



Universidade de Brasília

Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade.

Departamento de Administração

Pedro Kacueya Rodrigues Celestino

Implementação de Políticas Sociais: Estudo Comparativo do Programa “Saúde da Família” No Brasil e do Programa “Agente Comunitário De Saúde” em Luanda - Angola

Brasília – DF

2015

Pedro Kacueya Rodrigues Celestino

IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS SOCIAIS: Estudo Comparativo do Programa “Saúde da Família” no Brasil e do Programa “Agente Comunitário de Saúde” em Luanda-Angola

Monografia apresentada ao Departamento de Administração como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Administração.

Professora Orientadora: Dr^a. Sheila Cristina Tolentino Barbosa

Brasília – DF
2015

Pedro Kacueya Rodrigues Celestino

Implementação de Políticas Sociais: Estudo Comparativo do Programa “Saúde da Família” No Brasil e do Programa “Agente Comunitário de Saúde” em Luanda-Angola

A Comissão Examinadora, abaixo identificada, aprova o Trabalho de Conclusão do Curso de Administração da Universidade de Brasília do aluno

Pedro Kacueya Rodrigues celestino

Prof.^a Dr^a. Sheila Cristina Tolentino Barbosa
Professora-Orientadora

Prof. Dr. Adalmir de Oliveira Gomes
Departamento de Administração

(Professor-Examinador)

Profa. Dr^a Suylan de Almeida Midlej e
Silva.
Departamento de políticas públicas

(Professor(a) –Examinador)

Brasília, 07 de Dezembro de 2015.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, o criador dos Céus e da Terra. A Ele “toda honra e toda glória”. À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a. Sheila Cristina Tolentino Barbosa, pela dedicação e paciência que teve ao longo da elaboração da pesquisa, mesmo sabendo que eu era um estrangeiro, em momento algum desistiu de mim. Foi notória sua vontade em ajudar-me a concretizar meu grande sonho. Agradeço também à minha mãe, Julia Avelino Celestino, e ao meu tio, Joaquim Celestino, pela vossa presença em minha vida. Aos meus queridos amigos, Pereira Neto, Glaucia Azevedo e Dâmaris Bacon Carvalho, assim como à minha querida namorada, Suzana Daniel, pela disposição em sempre querer ajudar. Por fim, a todos aqueles que direta ou indiretamente estiveram sempre por perto, os meus sinceros agradecimentos.

RESUMO

Trata-se de um estudo comparativo entre o programa Saúde da Família no Brasil e o programa Agente Comunitário de Saúde em Luanda, Angola, ressaltando as diferenças de gestão em atenção básica à saúde e na implantação dos referidos programas. Para isso, foi utilizado o referencial teórico sobre implementação, baseando-se nos modelos *top-down* e *botton-up* de implementação de políticas públicas e o Protocolo 5C. Dentre as barreiras identificadas destacam-se os problemas de recursos humanos, infraestruturas, distribuição inadequada de recursos e iniquidade.

Palavras-chave: Políticas públicas; Modelo *top-down* e *botton-up*; Protocolo 5C; Programa Saúde da Família no Brasil; Programa Agente Comunitário em Luanda, Angola.

ABSTRACT

This work is a comparative study between the healthy programs *Programa Saúde da Família* (Family Health Program), in Brazil, and the *Agente Comunitário de Saúde* (Community Health Agent), in Luanda, Angola. This research aims at stressing the differences in the management of primary care in public health in the implementation of both health programs. In this regard, it was consulted the literature on implementation, based on the bottom-up and top-down models and in the 5C Protocol. Among the difficulties identified during research, this work points out the issues in human resources, infrastructures, inadequate distribution of resources and social iniquity.

Key-words: public policy; *top-down botton-up* models; 5C Protocol; *Programa Saúde da Família*; *Programa Agente Comunitário*; Family Health Program, Brazil; Community Health Agent, Angola.

Lista de Tabelas

Tabela 1- Valores investido no Programa Saúde da família de 2003 a 2009.....	34
Tabela 2- Distribuição dos agentes comunitários, supervisores e coordenadores nos municípios de Luanda	43
Tabela 3 - Valores do OGE no sector da saúde, 2006-2013 (em dólares e em percentagens)	43

Lista de Ilustrações

Gráfico 1- Número de Equipes do programa de Saúde da Família.....	31
--	----

Lista de Quadros

Quadro 1 - Comparação dos Dois Programas em Relação ao Protocolo “5C”	51
--	-----------

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
1.1. Formulação do problema	11
1.2. Pergunta de pesquisa	12
1.3. Objetivos Gerais.....	12
1.4. Objetivos específicos.	13
1.5. Justificativa da pesquisa	13
2.1. Implementação de Políticas Sociais.....	17
2.2. Modelos <i>top-down</i> e <i>botton-up</i>	20
2.3. Protocolo 5C	22
3. MÉTODO DE PESQUISA	24
3.1. Tipo de pesquisa.....	25
3.2. Coleta de dados	26
3.3. Codificação de dados.....	26
4. PROGRAMA DA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL	28
5. SISTEMA DE SAÚDE ANGOLANO	35
5.1. Principais desafios a serem enfrentados em Angola na área da saúde.....	37
5.2. Programa agente comunitário de Saúde em Luanda.....	39
5.3. Número de famílias alcançadas em Luanda.	41
5.4. Volume de Recursos Aplicados	43
6. ANÁLISE	45
6.1. Comparações dos programas “Saúde da Família no Brasil” e “Agente Comunitário” em Luanda, Angola.	45
6.2. Quadro 1 - Comparação dos Dois Programas em Relação ao Protocolo “5C”	51
7. CONSIDERAÇÃO FINAIS	53
REFERÊNCIAS	57
APÊNDICES	60
ANEXO	61

1. INTRODUÇÃO

Fazer políticas sociais é acreditar que elas podem resolver algumas lacunas sociais; por exemplo, a miséria e a desigualdade social que muitos países enfrentam. Além de melhorar as condições de vida da população, o objetivo das políticas sociais é garantir que haja crescimento em diversos setores, como a saúde, a cultura, a educação, ou a economia.

A expressão “Política Social” pode ser entendida como a intervenção nas várias proporções da vida social. Esta mesma intervenção caracteriza “o processo estatal de transferência e distribuição de recursos fundamentais à existência de grupos sociais” (AMBRANCHES e COL, 1987). Por outro lado, como fala Hofling (2001, p.2):

As políticas sociais se referem às ações que determinam o padrão de proteção social implementado pelo Estado, voltadas, em princípio, para a redistribuição dos benefícios sociais visando à diminuição das desigualdades estruturais produzidas pelo desenvolvimento socioeconômico.

Na visão de muitos autores, essas políticas têm como missão assegurar a manutenção da inclusão social para o bom funcionamento de uma sociedade. É importante salientar que os programas voltados para as áreas sociais apresentam sempre alguns déficits na execução das mesmas; muitas vezes essas dificuldades são geradas pela falta de eficiência, pela falta de recursos disponíveis, e pela baixa transparência ao atender a população em geral.

A essência real da criação dessas políticas está sem dúvida em combater a miséria e garantir que a população tenha uma qualidade de vida satisfatória, ou seja, essas ações sociais existem para garantir o bem-estar da população. No que concerne à implementação das políticas sociais, Franco e Cohen (2007, p.9) afirmam o seguinte:

Tanto no passado como na atualidade, os programas sociais têm estado longe de atingir seus objetivos. Isso se deve às evidentes deficiências na administração de recursos disponíveis, assim como á baixa eficácia na geração de produtos com os quais se pretende atender as carências da população destinatária.

É nisso que surge a importância deste trabalho. Em qualquer país a educação, saúde e a segurança social são elementos-chave os quais o Estado tem a obrigação de garantir à população. O foco desta pesquisa é a saúde; sendo assim, o objetivo é fazer um estudo comparativo em termos de gestão entre o Programa Saúde da Família no Brasil, e o Programa Agente Comunitário de Saúde, em Luanda, Angola.

A importância desse estudo está no fato de que Brasil e Angola são países ligados histórico, linguística e culturalmente, e os programas de atenção básica à saúde buscam trazer acessibilidade a toda à população, incluindo às zonas rurais e outras populações isoladas, sendo esse desafio ímpar para o Brasil, que é um país continental, e igualmente para a Angola, uma democracia recente que ainda vence a experiência do pós-guerra.

A pesquisa está dividida em seis capítulos. O primeiro expõe um panorama geral sobre políticas públicas (sua importância e sua definição), como se dá a implementação de políticas sociais, os modelos *top-down* e *bottom-up* de implementação de políticas públicas e, por último, apresenta o “Protocolo 5C” que permite que haja melhor compreensão no que tange à comparação dos respectivos programas de saúde. No segundo capítulo o foco é mostrar qual caminho a pesquisa percorreu para concretizar o objetivo pré-determinado. O estudo é comparativo e os dados foram obtidos através de artigos científicos, manuais do governo, bases de dados virtuais e entrevistas com profissionais da área. No terceiro e no quarto capítulo, a pesquisa apresenta o Programa Saúde da Família no Brasil e o Programa Agente Comunitário de Saúde, em Luanda, respectivamente. No quinto capítulo a pesquisa faz uma análise de resultados dos dois programas, enquanto no sexto identificam-se as barreiras identificadas ao longo da pesquisa.

1.1. Formulação do problema

Como referenciado por Franco e Cohen (2007), os programas sociais continuam a ser a maior preocupação no Brasil, pois seus índices têm estado longe daquilo que se espera obter. Ainda segundo os autores, barreiras como a má distribuição de recursos disponíveis e a ineficiência na geração destes mesmos

recursos podem estar na eminência da baixa qualidade de implementação de alguns programas.

Por outro lado, outra barreira na implementação de políticas públicas pode ser a centralização do poder. Franco e Cohen (2007, p.12) consideram que a concentração do poder pode ser uma barreira, pois, quando o poder está concentrado, nota-se que os interesses próprios são colocados em primeiro lugar por parte daqueles que detêm o poder, deixando de lado as preocupações que assolam a população.

Sendo assim, é importante conhecer quaisquer tipos de barreiras que façam com que as políticas implementadas não alcancem os objetivos para os quais foram criadas. Conhecendo-as, é possível evitar todas essas dificuldades, presentes hoje tanto em Angola como no Brasil, que têm sido um grande obstáculo principalmente para as populações que vivem em locais de difícil acesso.

1.2. Pergunta de pesquisa

Há barreiras comuns para implementação dos “Programas Saúde da Família” no Brasil e o “Programa Agente comunitário” em Luanda-Angola?

1.3. Objetivos Gerais

Diferenças de gestão na atenção básica à saúde existentes na implementação do Programa Saúde da Família no Brasil e do Programa Agente Comunitário de Saúde em Luanda; verificar as principais barreiras à implementação desses programas, para que, de modo comparado, possam ser identificadas as barreiras comuns e suas causas.

1.4. Objetivos específicos.

Apresentar o Programa Saúde da Família no Brasil; Apresentar o Programa Agente Comunitários em Luanda, Angola; Comparar as políticas com relação à gestão da implementação; Identificar as barreiras à implementação.

1.5. Justificativa da pesquisa

Não só ao Estado, mas também às varias instituições (locais e internacionais), compete o cuidado com a saúde. É importante realçar que o Estado eficiente é aquele que se preocupa em racionalizar os recursos com base nas necessidades enfrentadas pela população. Para Ernesto e Rolando (2007, p. 160.), a eficiência “consiste em exigir a boa administração dos recursos públicos, obtendo a maior quantidade de produtos e qualidade semelhante com a mesma quantidade de recursos”. Sabendo que os recursos são escassos, é necessário que haja equidade na distribuição dos mesmos.

Em políticas de saúde, a equidade é a forma de fazer com que haja equilíbrio na distribuição dessas políticas e fazer com que os programas de saúde consigam atender principalmente os mais necessitados, fazendo com que haja igualdade de oportunidades e, concomitantemente, a redução da desigualdade.

Angola é um país que viveu mais de trinta e cinco anos de guerra civil desde a sua independência. Hoje, apesar da paz que prevalece há mais de dez anos, vive-se um cenário que muito se assemelha à realidade brasileira, de corrupção e desigualdade social. O sistema político é ainda baseado na ditadura e com isso a sociedade se depara com problemas sociais como a pobreza, a educação, a saúde, o saneamento básico, etc.

Em decorrência da guerra civil que o país enfrentou os problemas sociais ainda hoje assolam de maneira bem visível a população. “A falta de clareza nos problemas a serem enfrentados, a desorganização do poder público, podem ser responsáveis pela baixa qualidade da saúde pública em Angola” (OPLOP 2011, p.02). Ainda segundo essa mesma fonte, “de maneira geral, a saúde em Angola carece demasiadamente de melhorias”. Já o Ministro da Saúde de Angola, José

Van-Dúnem, considera que o Estado deve se reorganizar para melhor conseguir assistir a população.

Enquanto isso, o Brasil é um país com quase duzentos anos de independência, mas que ainda vivencia inúmeros problemas sociais. A pobreza se manifesta em diferentes aspectos da vida social e afeta de maneira diferenciada os grupos sociais. É nesse contexto que surgem as políticas sociais, disponibilizando programas, com principal objetivo de melhorar a qualidade de vida das populações, principalmente aquelas em situação vulnerável e de extrema pobreza.

Identificando todas essas lacunas na implementação das políticas sociais e baseando-se na história de um país como o Brasil, esta pesquisa pretende analisar o processo das políticas de implementação de saúde no Brasil e em Angola, e realizar um estudo comparativo entre os programas Saúde da Família, no Brasil, e Agente Comunitário de Saúde, em Luanda, Angola.

