadas a saúde coletiva. É revisora de periódicos científicos na área de epidemiologia a mais de 10 anos. É servidora pública da SES a mais de 20 anos, onde atuou como enfermeira, supervisora de regional, posteriormente atuou como coordenadora de programa da área de vigilância epidemiológica por mais de 10 anos, onde posteriormente atuou como diretora geral da área. Durante o período de investigação atuou como diretora de Vigilância Epidemiológica e posteriormente como Superintendente.	Não tem militância partidária, nem atuação sindical ou em outros grupos de representação social. Foi membro do colegiado gestor da SES de 2011 a 2014 e apresentava interlocução direta com representantes do 3º escalão de outras secretarias no encaminhamento de projetos afins a sua função.

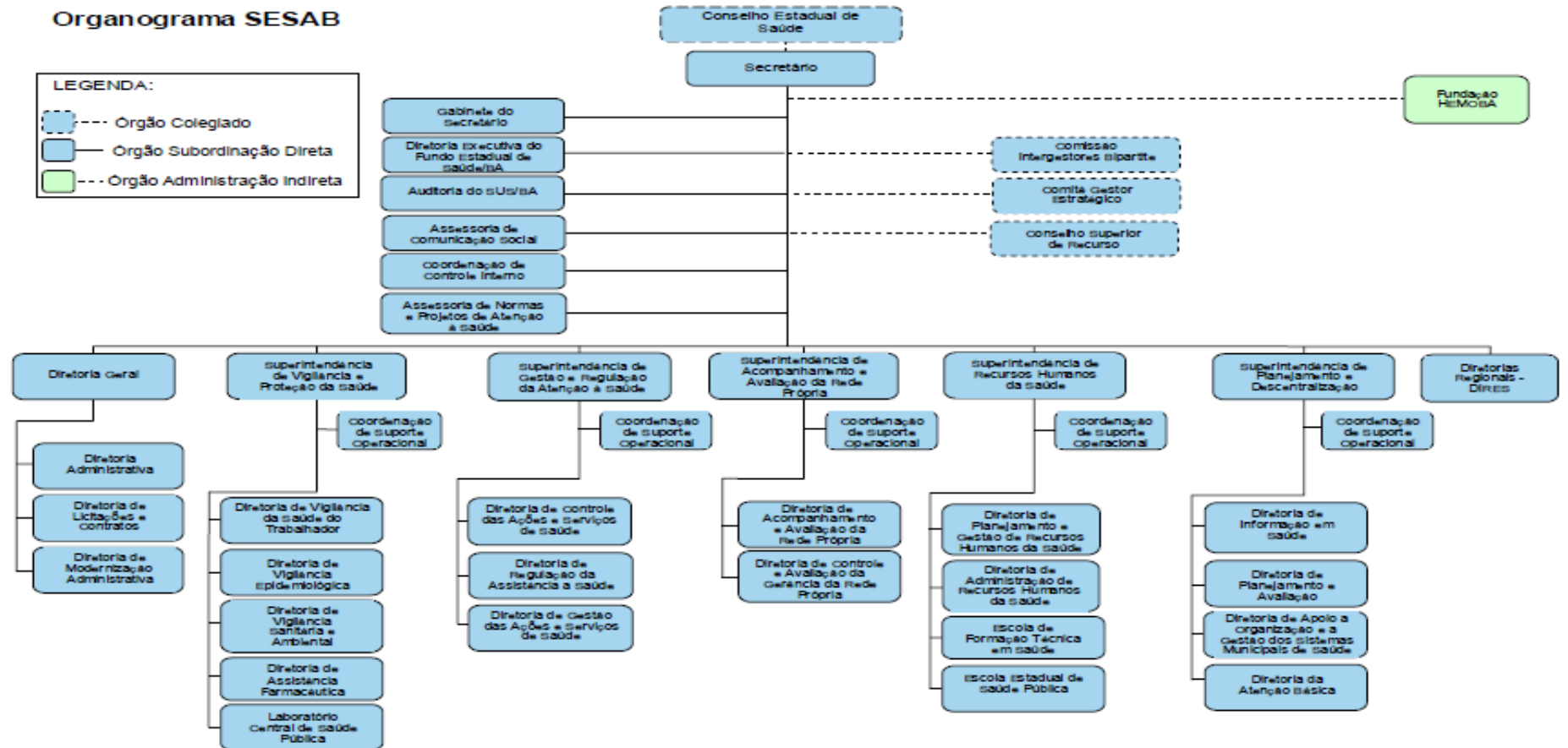
ATORES	Formação acadêmica	Trajetória Profissional	Trajetória Política
E4	Graduada em Nutrição em 1997, Especialista em Gestão de Sistemas de Saúde, Especialista em Medicina Social sob a forma de residência e Mestre em Saúde Comunitária. Não apresenta formação específica, nem experiência em pesquisa no eixo temático da promoção da saúde, entretanto participou de eventos científicos relacionados ao tema.	Atuou como sanitarista na área de planejamento e avaliação no âmbito da gestão municipal por mais de 6 anos. Foi Secretária Municipal de Saúde por menos de um ano. É servidora pública da SES a mais de 7 anos, entretanto atuou no âmbito estadual por apenas 4 anos na assessoria técnica da SUVISA, durante o período de investigação.	Não apresenta filiação político-partidária, mas atua como membro de movimentos sociais. Atuou como representante do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde.
E5	Graduado em Enfermagem em 2003, especialista em Educação Profissional na área de saúde e em Saúde da Família, com ênfase em Coordenação e Gerenciamento de Processos de Trabalho, especialista em Medicina Social sob a forma de Residência. Não apresenta formação específica, nem experiência em pesquisa no eixo temático da promoção da saúde, entretanto participou de eventos científicos relacionados ao tema.	Atuou como enfermeiro em Unidade de Saúde da Família; foi diretor de Atenção à Saúde e assessor de planejamento no âmbito municipal por 3 anos, professor universitário por 3 anos. É servidor público da SES a mais de 7 anos, onde atuou como coordenador de Gestão do Trabalho (2007-2010), assessor da Superintendência de Recursos Humanos e diretor de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.	É filiado ao Partido do Governo a quase 10 anos e atuou como em movimentos de representação social (associação de estudantes e apoio técnico a associações comunitárias) .
E6	Graduado em Medicina em 2006, especialista em Saúde da Família e mestre em epidemiologia com ênfase em atenção primária à saúde. Não apresenta formação específica, nem experiência em pesquisa no eixo temático da promoção da saúde.	Foi professor universitário por dois anos. Esteve vinculado a SES por 7 anos, inicialmente como cargo comissionado e posteriormente como servidor público onde atuou como coordenador e posteriormente como diretor na Atenção Básica; além disso atuou como médico regulador.	É filiado ao Partido do Governo a quase 10 anos e atuou como em movimentos de representação social (associação de estudantes). Não é membro do colegiado gestor da SES, mas apresenta interlocução direta e frequente com o Secretário de saúde nos encaminhamentos da Atenção Básica.