Visto que a saúde constitui um direito do cidadão, é importante que os organismos competentes (Estado e instituições locais e internacionais) consigam garantir o bem estar da população em total igualdade, investindo com força em infraestrutura e formando profissionais capazes de lidar com todas as demandas que se debatem na sociedade.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Falar de políticas públicas exige inserir-se numa discussão em que se encontram vários pensadores, cada um trazendo à tona o que na sua visão se encaixa como melhor definição. Dentre esses autores, muitos concordam no que diz respeito a políticas públicas, enquanto outros divergem sobre o mesmo.

As políticas públicas podem ser vistas como procedimentos que, em geral, direcionam a ação do poder público com a sociedade. Nessas políticas, o Estado deve intervir com o intuito de encaminhar os recursos públicos para que os mesmos atendam às necessidades de toda a população. Na implementação dessas políticas, toda a ação do Estado deve ser voltada em prol de resolver todas as dificuldades enfrentadas pela população (SOUZA, 2003)

Como afirma Teixeira (2002, p. 2), “elaborar uma política pública significa definir quem decide o quê, quando, com que consequência e por quem”. Com este pensamento, pode-se dizer que, para se elaborar uma política pública, é importante referenciar qual o público ao qual se destina e quais são os resultados que a mesma poderá alcançar. Para tal, as políticas públicas têm como principais objetivos assegurar os direitos sociais e solucionar todos os problemas relacionados à elaboração de recursos públicos, de maneira a evitar qualquer tipo de conflito social e responder às dificuldades e exigências vivenciadas nos vários setores da sociedade em que vivemos. É importante que o Estado intervenha nas várias áreas de atuação dos indivíduos, para que haja uma proporção na distribuição dos problemas sociais.

Para implementar qualquer programa de políticas sociais, a transparência e a eficiência são elementos-chave para nortear as demandas da sociedade. Ao projetar programas que respondam às carências da sociedade são exigidos fundos públicos, e para isso é necessário que haja transparência para que estes programas consigam atender todas as demandas para as quais foram criadas.

Gobert e Muller (1987 *apud* Hofling, 2001, p.31) consideram as políticas pública como “ações do Estado que buscam atender as necessidades do povo, focando as áreas da sociedade nas quais se encontra algum problema de ordem social”. Para Teixeira (2002, p.2):

Políticas públicas são instruções, princípios orientadores de ação do poder público; regras e procedimentos para as afinidades entre poder público e a sociedade, intervenções entre atores da sociedade e do Estado.

Para alguns autores citados por Souza (2006, p. 5) a política pública é como um “campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas”; Lynn (1980) define política pública como um “conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos”. Peters (1986) segue o mesmo veio: política pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos. Dye (1984) sintetiza a definição de política pública como “o que o governo escolhe fazer ou não fazer”. Na visão de Gonçalves (2012, p.51) “as políticas públicas, em geral, vêm de decisões tomadas por elementos do governo”, enquanto que para Rua (2009, p.20) “políticas públicas são definidas como todas aquelas ações envolvendo o poder público”. O mesmo autor salienta dizendo que “todas as ações de cunho privado, ainda que tenham um fim público, não podem ser confundidas como políticas públicas”.

Baseando-se em todos esses pensamentos, é possível entender políticas públicas como um conjunto amplo de várias ações e atividades elaboradas, na qual participam e fazem parte delas várias entidades públicas e privadas. É possível dizer que o objetivo destas políticas é basicamente fazer valerem os direitos de cidadania em áreas determinadas: social, política e econômica.

Para esta pesquisa, e levando em conta que a mesma pretende identificar barreiras na implementação de políticas, o conceito mais adequado é o de Souza (2003), pois a autora traz uma visão de que a política é a soma das atividades do governo, na qual as ações têm como foco produzir um resultado específico influenciando a vida dos cidadãos na sociedade, e solucionar alguns problemas sociais, econômicos, culturais, ambientais que a sociedade enfrenta. A autora acrescenta ainda que a política pública é como um campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, colocar o governo em ação e/ou analisar essa ação, entendendo por que e como as ações tomaram certo rumo, e propor mudanças no rumo ou curso dessas ações.

2.1. Implementação de Políticas Sociais.

Implantar políticas sociais é uma tarefa que compete exclusivamente ao Estado. Quando se implanta uma nova política pública, o principal objetivo é tentar dar fim a algumas questões debatidas na sociedade.

Segundo D`Ascenzi (2013, p.101) “O campo de estudos de implementação em política públicas está fortemente atrelado às necessidades de desenvolvimento de melhorias nos processos de políticas públicas”. É importante lembrar que nem sempre as políticas implementadas tiveram os resultados esperados. Ainda segundo o autor, o sucesso e o fracasso dessas políticas têm sido objeto de vários estudos por especialistas dessa área de implementação, objetos que trazem sempre à tona questões relacionadas ao sucesso ou fracasso de tais políticas. Segundo D`Ascenzi (2013, p.103), “para que haja sucesso na implementação das políticas públicas, é necessário que os objetivos estejam bem delineados e claros, e que os implementadores [...] saibam exatamente o que se espera de tais políticas”. É bem verdade que hoje a sociedade se depara com questões bastantes críticas e complexas. Cabe ao poder público e às organizações competentes buscar solucionar tais problemas através de programas que possam suprir todas as necessidades da população.

Muitos estudos demonstram, portanto, que este não é um tema fácil de ser abordado, visto que apresenta desafios, principalmente em países onde a pobreza e a desigualdade social são elementos ainda fortes. Por outro lado, apesar de se tratar de um desafio bastante difícil, muitos autores consideram que o poder público e organizações competentes (locais e internacionais), devem trabalhar no sentido de identificar e solucionar todas essas vulnerabilidades que a população em geral debate, fazendo com que haja respostas rápidas e eficazes na execução das mesmas.

Lotta (2014, p.190) diz que “os resultados de uma política pública são influenciados pela forma como elas são implementadas e pelos diversos fatores que incidem sobre este processo”. Com isso, a implementação de políticas públicas geralmente está ligada, fortemente, à melhoria e desenvolvimento de processos políticos e administrativos, permitindo, assim, um crescimento nas áreas em que são implementadas (D`ASCENZI e LIMA, 2013, p.101). Segundo Peter e Pierre (2003,

p.225), a implementação é um campo de grande importância, pois traz uma análise geral desde o processo de transformação e execução até o momento da entrega. Já Soares (2010, p.08) considera que a implementação “deve ser vista como uma etapa subsequente à formulação e como um processo autônomo onde decisões cruciais são tomadas, e não apenas implementadas”.

Alguns estudiosos da área trazem como objeto de estudo três principais gerações nas pesquisas de implementação: os *pioneiros*, que trazem estudos exploratórios; a *segunda geração*, trazendo estudos relacionados de “cima para baixo e de baixo para cima” e, por fim, a *terceira geração*, que faz estudos mais sistemáticos e com base em pesquisas comparativas e estatísticas (PETER E PIERRE, 2010, p. 209). Segundo a ideia dos mesmos autores, as pesquisas feitas por esses pioneiros, na maioria das vezes, concentraram-se em questões como problemas, barreiras e fracassos na área de implementação de políticas. Os autores afirmam ainda que, “frequentemente as falhas não resultam apenas na má implementação, mas também nos instrumentos ruins de política”.

Bardach (1977) é considerado um pioneiro. Nos seus estudos, o autor valorizava questões relacionadas a conflitos dentro da implementação, que na sua concepção não passa de um jogo político onde cada um desses jogadores preocupa-se somente em satisfazer seus interesses.

Segundo Peter e Pierre (2009, p. 211), estudos sobre a segunda geração tiveram início na década de 80. Na concepção desses autores, a pesquisa da segunda geração baseou-se em “dar os próximos passos no desenvolvimento pela construção de modelo teórico ou estrutura de análise, capaz de guiar a análise empírica [...]”. Estes primeiros estudos sobre implementação pública tinham como foco “o processo de tomada de decisão [...] anos depois, o mesmo processo assumiu uma forma hierárquica de cima para baixo e de baixo para cima” (LOTTA, 2014, p.191). Ainda segundo o autor, nesta mesma época a política pública não se identificava como um sistema dinâmico.

Os autores da segunda geração procuravam ter uma visão mais otimista em relação ao sucesso da implementação, enquanto os Pioneiros viam a implementação somente numa perspectiva negativa, ou seja, como um elo perdido (Peter e Pierre 2010, p. 211). Contudo, para Lotta (2004, p.192):

As novas perspectivas analíticas começaram a desafiar a visão tradicional que por sua vez era centrada em processos hierárquicos, ou seja, de “cima para baixo” [...] essas novas perspectivas fizeram com que a implementação passa-se a ser vista como parte contínua, envolvendo barganha e negociação entre todos os atores interessados ou que dependessem de tal política.

O autor acrescenta que, nessa mesma época, foi iniciada uma observação um pouco mais profunda dos estudos na área de implementação, partindo da base até identificar fatores que influenciassem a ação e o comportamento das pessoas. Pesquisadores de cima para baixo, “costumavam adotar perspectivas de controle sobre implementação, tentando dar bons conselhos sobre a melhor forma de se estruturar um processo a partir do topo com objetivo de [...] minimizar ao mínimo possível as decisões de veto”. Por outro lado, os pesquisadores da corrente de baixo para cima “ênfatizam a influência da equipe da linha de frente [...] na realização de políticas de serviços sociais, transferências de renda, incapacidades de políticos, aplicação de leis pertinentes a cidadãos e empresas (PETERS e PIERRE, 2010, p. 211)”.

Ainda seguindo a concepção dos autores citados anteriormente, esses mesmos defensores de “baixo para cima” acreditam que essas análises partem de um problema específico desde “o desemprego de jovens, até as condições de crescimento de pequenas empresas” (PETERS e PIERRE, 2010, p. 211).

Um dos pontos importantes estudado pelos críticos da teoria de cima para baixo são os burocratas de nível de rua. Esses burocratas de nível de rua são todos os “funcionários que trabalham diretamente com os usuários dos serviços públicos como, por exemplo, policiais, professores, profissionais de saúde, etc.” (LOTTA, 2014, p.19). Para Lotta, esses burocratas de rua carregam uma enorme responsabilidade no que diz respeito ao aumento da efetividade na demanda dos serviços:

Aumento da efetividade da demanda dos serviços [...] e, concomitantemente, esses burocratas são pressionados pelos cidadãos a elevar a eficiência e a eficácia. É importante realçar que um dos entraves que poderia limitar a capacidade de atuação dos burocratas seria o controle excessivo por meio de regras e procedimentos e, com isso, inibir seu potencial de criação, o que levaria uma melhoria na implementação das políticas (LOTTA, 2014 p.19).

O modelo crítico de baixo para cima “fornece uma descrição acurada do processo de implementação quando a política é ambígua e o conflito baixo”

(PETERS e PIERRE, 2010, p. 211). Implementar políticas públicas, é importante realçar, não é uma tarefa fácil. Na verdade, essa tarefa tem sido um desafio para os próprios implementadores. Mas, por outro lado, com a implementação é possível construir instituições ou mecanismos que criem e desenvolvam um contexto de cooperação, solucionando alguns problemas debatidos pela sociedade (D'ASCENZI e LIMA, 2013, p.101). Há também estudos relacionados à terceira geração. Os críticos desse modelo fazem uma abordagem sistemática, baseando-se em projetos e pesquisas (PETERS e PIERRE, 2010, p. 211). Com base nas mudanças verificadas, muitos estudiosos desenvolveram suas pesquisas baseando-se nos dois modelos.

2.2. Modelos *top-down* e *botton-up*.

Segundo Najan (1995 *apud* CARVALHO *et al*, 2010, p.05), “o fracasso da implementação da política pública poder ser atribuído em duas abordagens: *top-down* (perspectiva em que a decisão política é autoritária) e *botton-up*, (considera a complexidade da política)”. Segundo Lota (2014, p.192), o modelo *top-down* “se reflete nas estruturas tradicionais de governança enfatizando a separação entre a política e a administração, focando no controle e na hierarquia”, enquanto o modelo *botton-up*, “observa o processo de criação de políticas como contínuo, no qual há modificação ao longo do tempo”. Na visão desse defensor, no modelo *top-down* a política deve obedecer à hierarquia, ou seja, essa mesma política é feita de cima para baixo e processada consoante aos objetivos e necessidades dos agentes.

Carvalho et al (2010, p.05), cita vários defensores de cada um dos modelos. Smith (1973) define o modelo *botton-up*, do qual é defensor, como:

[...] um processo contínuo, sem um fim definitivo [...] onde existe interação entre quatro componentes: grupo alvo que em geral é chamado a mudar de comportamento; a estrutura da organização implementadora; a liderança e os fatores ambientais.

Por outro lado, Edwards (1980, *apud* Carvalho *et al* 2010, p.06), é um defensor do modelo *top-down*:

O modelo *top-down* busca conhecer as condições prévias, bem como os seus principais obstáculos para uma implementação bem sucedida. Ainda segundo o autor, neste modelo identificam-se quatro fatores que se interagem simultaneamente: comunicação, recursos, disposição e estrutura.

Berman (1978) é o outro defensor do modelo *botton-up*. Esse autor defende que “o sucesso da implementação depende da complexa interação entre política e suas características”. Este defensor trabalha com duas abordagens, a micro e a macroimplementação. Segundo o mesmo, uma política é macro quando as políticas implementadas se traduzem em forma de projeto. Já a microimplementação ocorre quando as organizações locais, em resposta aos resultados do governo, decidem realizar suas próprias políticas. Na visão de Lotta (2014, p.191), por meio do modelo *top-down*, é possível observar qual a origem de cada política, quais as mudanças verificadas ao longo do processo de implementação e quais as alterações verificadas. Já outros autores contemporâneos, como Silva e Melo (2000, *passim*), trazem três modelos de implementação:

1. Modelo clássico do ciclo político;
2. Modelo como um processo linear;
3. Implementação vista como um jogo;

No que concerne ao modelo clássico do ciclo político a “[...] ação do governo é implementada de cima para baixo” (SILVA e MELO, 2000, p.4). Já no modelo como um processo linear, a implementação é considerada um sistema no qual se avalia, acompanha e corrige. Nesse modelo os autores acreditam que os problemas de implementação são em geral causados por algumas questões políticas e por alguns desvios por parte de alguns grupos e setores onde a política tem um impacto negativo. Por fim, na implementação vista como um jogo os implementadores atuam em recintos onde a imprecisão se manifesta em todos os níveis.

2.3. Protocolo 5C

Brynard (2000 *apud* Carvalho, 2011, p.19) propõe o Protocolo 5C, que permite que haja uma melhor compreensão no que tange à implementação de políticas públicas. Esse modelo será de grande importância nesta pesquisa, pois permitirá fazer uma análise mais profunda no que diz respeito à implementação de políticas sociais de saúde em cada um dos países analisados. Os 5C são descritos da seguinte maneira:

- Conteúdo da política;
- Contexto institucional;
- Compromisso dos responsáveis pela implementação;
- Candidatos (clientes) e coligações (Quais são).

Najan (1995, p.35), define cada um desses modelos da seguinte maneira:

Conteúdo da política: refere-se ao que se propõe fazer para resolver o problema percebido ao mesmo tempo, pode ser visto como a definição de metas e as ações voltadas ao governo.

Contexto: é o ambiente organizacional em que a política será implementada e que apresenta os limites que algumas vezes são estruturados como procedimentos operacionais. O autor apresenta três principais fatores necessários para implementação de políticas públicas:

1. Identificar os principais atores institucionais que influenciam ou são influenciados pelo processo de implementação;
2. Traçar os interesses e as relações de poder dentro das instituições relevantes;
3. Conhecer as características institucionais como influencia pela estrutura global de definição, econômica, política e jurídica em que se opera.

Compromisso da política: o comprometimento é formado principalmente pelo conteúdo da política e sua capacidade e pelo fato que ambos podem ser controlados do topo (modelo *top-down*). Já na perspectiva do modelo *bottom-up*, o comprometimento é, mesmo com a influência do conteúdo e da capacidade, influenciado muito mais pelo contexto institucional, como por candidatos e coligações.

Capacidade: este protocolo é também conhecido como recurso ou capacidade administrativa. São consideradas as seguintes variáveis: carga de trabalho dos funcionários, treinamento para execução de tarefas, fluxos de informação, recursos (humanos, materiais, financeiros) suficientes.

Candidatos (clientes) e coligações: é um protocolo que está mais voltado para o modelo *bottom-up*, uma vez que os estudiosos perceberam que a eficácia final da implementação depende potencialmente dos grupos-alvo aos quais a política está sendo transferida. Da mesma forma a implementação sob influência de coligações de grupo de interesse e de coligações externas.

Baseando-se nos objetivos propostos pela pesquisa sobre implementação de políticas sociais, a presente pesquisa se aproxima do modelo de baixo para cima, pois o mesmo faz com que todos os beneficiários da política, atores públicos e privados e a sociedade em geral sejam chamados para participar do processo, ou seja, em se tratando de programas de saúde, o modelo de baixo para cima é crucial pelo fato de garantir equidade e garantir que todos os utentes tenham igual acesso à saúde. Por outro lado, a pesquisa considera também o Protocolo 5C, por trazer variáveis fundamentais, permitindo um maior entendimento do processo de qualquer implementação de política. Falando propriamente do objeto de estudo da pesquisa, o protocolo 5C será importante, pois trará maior compreensão de uma forma detalhada sobre o funcionamento do “programa da saúde da família” no Brasil e o “programa agente comunitário em Luanda-Angola”.

3. MÉTODO DE PESQUISA

Pesquisar cientificamente significa realizar conhecimentos, apoiando-se em procedimentos capazes de dar confiabilidade aos resultados. O foco deste tipo de pesquisa é basicamente elencar as semelhanças e peculiaridades que podem surgir, assim como mostrar as divergências e soluções entre ambos.

Segundo Demo (2000, p.20), a pesquisa é vista como um elemento fundamental para obter um conhecimento. Já na visão de Prodanov e Freitas (2013), a pesquisa tem como finalidade sanar todas as dúvidas que podem surgir ao longo da investigação.

Por outro lado, é possível dizer, pesquisar é procurar respostas de forma simples para perguntas que podem surgir. Ou seja, pode-se dizer que em uma pesquisa procuram-se, através de entrevistas, documentos, consulta a pessoas, etc., respostas a elementos causadores de dúvidas em assuntos desconhecidos.

Para Lakatos e Marconi (2007, p. 157), a pesquisa pode ser considerada “um procedimento formal como método de pensamento reflexivo que requer um tratamento científico e se constitui no caminho para se conhecer a realidade ou para descobrir verdades parciais”.

Define-se o método científico como “um conjunto de processos técnicos que em geral são usados para alcançar determinado objetivo e o mesmo [...] é baseado em um roteiro que se apoiado em procedimentos lógicos, faz com que se atinjam objetivos pré-determinados” (PEREIRA, 2012, p.34).

Tal roteiro é descrito por Barbosa (2011, p.40), onde “o processo metodológico pode ser descrito nos seguintes passos”:

1. Construção da referência teórica;
2. Construção dos instrumentos da pesquisa;
3. Coleta dos dados;
4. Produção de texto, resultante da reconstrução das entrevistas, notas escritas e observação de documentos;
5. Codificação dos dados encontrados nos textos de sumário ou nas notas analíticas em categorias relacionadas às estruturas de interpretação oriundas da referência teórica.

6. Observação das relações entre os dados na busca de lacunas ou ênfase entre eles;
7. Redução da massa de dados e verificação de convergências;
8. Sintetização dos resultados da análise integrando os dados em uma estrutura explicativa.

3.1. Tipo de pesquisa

Para este trabalho, foram utilizadas a pesquisa qualitativa, a pesquisa descritiva e a pesquisa comparativa. É considerada qualitativa por não requerer uso de métodos estatísticos e dar ênfase à análise e interpretação dos dados coletados, e também porque pretende demonstrar, esclarecer e propiciar maior entendimento sobre a temática a ser estudada. Nesse tipo de pesquisa, o “ambiente natural é a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador é o instrumento-chave” (PEREIRA, 2012, p.60). Já na concepção de Silva (2007), outro autor, a pesquisa descritiva procura analisar de forma breve a relação entre variáveis com o objetivo de conhecer os resultados de um determinado fenômeno em estudo.

A pesquisa comparativa, em geral, possibilita o estudo comparativo de grupos sociais e pode se basear pela investigação de indivíduos, classes, ou mesmo de alguns fatos, com o objetivo principal de ressaltar as diferenças existentes entre eles, ou as semelhanças, caso existam (PEREIRA, 2012, p.38). Sabe-se que nas políticas públicas o Estado deve intervir com o intuito de encaminhar os recursos públicos, para que os mesmos atendam as necessidades de toda a população.

O método comparativo faz com que os dados sejam analisados de forma exata (LAKATOS e MARCONI 2007, p. 157). Já o autor Gil (2008), considera que esse método segue uma indagação de indivíduos, classes e fenômenos com o principal objetivo de realçar as diferenças e similaridades entre os fenômenos estudados. O autor afirma ainda que esse método é importante porque permite comparar os diferentes tipos de grupos existentes. Na implementação dessas políticas, toda a ação do Estado deve ser voltada para a resolução de todas as dificuldades enfrentadas pela população (SOUZA, 2003).

Para a presente pesquisa, o foco é fazer uma análise comparativa dos modelos de saúde pública do Brasil e de Angola, especificamente da política de

atenção básica de ambos nos programas Saúde da Família, no Brasil, e Agente Comunitário de Saúde, em Luanda, Angola, baseando-se nos modelos *top-down* e *bottom-up* e no Protocolo 5C.

3.2. Coleta de dados

Para realizar essa etapa foi necessária uma revisão bibliográfica dos processos evolutivos dos dois modelos de saúde pública nos dois países. Foram utilizados artigos científicos, manuais do governo e bases de dados virtuais e físicas. No caso desta pesquisa, procurou-se estudar as principais ações do Estado na implementação das políticas, os princípios orientadores, os principais conflitos de implementação e como acontece o processo de barganha entre as partes.

No que concerne a Angola existiram algumas limitações de dados. Nos *websites* de algumas instituições de renome em Angola, como o Ministério da Saúde, o Instituto Nacional de Estatística, e a Secretária Geral da Saúde as informações são bastante restritas, e em alguns deles as informações não estão atualizadas. Este fato dificultou a elaboração da pesquisa, visto que são instituições que em cujos *websites* deveriam obrigatoriamente constar tais informações. Alguns dados foram encontrados em algumas instituições brasileiras, nomeadamente a Fiocruz, que possui uma parceria na área da saúde com Angola. O *website* do Ministério da Saúde em Angola não traz informações suficientemente capazes de fornecer o panorama epidemiológico da população Angolana. Note-se que são encobertos assuntos considerados graves que poderiam ser públicos, para que fosse possível encontrar mecanismos de resolvê-los.

3.3. Codificação de dados.

Para realizar o levantamento necessário à pesquisa, foi necessário desenvolver uma serie de códigos (Apêndice A) organizados no sentido de realçar os principais pontos mencionados no referencial teórico. Sabendo que se trata de

um estudo comparativo, estes códigos são uteis por permitirem modular os principais pontos no momento da comparação entre os dois programas de saúde.

Segundo Barbosa (2011, p.43), “os códigos servem de rótulo, no sentido de mostrar dos dados coletados” durante a elaboração da mesma, realçando os principais pontos da referida pesquisa.

4. PROGRAMA DA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL

A implementação do Programa Saúde da Família (PSF) se deu após o Governo Estadual do Ceará ter implementado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Com o sucesso do programa, o Ministério da Saúde o estendeu para vários estados brasileiros em 1991 (SAÚDE COLETIVA, 2014).

Em 1993 ocorreu uma reunião em Brasília, nos dias 27 e 28 de dezembro, sob o tema “Saúde da Família”. Essa reunião ditou o começo do Programa Saúde da Família (VIANA e POZ, 2005, p.08). Ainda segundo os autores participaram dessa reunião “técnicos do Ministério da Saúde, secretários Estaduais, secretários Municipais de Saúde, especialistas internacionais e especialistas em atenção primária”. Um dado importante dessa reunião, segundo os autores, é que houve a participação de técnicos vindos de diversas regiões do país. Por outro lado, o UNICEF esteve diretamente ligada à criação do Programa de Saúde da Família (PSF), visto que foi um dos poucos órgãos internacionais que mais demonstrou interesse em apoiar o programa de atenção básica, tendo também contribuído financeiramente para a consolidação do mesmo (VIANA e POZ, 2005, p. 08).

Segundo Yepez (2007), o Programa de Saúde da Família (PSF) trouxe como principal perspectiva garantir uma maior capacidade resolutiva na saúde, promover o controle social e fazer com que haja uma proximidade entre as equipes de saúde e as famílias nas comunidades. É impossível falar do PSF sem mencionar o Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS). Este programa foi o percussor da implementação do Programa de Saúde da Família no Brasil.

O programa “Agente Comunitário de Saúde” foi criado pelo Governo Estadual do Ceará no ano 1987. O sucesso desse programa fez o Ministério da Saúde implementá-lo em vários estados brasileiros. Com isso, é incumbida ao Agente Comunitário a missão de integrar a comunidade dentro dos serviços de Saúde, ou seja, agir como facilitador da comunicação entre as equipes de saúde e a própria comunidade em geral (CARDOSO e NASCIMENTO 2010, p. 01).

Viana e Poz (2005) consideram que a formulação do PSF foi resultado do sucesso que o Programa Agente Comunitário obteve no Estado do Ceará. Com isto, o programa passa a constituir um instrumento de reorganização e reestruturação do sistema de saúde. Cardoso e Nascimento (2010) ressaltam que os agentes

comunitários são todos aqueles que estão a par da situação do dia a dia da comunidade, pois são moradores da própria comunidade. Eles são escolhidos para facilitarem os trabalhos das equipes de saúde e por estarem em constante contato com a realidade ou dificuldades que a comunidade se debate. Cada uma dessas equipes de profissionais de Saúde da Família tem a responsabilidade de acompanhar de perto pelo menos 600 a 1000 famílias (POVANI e MEDEIROS 2009). Os profissionais que integram a equipe de saúde, para serem considerados agentes comunitários, passam por alguns métodos de seleção que, segundo Pinheiro (2011), são primordiais na seleção dos mesmos. Entre eles o autor dá ênfase aos seguintes critérios:

- a) Prova escrita ou múltipla escolha, contemplando o aspecto de assistência integral à família (do recém-nascido ao idoso), com enfoque epidemiológico.
- b) Prova prática de atendimento integral à saúde família e comunitária
- c) Prova teórico-prática descritiva do atendimento a uma situação simulada
- d) Entrevista, com caráter classificatório, visando a seleção de profissionais com perfil adequado;
- e) Análise de currículo, sobre tudo referente às atividades afins às propostas contidas no PSF, também com o intuito de avaliar a experiência e o perfil adequado para exercício da função.