ATORES	Formação acadêmica	Trajetória Profissional	Trajetória Política
E7	Graduado em Enfermagem em 2007, Especialista em Saúde Coletiva, Mestre em Saúde Coletiva. Não apresenta formação específica, nem experiência em pesquisa no eixo temático da promoção da saúde	Atuou como enfermeiro por dois anos. É servidor público da SES a mais de 7 anos, onde atuou como membro da equipe de Assessoria de Planejamento do Gabinete do Secretário que posteriormente integrou a Coordenação de Projetos Especiais, onde assumiu a coordenação a menos de dois anos. É membro do Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção à Saúde do Estado da Bahia (2013 – atual); membro do Conselho Estadual de Desenvolvimento Territorial do Estado da Bahia – CEDETER; Membro do Comitê de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS na Bahia (2013- atual).	Não apresenta filiação político-partidária. Atuou como representante de associação estudantil. Após sua inserção como coordenador da COPE, representa a SES em vários grupos articulação interna e externa.
E8	Graduada em Serviço Social em 1991, Especialista em Administração de Recursos Humanos e Especialista em Saúde Pública. Não apresenta formação específica, nem experiência em pesquisa no eixo temático da promoção da saúde	É servidora pública da SES a 20 anos, onde atuou como assistente social em unidade hospitalar e ambulatorial, foi Coordenadora de Centro de Referência Assistencial para Pessoas com deficiência e técnica da Diretoria de Políticas. Durante o período da investigação atuou como Coordenadora de Políticas Transversais da Diretoria de Gestão do Cuidado e posteriormente assumiu o cargo de diretora desta instância.	Não apresenta filiação político-partidária. Atua como representante de movimentos sociais (associação de trabalhadores e de portadores de patologias) a mais de 10 anos. Apresenta interlocução direta com diretores para além do espaço onde atua.
E9	Graduado em Medicina em 1999, especialista em Saúde Pública/ Atenção Primária em Saúde, Especialista em Medicina de Família e Comunidade, Mestrado em Saúde Coletiva, Doutorado em Saúde Pública. Não apresenta formação específica, nem experiência em pesquisa no eixo temático da promoção da saúde	Atuou como médico clínico, diretor técnico de Unidade Hospitalar, foi secretário de saúde por 3 anos. Atua como professor universitário a quase 10 anos, é membro do corpo editorial de revista científica, sendo que também atua como revisor de periódicos. É servidor público da SES a 8 anos, onde atuou como assessor especial de Planejamento em Saúde, vinculado diretamente ao Gabinete do Secretário; foi Coordenador de Projetos Especiais e Superintendente de Recursos Humanos.	É filiado ao Partido do Governo a mais de 10 anos e atuou em movimentos de representação social (associação de estudantes, sindicato de trabalhadores). Foi membro do colegiado gestor da SES de 2007 a 2014 e participou de diversos grupos de articulação intersetorial representando a SES, dentre estes destaca-se sua articulação com a SEPLAN no processo de elaboração dos PPAs e em especial na construção do desenho do Programa Bahia Saudável.