Segundo Cardoso e Nascimento (2010, p.3), as equipes dos profissionais que integram o grupo do PSF são compostas pelos seguintes profissionais:

1. Um médico
2. Um enfermeiro
3. Um auxiliar de enfermagem
4. Quatro ou seis agentes comunitários de saúde.

Já no ano 2000 o autor acrescenta que houve a necessidade de se acrescentar um novo serviço, "Saúde Bucal". Isso fez com que houvesse alteração na constituição dos grupos do PSF. A partir daí, o grupo dos profissionais do PSF passaram a contar com os seguintes profissionais:

1. Um médico (Clinico Geral)
2. Um médico dentista
3. Um enfermeiro
4. Um técnico responsável pela higiene dental

5. Um auxiliar de enfermagem
6. Um auxiliar de consultório dentário
7. Quatro a seis agentes comunitários (responsáveis por acompanhar pelo menos 150 famílias, sendo considerados como elo entre os profissionais de saúde e a comunidade).

Todos esses profissionais elencados anteriormente têm a difícil missão de encarar de perto e rever certos problemas que são identificados e que apresentam um grau elevado de dificuldades a níveis tecnológicos (CARDOSO e NASCIMENTO 2010, p.3).

Quanto às suas tarefas, os profissionais envolvidos nos programas de saúde da família têm a trabalhosa missão de realizar atividades consideradas “dinâmicas” e tais atividades devem sempre estar pautadas sobre avaliações constantes, feitas através de indicadores de saúde de cada área onde cada um desses profissionais atuam. Pinheiro (2011, p.20) considera que cada um destes profissionais devem ter em mente os seguintes aspectos:

- a) Conhecer a realidade das famílias pela quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, demográficas e epidemiológicas;
- b) Identificar problemas de saúde prevalentes e situações de riscos aos quais a população está exposta;
- c) Prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, com ênfase nas ações de promoção à saúde;
- d) Resolver, através da adequada utilização do sistema de referência e contra-referência, os principais problemas detectados;
- e) Desenvolver processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos;
- f) Promover ações Intersetoriais para o enfrentamento dos problemas identificados.

É importante que o objetivo primordial de criar o programa Agente Comunitário de Saúde (PACS) deveu-se ao intuito de contribuir na redução da mortalidade materna e infantil nas regiões mais pobres (Norte e Nordeste); com essa iniciativa do Governo do Estado do Ceará, o Ministério da Saúde considerou que estes mesmos agentes poderiam ser um veículo importante para a organização do serviço básico de saúde nos municípios (YÉPEZ, 2007). Pinheiro (2011, p.28), destaca as obrigações de cada “ente federativo” no que diz respeito o PSF, destacando que as tarefas são divididas da seguinte maneira:

Governo Federal

- Elaborar as diretrizes da política nacional de atenção básica;
- Co-financiar o sistema de atenção básica;
- Ordenar a formação de recursos humanos;
- Propor mecanismos para a programação, controle, regulação e avaliação da atenção básica;
- Manter a base de dados nacionais;

Estadual

- Acompanhar a implantação e execução das ações de atenção básica em seu território;
- Regular as relações intermunicipais;
- Coordenar a execução das políticas de qualificação de recursos humanos em seu território;
- Co-financiar as ações de atenção básica;
- Auxiliar na execução das estratégias de avaliação da atenção básica em seu território;

Municipal.

- Definir e implantar o modelo de atenção básica em seu território;
- Contratualizar o trabalho em atenção básica;
- Manter a rede de unidade básica de saúde em funcionamento (gestão e gerencia);
- Co-financiar as ações de atenção básica;
- Alimentar os sistemas de informação;
- Avaliar o desempenho das equipes de atenção básica sob sua supervisão (BAB/MS, 2011)

O gráfico abaixo mostra essencialmente o número de profissionais envolvidos desde 2002 a 2014. Vê-se que a cada ano engaja-se um número cada vez maior de profissionais nesta causa:



Fonte: Ministério da saúde

Gráfico 1: Número de Equipes do programa de Saúde da Família

Na visão de Viana e Poz (2005), as grandes dificuldades que o programa enfrenta são “a ausência de intervenção das demais esferas do governo, tanto Estadual como Federal, no auxílio do seu desenvolvimento [...], e a carência de recursos humanos” (VIANA e POZ, 2005). Entre os vários problemas que a sociedade enfrenta, muitos podem estar relacionados com a desigualdade e iniquidade; portanto, é necessário encontrar mecanismos que façam com que haja equidade nas práticas de saúde. Considera-se que hoje no Brasil a realidade de “desigualdade” vivenciada pode estar ligada à má distribuição de recursos, fazendo com que aconteça forte “exclusão social e econômica” e concomitantemente provocando, assim, “miséria e pobreza” no seio da sociedade (SENA e SILVA, 2008, p. 2).

Neste quesito, Bravo (2007, p. 16 *apud* Pinheiro, 2011, p.25) destaca que um dos grandes desafios desde a criação do Programa Saúde da Família diz respeito aos recursos humanos. A autora destaca a criação de uma “Secretaria de Gestão de Trabalho” com o intuito de solucionar alguns problemas relacionados a essa área. Para isto, essa secretaria vem enfrentando questões relacionadas aos recursos humanos que tem sido um dos grandes obstáculos na execução dos serviços voltados para a área de saúde.

Viana e Poz (2005) mostram que uma das principais dificuldades para expandir o programa de saúde, entre os vários outros obstáculos apresentados, está relacionada com a própria estrutura do Ministério da Saúde, que se apresenta excessivamente centralizadora e, por outro lado, o próprio Ministério apresenta uma “estrutura flexível”, o que dificulta a cooperação entre os agentes envolvidos, resultando nestes exemplos a seguir:

- I. A lenta resposta do aparelho formador de recursos humanos, como nas residências das faculdades de medicina, para explorar o campo da saúde coletiva e, com isto, desenvolver a formação de médicos generalistas;
- II. As resistências corporativas.
- III. A noção de que a “atenção primária é sinônimo de tecnologia simplificada”, o que na verdade acontece, pois o PSF incorpora uma ideia moderna de atenção primária, considerando que se desenvolve um leque de informática com intuito de diagnosticar e recolher dados sociais, econômicos, assim como, epidemiológico de toda a população que se pretende alcançar, ou seja, a população alvo.

Quanto à reforma do PSF, France (1997 *apud* Viana; Poz 2005, p.226) considera que os estudos que estiveram ligados ao processo sobre a reforma no sistema de saúde podem se diferenciar por dois tipos de reforma: “*Bing Bang*” e “Incremental”. As reformas *Bing Bang* são todas aquelas cuja missão é trazer mudanças significativas nas ações desenvolvidas pelo sistema de saúde de modo rápido. Já as Reformas Incrementais são pequenas mudanças que em geral acontecem no sistema de saúde, mas que acontecem de forma sucessiva.

Com o pensamento de France (1997), é possível considerar que as mudanças que aconteceram na reforma de 1988 são do tipo *Big Bang*, pois, de modo geral, mudaram o rumo no compute do sistema de saúde. Um exemplo claro dessa reforma é a criação do Sistema Único de Saúde-SUS, que é, sem dúvidas, uma de suas grandes conquistas. Nesse quesito, o PSF pode ser visto como uma reforma incremental, considerando que o mesmo traz mudanças significativas no que diz respeito à “reforma e remuneração das ações de saúde”, assim como no modo de execução e organização dos serviços.

A vida em condição de extrema desigualdade, além de comprometer a saúde, compromete também a “qualidade de vida da população”, como afirmam Sena e Silva (2008). Ainda segundo as autoras, a “distribuição desigual gera condições de vida que comprometem a saúde e a qualidade de vida da população em geral” (SENA e SILVA, 2008). No Brasil, as diferenças econômicas, sociais e culturais entre os diferentes grupos têm influência direta na qualidade de “vida e saúde” da população (SOUZA, 2008).

Já na visão de autores como Sena e Silva (2008), as diferenças estão intimamente ligadas com a situação atual, como qualidade de vida e saúde, e requerem fortes investimentos financeiros e um grau elevado de recursos tecnológicos, assim como de recursos humanos. No pensamento das autoras, todas essas diferenças regionais que a sociedade brasileira debate podem não estar ligadas à “desigualdade”, mas sim à “iniquidade”.

Um exemplo claro que os autores trazem diz respeito à região Nordeste. No Brasil, o Nordeste é visto como a região com maior nível de pobreza, o que gera maior desigualdade. Sena e Silva (2008) não concordam totalmente com essa visão, pois a região Nordeste apresenta-se como uma das mais ricas em termos de recursos naturais e, portanto, na visão das autoras, o Nordeste não pode ser visto

como a região mais pobre, mas sim como a região mais desigual (SENA e SILVA, 2008).

Surge daí, então, a importância da equidade. Ela, não se restringe, somente, em dar igual tratamento a todos, mas, acima de tudo, em dar atenção a quem realmente precisa (SOUZA, 2008, p.1). Sousa (2008), apesar de todas essas dificuldades de pobreza e desigualdade, afirma que é importante buscar a “equidade”, fazendo com que a distribuição seja justa para toda a população, criando mecanismos ou políticas que originem “inclusão social”.

Quanto às estatísticas, Pinheiro (2011), considera que desde o ano de 1998 até 2011, os números foram bastante evolutivos. Na visão da autora, na maioria das regiões existe hoje aproximadamente de 50% a 100% de cobertura do programa Saúde da Família. Partilhando do mesmo pensamento, Pinheiro (2011) considera que desde a implementação do Programa de Saúde da Família, até o ano de 2011, o número de equipes já ultrapassa 32.079 alcançando 5.284 municípios, número que, segundo as estatísticas, correspondem a quase 95% do total dos municípios.

No que concerne aos agentes comunitários, Pinheiro (2011) apresenta o número de 248.521 agentes comunitários igualmente repartidos em 5.391 municípios. Segundo a autora, esse número corresponde a o um expressivo de 97% do total nas regiões de Norte a Sul do país. Com isso, a autora destaca como se deu a evolução do Programa Saúde da Família e Agentes Comunitários desde 2003 até 2009, quanto aos quesitos físico e financeiro, desde que se deu a implementação dos referidos programas. Esses dados são mostrados no Anexo 1.

Em relação ao investimento que o governo aplicou tanto no Programa Saúde da Família como no Programa Agente Comunitário, a autora apresenta uma tabela de valores em reais investidos pelo governo na “Estratégia Saúde Da Família” entre os anos 2003 a 2009:

Tabela 1- Valores investido no Programa Saúde da família de 2003 a 2009

Ano	Valores investidos (em reais)
2003	1062.80
2004	2.191.04
2005	2.676.27
2006	3.248.50
2007	4.064.00
2008	4.767.00
2009	5.677000
Total	24.310.61

Fonte: Pinheiro (2011, p. 39)

5. SISTEMA DE SAÚDE ANGOLANO

Angola é um país que localizado na região austral da África Subsaariana, com uma superfície de aproximadamente 1.246.700 km². Segundo o último censo realizado em 2014, Angola tem uma população de aproximadamente 22.440.137 habitantes. Seu território é dividido em 18 províncias, 164 municípios e 522 comunas (QUEZA, 2010). Trata-se de um país rico em recursos naturais, tendo como principais fontes o petróleo, o diamante, o ferro, a agricultura, etc. (USAID, 2010).

Sua independência foi proclamada somente em novembro de 1975, e desde então os conflitos civis não pararam. Somente em abril de 2002 o país alcançou a tão sonhada paz. O conflito civil durou quase 36 anos, fazendo com que 61% da população vivesse abaixo da linha da pobreza, sendo 26% na linha da pobreza extrema (QUEZA, 2010). Isto posto, vê-se que o conflito armado em Angola deixou muitas mazelas. Hoje, em termos de IDH, Angola é apenas o 140º no ranking dos países (INEA, 2015).

Mesmo estando em reconstrução, o conflito armado ainda deixou muitas manchas no país, que se refletem na saúde, nas infraestruturas, na água potável, na precariedade no saneamento básico, nas dificuldades no acesso à energia elétrica, etc. Todos esses fatores têm contribuído cada vez mais para a pobreza extrema.

Para esta pesquisa, interessa falar sobre a saúde, especificamente a saúde pública. Hoje a situação angolana caracteriza-se pela “baixa esperança de vida ao nascer”, assim como altíssimas taxas de mortalidade materna e infantil e um elevado número de doenças que são originadas pela precariedade do saneamento básico (FONTES, 2011) .

No país são comuns doenças como a malária (considerada principal causadora da mortalidade infantil), o HIV/SIDA, doenças diarreicas agudas, doenças respiratórias, doença do sono e muitas outras (USAID, 2010). Com isso, é possível afirmar que, mesmo com a manutenção da paz, o estado de saúde ainda é preocupante. Segundo José Gomes Ribeiro, especialista em avaliação da saúde da Accenture, em fala ao Jornal de Angola (2015), “avaliar qualquer sistema de Saúde de um país é sempre uma missão bastante árdua, porque cada país apresenta diferentes capacidades de ‘recursos financeiros e humanos’”.

Na visão deste especialista, sempre existirão imperfeições em qualquer sistema de saúde pelos motivos citados anteriormente. No entanto, ainda assim é importante que o Estado faça fortes investimentos na saúde, com intuito de garantir o bem-estar da população. O especialista considera que, por ser a malária a principal causadora da mortalidade infantil, o governo deveria investir abundantemente na área para reverter esse quadro.

Em muitos países africanos, apesar dos esforços feitos para levar saúde à população, muitas dificuldades são constatadas para que a população tenha direito ao acesso à saúde, por conta dos problemas políticos, da escassez de recursos, não apenas humanos, mas também financeiros e tecnológicos, os quais provocam desigualdade social tremenda e fazem com que a população tenha dificuldades de garantir a saúde (OLIVEIRA e ARTMANN, 2009).

No caso de Angola, o sistema de saúde teve o seu substancial crescimento com a manutenção da paz alcançada em 2002 (USAUD, 2010). Esta paz trouxe uma pequena melhoria no que diz respeito ao abastecimento da saúde, entretanto muitos desafios têm sido enfrentados na garantia de melhora dos serviços de saúde. Todos esses desafios enfrentados em Angola fizeram com que o Ministério da Saúde de Angola (MINSa) elaborasse um plano estratégico em longo prazo, implementado a partir do ano de 2012 até o ano de 2025. Tal estratégia envolve planos traçados pelo governo para revitalizar o sistema de saúde neste espaço de tempo (PNDS, 2014).

É importante enfatizar que o governo tudo tem feito para integralizar, no sentido horizontal, programas de saúde nos municípios e nas zonas rurais onde a população tem, geralmente, dificuldades em acessar os serviços de saúde (USAUD, 2010). Ainda segundo esta fonte, a ONU, o Banco mundial, o UNICEF e a União Europeia têm sido parceiros importantes, desenvolvendo atividades imprescindíveis capazes de promover o acesso à saúde, em parceria com o MINSa.

Visto que o período de quase 36 anos de guerra deixou o país em condições vulneráveis, é necessário criar políticas de incentivo a nível fiscal, sobretudo na capacitação de mão de obra qualificada na área de saúde (RIBEIRO, 2015). Segundo o mesmo autor, o governo deve realmente investir nos profissionais que se mostram interessados e que apresentam qualidades técnicas, dispostos a contribuir para o desenvolvimento dos serviços de saúde (*ibidem*, 2011).

A diretora Nacional de Saúde Pública em Angola, Adelaide de Carvalho, disse ao jornal Agência Oficial de Notícia do Estado Angolano (ANGOP) que “a situação

da saúde pública nacional ainda é preocupante, merecendo, por isto, uma atenção especial das autoridades” (ANGOP, 2015). A especialista considera que apesar de haver indícios de evolução, a saúde pública ainda carece de muitos cuidados; para isso é importante desenvolver um trabalho árduo, para que resultados que satisfaçam toda a população possam ser alcançados.

5.1. Principais desafios a serem enfrentados em Angola na área da saúde.

Os recursos humanos têm sido um dos grandes desafios que o sistema de saúde nacional enfrenta. Algumas das grandes limitações no acesso à saúde estão “nas capacidades clínicas limitadas, no subatendimento nas áreas rurais, na escassez de médicos, no número reduzido de faculdades de medicina, na supervisão de qualidade limitada e nos poucos agentes comunitários” (USAID, 2010).

Ainda de acordo com a USAID, tem sido um grande desafio para o governo traçar estratégias para implementar políticas capazes de suprir todas estas demandas. Para isso, a estratégia tem sido investir mais em faculdades de medicina, com o intuito de formar quadros capazes de lidar com toda essa procura.

Já Oliveira e Artmann (2009) consideram que a “excessiva centralização de recursos nos grandes centros urbanos”, fazendo com que a população rural tenha dificuldade em receber atenção básica na área da saúde, é uma questão que deve ser levada em conta. O autor salienta que esse fator pode ser a principal razão de impedimento para que a população angolana tenha o direito universal de assistência dos serviços básicos de saúde (OLIVEIRA e ARTMANN, 2009). Outros autores, como Silveira (2006), consideram que descentralizar é dividir as obrigações relacionadas à saúde com o objetivo de fazer chegar a saúde para todos aqueles que têm dificuldade em acessar tal serviço. Fontes (2011) considera que descentralizar pode significar um ato que alicerça inclusão social, assim como também pode ser uma “resposta à diversidade étnica e geográfica de Angola”; enquanto Campos (2006) focaliza a descentralização nos municípios e zonas rurais.

Todas essas percepções são válidas. No caso de Angola, a descentralização pode ser uma grande solução, uma vez que o país vem de um longo período de

guerra e, além da saúde, existem outros problemas que a população enfrenta; a centralização do poder agrava cada vez mais a situação.

É importante que o governo consiga definir e distribuir alguma autonomia aos municípios, para que estes consigam, de alguma maneira, definir estratégias de inclusão para a população carente (ARTMANN e OLIVEIRA, 2009). A questão dos municípios têm sido um dos grandes dilemas para que a população tenha a acesso a saúde; o desafio é integralizar os serviços de saúde nos municípios com vista a revigorar o sistema municipal de saúde nessas localidades (USAID, 2010).

Outra questão que tem merecido forte atenção é a falta de infraestruturas. A guerra destruiu quase 80% delas, o que leva a um forte investimento para restaurá-las e garantir, assim, acesso à saúde para a população em geral. Por exemplo, reconstruir estradas que ligam províncias, municípios e zonas rurais, no intuito de ter uma distribuição eficaz de recursos (THOMAS, 2014).

A desigualdade social tem sido outra barreira para a promoção dos serviços, principalmente no que se refere à distribuição de recursos. O sistema de informação também é um dilema no sistema nacional de saúde. Muitos registros importantes, que deveriam estar publicados em sites de instituições de saúde, não estão disponíveis devido ao atraso no sistema tecnológico (USAID, 2010).

Ainda segundo a USAID, essas restrições de informação podem provocar a redução na distribuição de medicamentos e também o atraso no aprovisionamento nacional. Há a falta de um sistema de registro operacional, e o controle de qualidade é limitado. Para Varanda (2011), os problemas relacionados ao sistema nacional de saúde angolano podem estar relacionados à escassez de recursos humanos, resultado da má distribuição tanto de recursos financeiros e materiais, quanto de recursos humanos e profissionais.

Já Artmann e Oliveira (2009) apresentam dados que explicam a falta de investimento do governo na área da saúde. Entre o ano 1997 e 2001, o país investiu somente 3,3% na saúde, comparado com alguns países da mesma região — Na África do Sul, por exemplo, investiu-se quase 7,2% na área da saúde. Este fato demonstra o desinteresse governamental em investir no bem-estar da população. Outro fator observável verifica-se nos poucos médicos que o país tem, tanto nacionais como estrangeiros; além disso, estes médicos estão concentrados nos centros urbanos, desatendendo municípios e zonas rurais.

5.2. Programa agente comunitário de Saúde em Luanda

Sabendo que cabe ao Estado a garantia da saúde, é necessário que este mesmo Estado consiga traçar mecanismos que promovam a equidade na distribuição da saúde, assim como consiga criar artifícios de qualidade para que a população consiga ter acesso à saúde, pois existem em Angola muitos fatores básicos que precisam ser sanados (ARTAMANN e OLIVEIRA, 2009). Outro grande problema diz respeito às estradas destruídas pela guerra. Para fazer chegar saúde à população, é necessário reformular as estradas que ligam os grandes centros urbanos, os municípios e as zonas rurais.

Na segunda reunião Ministerial de Ciência e Tecnologia da CPLP, realizada em Dezembro do ano de 2003, “o Brasil colocou à disposição o Programa ‘PROÁFRICA’ que englobava muitos acordos com os países da comunidade CPLP” (CAMPOS, 2011). O ex-presidente Luiz Inácio Lula da Silva fortaleceu a cooperação entre África e Brasil, principalmente com países de língua oficial portuguesa (THOMAS, 2014). Ainda segundo o autor, entre os muitos projetos lançados para Angola, estavam os programas voltados para a área da saúde, ou seja, o Programa de Atenção Básica e o Agentes Comunitários de Saúde - Angola.

É importante realçar que a guerra deixou verdadeiras consequências em Angola. Com isso, são as periferias que mais sentem, pois cerca de 80% dos investimentos do governo destinam-se às zonas urbanas (SIS, 2010). Fontes (2011) considera que os problemas enfrentados em Angola são resultados da longa trajetória de guerra civil que o país viveu. Na visão do autor, “o longo período de guerra que o país viveu não se espelha somente na economia, mas também em muitos outros setores da sociedade” (FONTES, 2011).

Por essa razão, Artmann e Oliveira (2009) consideram que é importante investir verdadeiramente na área da saúde, para que seja possível “reconstruir e reestruturar” o sistema de saúde com um leque de profissionais capacitados que levem a saúde à população, e também para descentralizar o sistema de saúde para que cada região consiga atender as necessidades da população. Na visão destes autores, revitalizar esse sistema “pode proporcionar um bom enquadramento para o acesso universal aos cuidados essenciais de saúde” (ARTMANN e OLIVEIRA, 2009). Esse “estilo de implementação da política de descentralização pode ser vista

como incremental”, isto é, elementos importantes são implementados elementos importantes dentro dessas políticas.

Baseando-se nessa premissa, em 2007 foi implementado o Programa “Agentes Comunitários de Saúde” em Luanda, numa iniciativa do governo provincial (local) em parceria com a UNICEF (THOMAS, 2014, p. 15). O UNICEF, junto ao governo provincial de Luanda, custeou a ida de alguns profissionais brasileiros para implementar o programa em Luanda, baseando-se nas experiências de sucesso que o mesmo programa obtém no Brasil, especificamente no Ceará (GIUGLIANI *et al* 2012).

Ainda segundo Pontes *et al* (2012), ainda em 2007 esses profissionais brasileiros conseguiram capacitar cerca de 1.594 agentes comunitários e quase 220.000 famílias dos seis municípios escolhidos, foram inscritas no referido programa. Cabe dizer que esta não foi a primeira iniciativa criada para implementar o programa em Angola. Segundo Artmann (2010), em 2006 a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil) e a Universidade Agostinho Neto (Luanda, Angola), tentaram implementar uma parceria voltada para a área da atenção básica de saúde. Infelizmente esta iniciativa não obteve sucesso por falta de financiamento.

Ainda segundo Artmann (2010), apesar disso apareceram outros grandes projetos, principalmente durante o mandato de Luiz Inácio Lula da Silva como Presidente da República Federativa do Brasil. Durante o Governo Lula foram desenvolvidos muitos projetos voltados para África, sendo alguns deles na área da saúde, nos países africanos de língua oficial portuguesa.

A ideia inicial do Programa Agente Comunitário em Luanda, segundo o Ministério da Saúde, era implementar o programa em alguns municípios de Luanda e após alguns anos expandi-lo para outras localidades do país (MINSISA, 2008). Foram então aprovados dois projetos em Luanda: o Agente Comunitário de Saúde Angolano, e o Desenvolvendo Serviço de Atenção Primária à Saúde em Angola (THOMAS, 2014, p.55). O primeiro programa foi apoiado pela Universidade Federal do Ceará, uma vez que esse foi o estado brasileiro onde o programa no Brasil foi implementado pela primeira vez. Já o segundo projeto teve apoio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Ambos os projetos obtiveram resultados significativos apenas nos dois primeiros anos. Após esse período muitas irregularidades foram constatadas.

Exemplo disso era a falta de comprometimento de alguns agentes provocada pela desmotivação – desmotivação essa causada pelo fato de o governo não cumprir com suas obrigações com o pagamento da remuneração dos agentes e pela escassez de material suficiente de trabalho que suprisse todas as necessidades, não só dos agentes, mas também das famílias cadastradas (PONTES *et al*, 2012). Os autores acrescentam que esses programas foram perdendo força ao longo do tempo, devido a fatores como financiamento, material necessário, instabilidade política, infraestruturas, etc.

Algo que chamou atenção dos profissionais brasileiros no Programa Agentes Comunitário em Luanda foi o fato de que os agentes não eram selecionados por meio de processo seletivo, como acontecia no Brasil no programa cearense. Os agentes em Angola eram simplesmente indicados, o que causou uma pequena admiração nas equipes de profissionais brasileiros pela pouca falta de profissionalismo demonstrada, especialmente por se tratar de uma área que carece de profissionais capacitados (THOMAS, 2015, p. 54).

Tanto em Angola como no Brasil os agentes são vistos como uma importante ponte, fazendo interagir as comunidades e os profissionais de saúde (PONTES *et al*, 2012). Em Luanda, os agentes comunitários foram vistos como “facilitadores de acesso à saúde”, principalmente para grávidas e crianças menores de 2 anos.

5.3. Número de famílias alcançadas em Luanda.

Na ocasião do lançamento do programa em Luanda, no ano de 2007, uma equipe de profissionais vinda do Brasil deslocou-se para o local para implementar o Programa Agente Comunitário de Saúde em Luanda (PONTES *et al*, 2012). Segundo Pontes *et al* (2012), esses profissionais partiram de várias instituições brasileiras importantes, como a Universidade Federal do Ceará, a Universidade do Rio Grande do Sul e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Nesta mesma equipe, também fizeram parte dois profissionais ligados a UNICEF.

No que se refere à proposta inicial dos Agentes Comunitários em Luanda (PONTES *et al*, 2012 p.224), os autores relatam o seguinte:

A proposta inicial do programa era formar 3.440 ACS para atender 344 mil famílias, cada ACS sendo responsável por cem famílias, em seis municípios da província de Luanda (Cacuaco, Cazenga, Kilamba-Kiaxi, Samba, Sambizanga e Viana). Com vistas à redução da mortalidade materno-infantil, foram definidas como prioridades para a atuação do ACS: o acompanhamento das gestantes e das crianças menores de 1 ano; o incentivo ao uso de mosquiteiro pelas grávidas e crianças menores de 5 anos; o tratamento domiciliar da água; a higiene doméstica. As principais tarefas estabelecidas para os ACS foram: conhecer, cadastrar e acompanhar todas as famílias de sua microárea; conhecer bem a unidade de saúde de referência para as famílias que acompanha; distribuir mensalmente o hipoclorito a todas as famílias, orientando-as para os cuidados de higiene; identificar todas as grávidas estimulando-as a seguir o Caderno de Consultas Pré-Natais e utilizar o mosquiteiro; estimular todas as grávidas a terem o parto assistido no Centro de Saúde; estimular todas as puérperas a irem à consulta pós-parto; identificar os óbitos maternos; identificar todas as crianças nascidas, acompanhando-as e orientando as suas mães para os cuidados de saúde, especialmente para o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses; acompanhar todas as crianças menores de 5 anos, estimulando as mães a seguirem as orientações do Cartão de Saúde Infantil; identificar os óbitos de menores de 5 anos.