ATORES	Formação acadêmica	Trajetória Profissional	Trajetória Política
E10	Graduada em Medicina em 1978, especialista em Política e Administração de Saúde, Mestre em Saúde Comunitária, Doutora em Saúde Pública. Apresenta experiência em pesquisa e projetos de extensão no eixo temático da promoção da saúde.	Professora Universitária a mais de 30 anos, onde ministrou diversas disciplinas na área da saúde coletiva, destacando-se sua atuação na área de planejamento, gestão e avaliação e desenvolvimento de políticas, assim como ministrou a disciplina Promoção da saúde e qualidade de vida no espaço de pós-graduação. É membro de Conselho Editorial de revistas científicas, sendo que também atua como revisora de diversos periódicos. Foi coordenadora no âmbito da graduação universitária; ministrou consultoria ao Ministério da Saúde no âmbito da Secretaria de Atenção a Saúde. Apresenta produções científicas na área de promoção da saúde.	Apresenta filiação político-partidária, mas destaca que nunca apresentou qualquer tipo de militância. É membro de movimentos sociais ligados a universidade na área da saúde coletiva e já ocupou cargos de direção. Apresenta relação direta, mas pontual com alguns diretores e secretário de saúde da SES.
E11	Graduado em Medicina em 1984, é especialista em Medicina Social sob a forma de residência, Mestre em Saúde Coletiva, Doutor em Clínica Médica. Apresenta experiência em pesquisa no eixo temático da promoção da saúde.	Foi servidor público da SES na função de sanitarista por mais de 10 anos. É servidor público da Universidade Federal da Bahia com a função de médico a mais de 20 anos, onde atuou como professor e diretor de departamento; foi consultor do Departamento de Atenção Básica à Saúde da Secretaria de Políticas de Saúde – MS por mais de 4 anos, foi professor colaborador de várias universidades públicas, secretário municipal de saúde por 4 anos, Secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde por 3 anos. Durante o período de investigação atuou como secretário estadual de saúde.	É filiado ao Partido dos Trabalhadores a mais de 30 anos, sendo que participou do processo de construção do partido, tendo ocupado cargos de liderança. Quanto a participação em movimentos sociais, foi membro de associação estudantil, foi membro de associação sindical, participou de projetos com interface com associação de moradores. Como parte de sua atuação política profissional foi membro da CIT, membro do CONASEMS, membro da CIB, membro e presidente do CES durante o processo de investigação.
E12	Técnica em química e graduada em Ciências Biológicas. Não apresenta formação específica, nem experiência em pesquisa no eixo temático da promoção da saúde.	A maior parte da vida profissional atuou como técnica de laboratório de controle ambiental. Trabalhou no Centro de Pesquisa e Desenvolvimento do Estado da Bahia (CEPED), onde foi uma das fundadoras do SINDPED - Sindicato dos Empregados de Empresas de Assessoramento, Perícia, Informação e Pesquisa do Estado da Bahia, no início da década de 90. Desde então atua no sindicato, sempre voltada para a área de saúde do trabalhador. Atualmente, além de atuar no departamento de saúde, é responsável pelo departamento de imprensa.	É filiado ao Partido dos Trabalhadores a mais de 30 anos, onde atuou na comissão de saúde. Foi membro do CES no período de 2006 a 2011, como representante dos usuários, do seguimento sindical. Foi membro de associação de trabalhadores e a mais de 25 anos atua em associação sindical, onde exerceu cargo de direção.

ANEXO 1

Organograma SESAB 2005



Organograma SESAB 2007