Assim como no Brasil, em Luanda existem requisitos específicos para atuar como agente comunitário de saúde: é preciso cumprir com as condições de ser “morador da comunidade, possuir pelo menos 18 anos de idade e pelo menos o 8º ano de escolaridade, ter uma boa relação com a comunidade em geral, assim como ser indicado pelo coordenador do bairro” (PONTES *et al*, 2012). Importa dizer que esses agentes não exercem outra atividade remunerada, ou seja, dependem exclusivamente do pequeno valor que recebem pela prestação de serviços como Agentes Comunitários de Saúde, no valor de 4.000 kz (*kwanzas*, moeda nacional angolana), o equivalente a 50,00 USD. Quanto aos profissionais envolvidos, Pontes *et al* (2012, p. 225) destacam o seguinte:

Os agentes comunitários são formados e acompanhados por coordenadores municipais de ACS, cuja escolaridade é de nível técnico, em geral na área da saúde. Esses coordenadores, formalmente vinculados às unidades de saúde, ganham um adicional de USD 150,00 (12.000 *kwanzas*) para esse trabalho de formação e acompanhamento do trabalho dos ACS, que requer uma carga de aproximadamente quatro horas por dia. Além dos coordenadores municipais, existem os supervisores, que são ACS com o papel de supervisionar o trabalho de um grupo de ACS.

Segundo Pontes *et al* (2012, p.225), em junho de 2009, a implantação do programa de Agentes da Saúde era distribuída nos municípios da província de Luanda da seguinte maneira:

Tabela 2- Distribuição dos agentes comunitários, supervisores e coordenadores nos municípios de Luanda

Municípios	Nº de Agentes	Nº de supervisores	Nº de coordenadores municipais
Cacuaco	1094	42	02
Sambizanga	487	0	06
Samba	373	02	03
Kilamba-Kiayi	176	13	03
Viana	359	*	04
Cazenga	640	21	03
Total	3.129	78	21

Fonte: do autor: Pontes et al (2012, p.225)

Porém, o atraso na taxa de pagamentos levou à desmotivação de muitos desses agentes, visto que muitos deles tinham apenas esses subsídios como sua principal fonte de renda; isso fez com que muitos destes profissionais abandonassem os serviços prestados. (PONTES *et al*, 2012). Os autores completam dizendo que uma das grandes dificuldades dos agentes está relacionada com a falta de materiais de trabalho, como uniformes, botas, mascaras, hipoclorito e mosquiteiros. Entretanto o que se pode notar, baseando-se na visão dos autores, é que apesar das dificuldades que se notavam no seio dos agentes, houve pequena melhoria no quadro epidemiológico da população, em alguns municípios selecionados de Luanda.

5.4. Volume de Recursos Aplicados

Tabela 3 - Valores do OGE no sector da saúde, 2006-2013 (em dólares e em percentagens)

FUNÇÃO	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Total do OGE	20.695 .532.9 92	25.038 .870.6 01	25.447 .689.4 97	31.761 .268.0 00	30.922 .721.6 66	41.724 .176.6 31	45.011 .062.9 05	66.3 55.6 71.9 05
Função Saúde	961.71 6.802	921.49 7.841	1.699. 190.92 3	2.662. 955.32 1	1.552. 658.40 8	2.094. 312.29 7	2.313. 070.58 9	3.69 1.56 7.57 6
%	4,65%	3,68%	6,68%	8,38%	5,02%	5,02%	5,14%	5,56 %

Fonte: Secretária-geral do MINSA, 2014/ OGE: Orçamento geral do Estado Angolano.

Para Artmann e Oliveira (2011), em um país como Angola, com diferenças regionais bastantes substanciais, é importante pensar em estratégias que tragam resultados positivos, para o bem da população. No caso de Angola, os autores advogam a descentralização para os “cuidados primários”, assim como defendem a construção de mais centros de saúde, hospitais etc.

Nota-se, com isto, que não existe um programa voltado somente para as famílias, assim como o Brasil faz com o Programa Saúde da Família. O que se pode perceber em Angola são programas de combate às principais endemias lançados pelo governo. Tentou-se a implementação do Programa Agente Comunitário de Saúde, que infelizmente não obteve sucesso devido aos fatores mencionados acima.

6. ANÁLISE

Como dito anteriormente, o objetivo desta pesquisa é basicamente fazer um estudo comparativo entre a implementação de políticas sociais de saúde no Brasil e em Angola. Neste capítulo, a pesquisa passa agora para a análise comparativa dos dois programas.

6.1. Comparações dos programas “Saúde da Família no Brasil” e “Agente Comunitário” em Luanda, Angola.

Falar de saúde é sempre um desafio bastante árduo, ainda mais quando se envolvem dois países que enfrentam grandes desafios, principalmente com relação à corrupção e à desigualdade social.

Como foi dito anteriormente, o Brasil é um país com mais de 200 milhões de habitantes e quase 200 anos de independência, enquanto Angola é um país com menos de 35 milhões de habitantes e independente há 40 anos. Ao longo da história dos dois países, muitos problemas sociais e políticos foram enfrentados. O golpe militar de 1964 marcou a história do Brasil, terminando apenas em 1985. E sabe-se também que, na época do golpe militar, o Brasil viveu um caos, pois não existia liberdade de expressão e muitos perderam suas vidas ao tentarem fazer o contrário do que foi determinado. Em Angola não foi diferente. Desde 11 de novembro de 1975, ano em que foi proclamada a independência do país, a guerra civil não parou. Somente quase 30 anos depois, em 2002, é que foi restabelecida a paz.

Apesar de todas essas etapas vividas, a situação política hoje está estabilizada tanto no Brasil como em Angola. Entretanto, alguns problemas sociais permanecem um grande entrave na garantia do bem estar da população. Após descrever como funcionam o Programa Saúde da Família no Brasil e o Sistema Nacional de Saúde em Angola, é preciso expor que existem grandes diferenças entre os dois países.

Tanto Angola como o Brasil têm criado acordos bilaterais, não apenas com outros países, mas também com várias instituições e entidades internacionais, para promover o bem-estar da população e saúde. Prova disso é que a UNICEF foi um elemento fundamental para que o PSF criasse bases capazes de atingir a meta para a qual foi criada. Segundo Viana e Nascimento (2005, p.8), a UNICEF teve papel preponderante tanto na criação do SUS como na implementação do PSF, contribuindo financeiramente para que o mesmo se tornasse realidade.

Em Angola, ao tentar implementar o Programa de Agentes Comunitários em Luanda, o país também fez parceria com várias instituições, brasileiras e internacionais. Thomas (2014) destaca fortemente o apoio da UNICEF em parceria com o governo local, enquanto que Pontes *et al* (2012) destacam a parceria com instituições Brasileiras como a Universidade Federal do Ceará, a Universidade Federal do Rio Grande do Sul e a FIOCRUZ. Todas essas instituições tiveram um papel importante para que fosse implementado o Programa de Agentes Comunitários em Luanda. Também é importante lembrar que alguns profissionais dessas instituições mencionadas deslocaram-se para Luanda na tentativa de implantar tal programa. Com isso, é possível dizer que a implementação dos programas, tanto em Angola quanto no Brasil, pode ser vista em um contexto de cooperação.

No entanto, sempre irão existir conflitos que criam barreiras para que uma determinada política seja aplicada. Angola e Brasil são países muito parecidos, principalmente na administração de recursos. Ambos são conhecidos pelo alto índice de corrupção e desigualdade social, o que sugere conflitos de interesses na implementação de políticas públicas. Segundo Artmann (2009), um dos principais desafios em Angola na implementação de políticas públicas está relacionado com a excessiva centralização de recursos no grande centro urbano, ou seja, em Luanda (OLIVEIRA e ARTMANN, 2009).

Por outro lado, em Angola nota-se que, ao implementar qualquer tipo de política pública, não existe compartilhamento de informações e as ações são determinadas somente no interior da hierarquia. Isso leva a crer que em Angola usa-se mais o modelo de *top-down*, ou seja, as ações são implementadas de cima para baixo (Oliveira e Artmann, 2009). Na visão desses mesmos autores, a centralização de recursos e poder tem sido um grande entrave na implementação de qualquer sistema de saúde. Para esses mesmos autores, a descentralização pode ser

considerada um mecanismo fundamental para fortalecer a “coesão social”. Já Silveira (2006) considera que descentralizar é dividir as obrigações relacionadas a qualquer política, neste caso, a saúde. Com isso e, seguindo o pensamento de Fontes (2011), os principais problemas enfrentados hoje em Angola, em relação saúde, estão relacionados principalmente com os longos anos de guerra que o país viveu.

Para Fernandes *et al* (2013, p.9), falar em hierarquia é trazer à memória a “estrutura burocrática de Weber”, onde essa mesma hierarquia pode ser interpretada não só como obtenção de poder, mas também pode significar, de modo geral, “autoridade”. Em Angola essa estrutura ainda é muito presente e a centralização de poder descrita acima é a prova de que as ações são implementadas de cima para baixo. A falta de compartilhamento de informações também pode ser a prova de que o modelo *top-down* é predominante.

Segundo a USAID (2010), o sistema de informação é um dos grandes entraves no que concerne à transparência. Muitos registros relevantes que deveriam estar publicados em sites de instituições importantes, como a Secretaria da Saúde e o Ministério da Saúde, não estão disponíveis por atraso tecnológico e principalmente por falta de transparência.

No caso de Angola, a principal barreira foi provocada pela escassez de dados. Não há dados atualizados, e os poucos disponíveis são de difícil acesso, havendo burocracias para que se consiga obtê-los. Frequentemente esses dados mostravam uma confiabilidade duvidosa. Notou-se que assuntos considerados graves são encobertos; se fossem divulgados poder-se-ia encontrar mecanismos para resolvê-los. O site do Ministério da Saúde em Angola não traz informações suficientemente capazes de trazer o panorama epidemiológico da população Angolana, enquanto no *website* do Ministério da Saúde do Brasil todas informações relacionadas à saúde podem ser encontradas através dele e também de *websites* de instituições competentes.

No Brasil, apesar de ainda haver resistência do sistema de cima para baixo, nos últimos anos, muitas ações têm sido implementadas de baixo para cima. Um exemplo disso é a implementação do programa Agente Comunitário de Saúde (PACS) no Estado do Ceará, em Angola está muito longe de ser uma realidade.

Segundo Smith (1973), quando existir uma participação social na implementação das políticas, ocasionando *feedbacks*, quando for definido um grupo

alvo, e quando existir um grupo organizacional com forte capacidade de liderança, estaremos diante de um modelo *botton-up*. Segundo o autor, nesse modelo as ações são implementadas de baixo para cima e por isso existe uma forte interação entre os componentes participantes. As mudanças são efetivadas ao longo do tempo e o seu sucesso depende do *feedback* entre as partes envolvidas.

No Brasil esse modelo tem proporcionado algumas melhorias. Sabe-se que o programa Agente Comunitário de Saúde não foi criado pelo Ministério da Saúde, mas sim pelo Governo Estadual do Ceará (SAÚDE COLETIVA, 2014). O Ministério da Saúde abraçou o projeto devido ao sucesso que o programa obteve no estado em que foi implementado. Essa atitude do Ministério da Saúde, de abraçar um projeto criado pelo governo estadual, é o que Barrett e Fudge (1981) chamam de negociação, ou seja, um processo político de negociação e interação, onde se pode notar interesses comuns para implementação da mesma política em outros estados e municípios.

O programa Agente Comunitário do Brasil teve tanto sucesso que foi por meio dele que surgiu a necessidade de ampliar o Programa Saúde da Família, que hoje, apesar de algumas restrições, tem sido benéfico para muitas famílias, principalmente nas comunidades carentes. Hoje é impossível falar da PSF sem mencionar o PACS. Viana e Poz (2005) consideram que a formulação da PSF foi resultado do sucesso do programa agente comunitário de saúde no Estado do Ceará. No momento em que o programa foi lançado, o objetivo do Governo Estadual era fazer com que este mesmo programa contribuísse com a redução da mortalidade infantil nos municípios mais pobres do estado e em todas as comunidades onde existia uma grande restrição quanto ao acesso à saúde. Para o sucesso do mesmo programa, foi necessário formar profissionais capacitados e qualificados que enfrentassem de perto a realidade das comunidades (CARDOZO e NASCIMENTO, 2010).

Relembrando que, quando o mesmo programa foi lançado em Luanda, alguns profissionais brasileiros selecionados para trabalharem na ação notaram que os agentes comunitários em Luanda não eram selecionados através de um processo seletivo, mas eram simplesmente indicados por autoridades angolanas, o que causou uma pequena estranheza nos profissionais brasileiros, pois trata-se de um área que carece de maior atenção, principalmente em relação ao profissionalismo (THOMAS, 2014).

A descentralização de poder, na qual cada estado e município puderam criar políticas que satisfizessem as necessidades básicas que assolavam as comunidades, contribuiu para o sucesso do PACS. Porém, em Angola, é possível afirmar que existe uma ausência de participação social (OLIVEIRA e ARTMANN, 2009) na implementação de políticas, o que leva a crer que o modelo *botton-up* não tem ainda a mesma maturidade que o programa brasileiro.

Por outro lado é possível dizer ainda que o PSF, por mais que se apresente como um programa que tem realmente mudado a vida de muitas famílias, tem enfrentado muitos desafios entre os quais destacam Viana e Poz (2005):

Carência de recursos (matérias, financeiros e tecnológicos), intervenção das demais esferas do governo tanto Estadual como Federal, o fato do Ministério da Saúde (Brasil) apresentar uma estrutura bastante centralizada, o que dificulta a cooperação entre os agentes envolvidos; as infraestruturas (hospitais, faculdades de medicina), resistências corporativas, entre outros.

Já Sena e Silva (2008, p.8), consideram que as dificuldades do programa tem grande relação com a desigualdade que o país enfrenta, provocando assim uma má distribuição de recursos e uma forte exclusão social e econômica. Sousa (2008) concorda com a ideia de que diferenças econômicas e sociais influenciam diretamente a qualidade de vida em termos de saúde.

A realidade angolana, quanto a essas barreiras, não difere muito da vivência brasileira. A USAID (2010) considera que os recursos humanos têm sido um dos grandes dilemas que o Sistema Nacional de Saúde Angolano enfrenta. O número reduzido de clínicas, a falta de atendimento nas regiões rurais, a escassez de médicos, o número reduzido de faculdades de medicina e os poucos agentes comunitários dentro das comunidades têm sido os maiores desafios que o governo enfrenta. Oliveira e Artmann (2009) consideram a centralização de recursos nos grandes centros urbanos como um grande problema que o país enfrenta, fazendo com que os municípios tenham dificuldade no acesso à saúde. A USAID (2010) considera também que as infraestruturas têm sido outro grande obstáculo na realidade angolana, pois a guerra destruiu quase 80% delas. Sendo assim, o governo deveria investir fortemente nesta área, começando com a reconstrução das estradas, assim como a construção de novos hospitais, principalmente em zonas de difícil acesso.

É perceptível que Angola e Brasil enfrentam quase os mesmos desafios em relação à implantação de programas de saúde. Fatores como pobreza, falta de transparência na implementação de políticas e a desigualdade social, por exemplo, são ainda elementos bastante fortes nos dois países, levando a crer que os implementadores dessas políticas não vêm as mesmas como um processo linear onde procura-se monitorar as atividades de avaliação e corrigir as falhas. Os implementadores não atuam em locais na qual a imprecisão se manifesta em todos os sentidos. Edwards (1980) considera que o modelo *top-down* deve ter como condições prévias as seguintes variáveis centrais: comunicação, recursos, disposição e estruturas. Em Angola, essas condições têm sido um grande desafio.

O Programa Agente Comunitário do Brasil tornou-se nacional, pois o governo o adotou como um “projeto que abrange toda a população”. Esse fato nos leva a perceber o PSF como uma abordagem Macro (MB.MA), pois a mesma se traduz em forma de um plano nacional. Já o Programa “Agente Comunitário em Luanda”, conforme relata Thomas (2014), teve inúmeras dificuldades como, recursos disponíveis, financiamentos, escassez de recursos humanos e necessidade de profissionais qualificados.

Outro ponto a ser ressaltado é que no Brasil os agentes de saúde são selecionados consoantes a alguns critérios, mas em Angola os agentes eram indicados. Para Thomas (2014) este fato demonstra certo descompromisso com saúde, visto que é uma área que carece bastante de profissionalismo por parte das pessoas envolvidas. Com isto é possível dizer que em Angola o Programa Agente Comunitário não é visto como uma abordagem Macro, pois essa política não se desenvolveu como num projeto nacional que abrangesse toda a população.

Sabe-se que no Brasil existe o governo Federal, Estadual e Municipal. Cada uma dessas instâncias pode definir suas próprias políticas, desde que as mesmas tenham como principal foco a população. Este é um fato que podemos denominar “autonomia de decisão no nível de implementação nacional em que não existe qualquer intervenção federal”.

Os municípios em Angola não têm a mesma autonomia verificada aqui no Brasil. Como relata Silveira (2006), a centralização do poder em Angola é um dos grandes desafios que o país precisa ultrapassar, pois todas as decisões são advindas de “cima para baixo”. O autor afirma que descentralizar é dividir as

obrigações relacionadas à saúde com o objetivo de fazer com que os serviços de saúde cheguem para todos aqueles com dificuldades para acessá-lo. Este fato nos faz perceber que em Angola a implementação de políticas de saúde não é vista em uma abordagem micro — pois todas as decisões são tomadas de cima para baixo — o que dificulta e agrava cada vez mais os serviços de saúde, especialmente nos municípios e zonas rurais.

Outro fator importante que merece destaque está relacionado às ocasiões em que a implementação é vista como um jogo. Segundo Silveira e melo (2002), os implementadores desta política consideram que seus implementadores atuam onde a imprecisão se manifesta em todos os sentidos. Os indicadores dessa política podem ser a pobreza, a transparência, o combate à desigualdade social e os possíveis conflitos dentro da política social. No Brasil o PSF foi criado com intuito de alcançar os municípios e as comunidades rurais. O propósito da criação do Programa Agente Comunitário em Luanda é baseado no mesmo princípio de alcançar a população desfavorecida. Infelizmente a realidade dos dois países é bastante parecida neste ponto. A falta de transparência tanto em Angola como no Brasil tem prejudicado substancialmente o desenvolvimento desses programas.

6.2. Quadro 1 - Comparação dos Dois Programas em Relação ao Protocolo “5C”

	Angola (Programa Agente Comunitário de Saúde em Luanda)	Brasil (Programa de Saúde da Família)
Conteúdo	Promover o comprometimento do direito à saúde consagrado na constituição, oferecendo serviço de qualidade e humanizado na perspectiva do combate à pobreza, bem como o esforço do bem estar da população (MINSa, 2014)	Garantir maior capacidade na área de saúde e promover o controle social aproximando as comunidades e equipe de saúde das famílias; identificar problemas de saúde que apresentem risco as comunidades (PINHEIRO, 2011).
Contexto Institucional	- despacho presidencial de 84/11 de 27 de Outubro - Comissão Ministerial para elaboração PNS (Política Nacional de Saúde Nacional); Ministério da Saúde; Ministério do Interior; Ministério da Defesa.	- Constituição Federal de 1988; o cidadão e o dever do Estado; -PNAB (Política Nacional de Atenção Básica) - Tripartisse: Governo Federal, Estadual e Municipal.

Compromisso dos Responsáveis	<p>Prestação de conta feita anualmente através do OGE (Orçamento Geral do Estado)</p> <p>- Diferente do Brasil, os agentes não eram selecionados, mas sim indicados, fato que pode gerar falta de comprometimento dos implementadores, visto que se tratar de uma área que necessita de entrega e profissionalismo (THOMAS, 2014)</p>	<p>- elaborar diretrizes da política nacional de saúde;</p> <p>- ordenar a formação de recursos humanos (profissionais de saúde);</p> <p>-acompanhar a implementação e execução das ações de atenção básica nas regiões;</p> <p>- as zonas rurais devem enviar seus relatórios mensalmente aos municípios;</p>
Capacidade da Política	<p>Os recursos humanos têm sido um dos grandes desafios que o sistema de saúde Angolano tem enfrentado (USAID, 2001).</p> <p>-a falta de infraestrutura causada pela guerra civil que o país enfrentou, fazendo com que haja um número reduzido de hospitais e faculdades, assim como a precariedade das estradas que levam aos municípios e comunidades rurais (THOMAS, 2014)</p> <p>--outro dilema diz respeito ao sistema de informação que é bastante precário. Muitas informações que deveriam estar disponíveis em sites de instituições, simplesmente não são disponibilizadas (USAID, 2011)</p> <p>--A descentralização do poder é uma barreira, pois todas as decisões partem do topo da hierarquia (SILVEIRA, 2006)</p>	<p>- No Brasil, o desafio é tentar alcançar as zonas rurais. Nestas zonas o principal desafio é fazer com que a população tenha acesso à tecnologia da informação.</p> <p>- Uma grande barreira diz respeito ao pouco interesse dos médicos em trabalhar nas zonas rurais, assim como na disponibilização de recursos que facilitem o acesso dos agentes comunitários nas comunidades que se apresentem de difícil acesso (TCU, 2007)</p> <p>- Para autores como Pinheiro (2011) apud Bravo (2007) um dos grandes desafios está relacionado aos recursos humanos. O autor destaca a criação de uma “Secretaria de Gestão de Trabalho”, com o intuito de solucionar alguns problemas relacionados a essa área. Essa secretaria surge para solucionar questões relacionadas a “recursos humanos” que tem sido um dos grandes dilemas na execução dos serviços voltadas a área de saúde.</p>
Candidatos (Clientes) e Coligações	<p>Cooperação com o Banco Mundial no quesito financiamento (THOMAS, 2014). UNICEF; OMS; PRO-AFRICA. Universidades Brasileiras (Universidade do Rio Grande do Sul, Universidade do Ceará, Parceria com a FIOCRUZ)</p>	<p>O UNICEF foi um dos grandes apoiadores do Programa de Saúde da Família, (VIANA; POZ, 2005, p.231) O programa foi financiado pelo PNUD, Ministério da Saúde, Estados e Municípios. (VIANA; POZ, 2005, p.235)</p>

7. CONSIDERAÇÃO FINAIS

Este capítulo apresenta as conclusões da pesquisa, que teve como objetivo geral apresentar as diferenças de gestão na atenção básica à saúde, existentes na implementação do Programa Saúde da Família no Brasil e do Programa Agente Comunitário de Saúde em Luanda; verificar as principais barreiras à implementação desses programas, para que, de modo comparado, possam ser identificadas as barreiras comuns e suas causas. Para isto realizou-se um estudo descritivo, qualitativo e comparativo. Com base no referencial teórico e na realização da análise documental foi possível atender o objetivo geral e específico.

O primeiro objetivo específico foi apresentar o programa de saúde da família no Brasil. Este objetivo foi atendido no capítulo 4 da presente pesquisa. No segundo objetivo específico a pesquisa apresentou o programa agente comunitário em Luanda. Este objetivo foi igualmente atendido no capítulo 5. Já o no terceiro objetivo específico fez-se a comparação das duas políticas assim como identificou-se as barreiras à implementação destas políticas. Este objetivo foi atendido no capítulo 6 da presente pesquisa.

Com todos os objetivos atendidos foi então possível responder a nossa pergunta de pesquisa descrita na pagina 12 do presente estudo.

Consoante a pergunta de pesquisa, identificou-se algumas barreiras comuns ao “programa de Saúde da família no brasil” e o “programa agente comunitário em Luanda”.

No que diz respeito ao Brasil, e seguindo o pensamento de Sena e Silva (2008, p.01) em que os autores consideram o cenário de que “no Brasil, a desigualdade está relacionada a uma distribuição inadequada de recursos, gerando uma exclusão social e econômica, por conseguinte a pobreza e miséria”. Ainda segundo estes mesmos autores, a distribuição desigual gera más condições de vida que comprometem á saúde e a qualidade de vida de grandes setores da sociedade brasileira.

Com certeza esse talvez seja um dos grandes problemas da implementação de políticas sociais de saúde no Brasil. Nota-se claramente no texto de Sena e Silva (2008) que a desigualdade no Brasil tem um forte cunho regional: geralmente a Região Sul é vista como a mais “desenvolvida em termos econômicos e sociais”, e a

região Nordeste como a mais “pobre”, o que gera altos índices de pobreza e miséria. Com relação a este ponto, Sena e Silva (2008, p.02) consideram o seguinte:

As disparidades regionais no Brasil não se devem à escassez de recursos, mas à persistente iniquidade. A região nordeste é rica em recursos naturais e culturais que se expressam no modelo de vida da população e são fontes importantes de energia e de possibilidades para superar as condições adversas. Por isso, não podemos caracterizar a região nordeste como a mais pobre, mas sim a mais desigual, com riquezas que não se expressam nos índices econômicos.

Seguindo ainda a linha de pensamento dos autores, eles definem a desigualdade como as diferenças produzidas pela inserção social dos indivíduos e que estão relacionados com a repartição do poder e da propriedade. Enquanto o conceito “Iniquidade” remete a uma desigualdade evitável, desnecessária ou não justificável. Com isto o autor deixa claro que desigualdade gera iniquidade.

Esta visão das autoras nos leva a entender que no Brasil as principais barreiras comuns em relação ao Programa Saúde da Família diz respeito à elevada iniquidade. Um ponto positivo no Brasil, que merece destaque quanto à implementação de políticas públicas é o fato de o poder não ser centralizado. Tanto o governo federal, como estadual, ou mesmo municipal têm autonomia para criar suas próprias políticas sociais, desde que as mesmas sejam do interesse da população. Este ponto leva-nos à conclusão de que apesar do modelo “de cima para baixo” estar presente em muitas decisões no Brasil, ao mesmo tempo, verifica-se também a presença do modelo “de baixo para cima”, como desatacado por Pinheiro (2011, p. 28). As obrigações dos “entes-federativos” no Programa Saúde da Família são de responsabilidade dos governos Federal, Estadual e Municipal. É neste quesito que se nota a presença do modelo de “baixo para cima” uma vez que até os municípios podem criar seus próprios programas.

Com relação à Angola, conclui-se que a guerra deixou marcas que têm afetado negativamente os serviços de saúde, apesar de o governo angolano ter feito o possível para que a população (principalmente a dos municípios e da zona rural) tenha um acesso facilitado aos serviços de saúde. Algumas barreiras foram identificadas, como o entrave na implementação do Programa Agente Comunitário de Saúde em Luanda, conforme visto no referencial teórico.

Ao longo da descrição do programa, alguns autores relataram barreiras relacionadas principalmente à “infraestrutura, aos recursos (humanos, financeiros,

matérias e tecnológicos), à centralização de poder”, etc. Muitos autores estudados e citados nesta pesquisa enfatizam todos estes pontos como as principais barreiras em Angola. No que concerne às infraestruturas, as barreiras estão localizadas basicamente na escassez de faculdades de medicina, o que faz com que haja um número reduzido de médicos (recursos humanos). Outra grande barreira verificada pelos autores dos estudos está relacionada ao acesso às comunidades rurais. Constatou-se que os meios de transporte encontram dificuldades de locomoção visto que as estradas que levam até as comunidades encontram-se em estado precário. Este fator faz com que a população rural tenha cada vez mais dificuldades de acesso à saúde.

Os recursos tecnológicos também constituem uma grande barreira. As informações não são disponibilizadas em *websites* ou bibliotecas, logo, todas essas informações são ocultadas, o que dificulta cada vez mais a melhoria dos serviços de saúde. Por outro lado, um dos pontos mais debatido no texto, foi o alto nível de centralização de poder em Angola.

É notório que o país utilize o modelo “de baixo para cima” no qual as decisões partem sempre do alto da hierarquia. Os Estados (províncias) e Municípios não têm autonomia para implementar seus próprios programas. Toda e qualquer decisão tem que partir de cima, da esfera superior do governo. Essa centralização faz com que existam cada vez mais obstáculos na distribuição dos serviços de saúde, principalmente para a população dos municípios e zonas rurais, onde se concentram os maiores números epidemiológicos.

No caso de Angola, o modelo “de cima para baixo” não se encaixa nas dificuldades que o país está passando. É necessário implementar um modelo como o de “baixo para cima” para que os municípios tenham controle dos principais problemas de saúde. Os recursos materiais foram uma das principais barreiras verificadas ao longo da elaboração da pesquisa. Viu-se que quando o Programa Agente Comunitário em Luanda foi implementado muitos obstáculos relacionados à materiais foram verificados. Muitos agentes comunitários desistiram por conta da falta de condições materiais, o que de fato dificultava o progresso do referido programa.

Para isto, notou-se que os dois programas apresentam barreiras significativas à implementação dos programas de saúde tanto em Angola como no Brasil. Porém, em Angola o desafio é maior visto que as marcas deixada pela

guerra ainda se fazem sentir na sociedade. Essas marcas criaram certa limitação no que concerne a coleta de dados da pesquisa. Ouve muitas dificuldades para conseguir dados, vistos que muitos desses dados não se encontram disponíveis em sites de instituições como o próprio ministério da saúde. Isto, criou muitas dificuldades para se conseguir informações referentes ao programa agente comunitário.

Para futuros estudos e considerando que este é um tema de grande importância tanto para o Brasil como para Angola, seria importante aprofundar-se um pouco mais nos próximos estudos sobre tema, talvez não só em realizar pesquisa qualitativa mas também fazer uma pesquisa quantitativa de modo a obter números reais referentes à pesquisa em pauta.

REFERÊNCIAS

- BARDACHE, E. *The Implementation Game: What Happens After a Bill Becomes a Law*. Mit Press (Cambridge and London): 1977, X, 323.
- CARDOSO, A. dos S; NASCIMENTO, M. C do. Comunicação No Programa Saúde Da Família: Agente Comunitário De Saúde como Elo Integrador Entre a Equipe e a Comunidade. *Ciências & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15,1509-1520, 2010
- CARVALHO, M.de M.L. de; BARBOSA, T.R de C.G; SOARES J. B. Implementação de políticas públicas: uma abordagem teórica e prática. *Colóquio Internacional Sobre Gestion Universitária en América del Sur. 200º Años, Bicentenario Argentino*: p.1-13. Mar del Plata 8, 9 y 10 de Diciembre de 2010.
- COHEN, E; FRANCO, R. *Gestão social: como obter impacto nas políticas sociais*. Brasília: ENAP, 2007.
- D'ÁSCENZI, L; LIMA, L.L. Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas. *Revista de Sociologia e Política*. Curitiba, v.21, nº 48: 101-110, Dez. 2013.
- HOFLING, E de M. Estado e políticas (públicas) sociais. *Cadernos Cedes*, ano XXI, nº 55, novembro/2001
- LIMA, W.G. *Políticas Públicas: Discussão de Conceitos*. Núcleo de Educação, Meio Ambiente e Desenvolvimento- NEMAD. Porto Nacional, 5ª edição, Outubro de 2012.
- LOTTA, G.S. Agentes de Implementação: uma forma de análise de políticas públicas. *Caderno de Gestão Pública e Cidadania*. São Paulo: v.19 n. 65, Jul/Dez 2014.
- MAGALHES, R; SENNA, M de M. A implementação do Programa Saúde da Família no cenário local. *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 22. No. 12. Rio de Janeiro. Dec. 2006
- MARCONI, M. de A; LAKATOS, E. M. *Fundamentos de metodologia científica*. São Paulo: Atlas. 7ª ed. 2010
- Novos Balanços da Situação da Saúde em Angola. Disponível em: <http://www.oplop.uff.br/boletim/380/novos-balancos-da-situacao-da-saude-em-angola>, acesso em 6 de Abril de 2015
- OLIVEIRA , M. dos; ARTMANN, E. Regionalização dos serviços de saúde: desafios para o caso de Angola. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 25(4):751-760, Abr., 2009
- OLIVEIRA, J.A.P de. Desafios de implementação em políticas públicas: diferentes visões e práticas. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro 40(2):273-88, Mar./Abr. 2006

OLIVEIRA, M dos S. *Processo de Descentralização do Serviço Nacional de Saúde de Angola*. 377 folhas. Tese de doutorado. Ciências da Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. 2010.

Plano nacional de desenvolvimento sanitário (PNDS) de Angola: Mais e Melhor Saúde. Angola: 2012-2025. p. 1-119. Abril, 2014.

PAVANI, D.S; MEDEIROS, C.R.G. *Processo de Trabalho Na Equipe Estratégia de Saúde da Família*. Revista Brasileira de Enfermagem, Rio Grande do Sul. Mar/Abril, 2009.

PINHEIRO, A.P.P. *Programa Saúde da Família: uma conquista a ser protegida*. 59 folhas. Monografia de conclusão de curso. Serviço Social. Universidade de Brasília-UnB. Dez. 2011.

PEREIRA, M. J. *Manual de Metodologia da Pesquisa Científica*. 3ª ed. S. Paulo: Atlas, 2012.

PETERS, GUY; PIERRE, J. *Administração pública: coletânea*. Tradução Sonia Midori Yamamoto, Mirian de Oliveira. São Paulo: UNESP, Brasília: ENAP, 2010.

PONTES, M.L de M; BORNSTEIN, V.J.; JIUGLIN, C. O Agente Comunitário De Saúde Em Angola: Desafios para sua Atuação e para a Formação Profissional em Saúde. *Revista Trabalho, Educação e Saúde (Online)*. Vol.9, No.3. Rio de Janeiro Nov. 2011

QUEZA, A. J. *Sistema de saúde em Angola: uma proposta à luz da reforma do SNS em Portugal*. 85 folhas. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina, Universidade do Porto: Portugal, 2010.

Saúde Publica em Angola. Agência de Notícias Oficial do Estado Angolano. Disponível em: http://www.portalangop.co.ao/angola/pt_pt/noticias/saude/2011/0/4/Saude-publica-Angola-ainda-preocupante,4f61f47b-b81c-40e2-bcdf-f2835a01c3ef.html. Acesso em 20 de Maio de 2015.

SOUZA, R. R. de. Políticas e práticas de saúde e equidade. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(Esp): 765-70, 2007.

SILVA, P.L.B; MELO, M.A.B. Processo de implementação de políticas no Brasil: características determinantes de programas e projetos. Unicamp-NEPP. *Caderno de Pesquisa*. Campinas: São Paulo n° 48, p.1-13: 2000

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 8, n° 16, p. 20-45, jul/dez 2006.

SENA, R. P. de; SILVA, K.L. Políticas e práticas de saúde rumo à equidade. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. São Paulo. vol.41 no. Especial. São Paulo. Dez. 2007

TEXEIRA, C. F.F. Formulação e implementação de políticas públicas saudáveis: desafios para o planejamento e gestão das ações de promoção da saúde nas cidades. *Saúde e sociedade*. v.13, n.1 p. 37-46, Jan/Abr 2004.

TEXEIRA, E. C. O papel das políticas publica no desenvolvimento local em transformação da realidade, p.1-11, *Revista da Associação de Advogados e Trabalhadores Rurais do Estado da Bahia*. Bahia: 2002.

THOMAS, P.M.B. *Programa de agentes comunitário de saúde em Luanda: e o alinhavar de missangas nas cooperações do Brasil*. Rio de Janeiro: s.n, 2014. 95 p. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. 2014.

VIANA, A. L. Abordagem metodológica em política publica. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro: 30(2) : 5-49; Mar/Abr 1999.

VIANA, A.L.D; POZ, M.R.D. A reforma do sistema de saúde no brasil e o programa saúde da família. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15(Suplemento):225-264, 2005

YÉPEZ, M.A.T. Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. *Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. V.11, nº 22, p.223-38, Mai./Agos. 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A

INDICADORES SOBRE IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICA PÚBLICAS

CODIGO	ITEM	DEFINIÇÃO	INDICADORES
CFI	Conflito dentro da implementação	Tais conflitos são causados quando os interesses políticos são transformados em interesses particulares.	Decisões influenciadas por interesses particulares
IM.DCB	Implementação de cima para baixo.	Este tipo de ação reflete-se em estruturas de governança, enfatizando a separação entre a política e a administração (recursos e estrutura) e focando simplesmente no controle hierárquico.	As decisões não são compartilhadas, o curso das ações somente são determinadas a nível hierárquico.
AI.DBC	Ação implementada de baixo para cima.	É também visto como um modelo contínuo, pois existe interação entre os componentes que nele participam. As mudanças são efetivadas ao longo do tempo. O sucesso desta política depende do <i>feedback</i> das partes envolvidas.	Existe uma participação social na implementação das políticas.
IM.COP	Implementação em um contexto de cooperação	É quando são criadas bases capazes de fazer com que a implementação consiga atingir a meta, isto é, o objetivo na qual foi criada, solucionando os problemas que geralmente a sociedade debate.	Acordos Bilaterais, cooperação com instituições, projetos de pesquisas etc.
ABMA	Abordagem macro	É quando a política implementada consegue traduzir-se em um projeto.	Existência de um projeto abrangente com diretriz nacional.
ABMI	Abordagem Micro	É quando as organizações locais decidem realizar suas próprias políticas resultado das respostas do governo.	Autonomia de decisão a nível de implementação.
IMVJ	Implementação vista como um jogo	Os implementadores desta política atuam em locais na qual a imprecisão se manifesta em todos os sentidos.	Pobreza, ausência de transparência na distribuição de recursos e desigualdade social.
I.CPL	Implementação como processo Linear	A implementação é considerada como um sistema em que se avalia, corrige, e faz um acompanhamento para que a mesma consiga alcançar seus objetivos.	Monitoramento, atividade de avaliação, correção de falhas.

ANEXO

ANEXO 1

DADOS SOBRE PROGRAMA DA FAMÍLIA E AGENTE COMUNITARIOS DESDE
2003 À 2009

2003

Descrição	PSF	ACS
Total de Equipes de saúde e agente comunitários implantados	19 mil	184.3 mil
Total dos municípios cobertos	4.4 mil	5.1 mil
População Coberta	35% da População Brasileira (62 milhões de pessoas).	54% da população Brasileira (94 milhões de pessoas)

2004

Descrição	PSF	ACS
Total de Equipes de saúde e agente comunitários implantados	21.3 mil	192.7 mil
Total dos municípios cobertos	4,6 mil	5.1 mil
População Coberta	36% da População Brasileira (69 milhões de pessoas).	55.5% da população Brasileira (94 milhões de pessoas).

2005

Descrição	PSF	ACS
Total de Equipes de saúde e agente comunitários implantados	24.6 mil	208 mil
Total dos municípios cobertos	4,9 mil	5.2 mil
População Coberta	44.4% da População Brasileira (78 milhões de pessoas).	58.4% da população Brasileira (103.5 milhões de pessoas)

2006

Descrição	PSF	ACS
Total de Equipes de saúde e agente comunitários implantados	26mil	219 mil
Total dos municípios cobertos	5.1mil	5.3 mil
População Coberta	46% da população Brasileira (85.7 milhões de pessoas).	59% da população Brasileira (109.7 milhões de pessoas).

2007

Descrição	PSF	ACS
Total de Equipes de saúde e agente comunitários implantados	27.3 mil	211 mil
Total dos municípios cobertos	5.1 mil	5.3 mil
população Coberta	46.6% da população Brasileira (87.7 milhões de pessoas).	56.8% da população Brasileira (107 milhões de pessoas).

2008

Descrição	PSF	ACS
Total de Equipes de saúde e agente comunitários implantados	29.3 mil	230 mil
Total dos municípios cobertos	5.2 mil	5.4 mil
População Coberta	49,3% da População Brasileira (93.5 milhões de pessoas).	60.1% da população Brasileira (113.9 milhões de pessoas)

2009

Descrição	PSF	ACS
Total de Equipes de saúde e agente comunitários implantados	30 mil	234.7 mil
Total dos municípios cobertos	5 mil	5.3 mil
População Coberta	50% da População Brasileira (96.1 milhões de pessoas).	60.9% da população Brasileira (115.4 milhões de pessoas).

Fonte: Pinheiro (2011, p.26)