

Francisco Assis da Silva Santos<sup>I,II</sup>

Islândia Maria Carvalho de Sousa<sup>III</sup>

Idê Gomes Dantas Gurgel<sup>III</sup>

Adriana Falangola Benjamin Bezerra<sup>IV</sup>

Nelson Filice de Barros<sup>V</sup>

# Política de práticas integrativas em Recife: análise da participação dos atores

## Integrative practice policy in Recife, Northeastern Brazil: an analysis of stakeholder involvement

---

### RESUMO

**OBJETIVO:** Analisar a participação dos atores envolvidos na evolução de política municipal de práticas integrativas.

**PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS:** Estudo com abordagem qualitativa em Recife, PE. A coleta dos dados foi realizada por meio de consultas às atas do conselho municipal de saúde, entre 2004 e 2009, entrevistas com informantes-chave e gestores, e grupos focais com profissionais e usuários. Os dados foram analisados segundo o modelo de condensação de significados. Para apresentação dos resultados, quatro categorias de atores foram formadas, segundo seu poder e interesse, a saber: sujeitos, população, líderes e jogadores.

**RESULTADOS:** Após cinco anos da implantação da política em Recife, só um serviço oferecia práticas integrativas. A população ou os usuários não tiveram participação efetiva e não contribuíram com a política; os profissionais de saúde, apesar do interesse em participar do processo, não foram incluídos. Os líderes encontrados foram o Conselho Municipal de Saúde, os gestores e as entidades médicas, sendo os dois últimos também considerados jogadores, pois participaram efetivamente da elaboração da política.

**CONCLUSÕES:** A participação de poucos atores na construção de uma política de práticas integrativas dificulta sua consolidação e amplia a distância entre formulação e implementação, prejudicando o alcance dos resultados esperados.

**DESCRIPTORIOS:** Participação Comunitária. Políticas Públicas de Saúde. Conselhos de Saúde. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. Pesquisa Qualitativa.

<sup>I</sup> Associação Caruaruense de Ensino Superior. Caruaru, PE, Brasil

<sup>II</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM). Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Recife, PE, Brasil

<sup>III</sup> Departamento de Saúde Coletiva. CPqAM-Fiocruz. Recife, PE, Brasil

<sup>IV</sup> Departamento de Medicina Social. Universidade Federal de Pernambuco. Recife, PE, Brasil

<sup>V</sup> Departamento de Medicina Preventiva e Social. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil

**Correspondência | Correspondence:**  
Francisco Assis da Silva Santos  
Av. Portugal, nº 584  
55016-400 Caruaru, PE, Brasil  
E-mail: francisco.a.santos@hotmail.com

Recebido: 13/12/2010  
Aprovado: 22/5/2011

Artigo disponível em português e inglês em:  
[www.scielo.br/rsp](http://www.scielo.br/rsp)

---

## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** To examine the involvement of stakeholders in the implementation of a local policy of integrative practices.

**METHODOLOGICAL PROCEDURES:** Qualitative study conducted in the city of Recife, Northeastern Brazil. Data was collected from local health board records between 2004 and 2009, interviews with managers and key informants and focus groups with providers and users. The analysis was performed using the condensation of meaning model. The results were grouped into four categories of stakeholders according to their influence and interest, namely: subjects; population; leaders; and players.

**ANALYSIS OF RESULTS:** Five years after the policy was implemented in Recife, only a single service offered integrative practices. The population, or users, did not have any effective involvement and did not make any contributions to the policy, and health providers, despite their willingness to participate in the process, were not involved. The leaders included the local health board, managers and medical organizations; the latter two were also players as they were effectively involved in the formulation of the policy.

**CONCLUSIONS:** The involvement of few stakeholders in the formulation of an integrative practice policy makes it difficult its implementation and widens the gap between formulation and implementation, hindering the achievement of expected results.

**DESCRIPTORS:** Health Policy, Health Public Policy. Consumer Participation. Health Councils. Health Knowledge, Attitudes, Practice. Qualitative Research.

---

## INTRODUÇÃO

A análise de política é uma abordagem multidisciplinar e constitui campo de conhecimento voltado para identificar as relações entre governantes, Estado e cidadãos. Ela procura explicar a interação entre as instituições, seus interesses e idéias no processo político e é bastante útil, tanto retrospectiva quanto prospectivamente. Esse tipo de análise auxilia a compreender as falhas e sucessos da política, além de subsidiar a elaboração de planos para a implementação de políticas futuras.<sup>22,23</sup> Portanto, para analisar política requer compreendê-la como processo dinâmico no qual as decisões tomadas por alguns atores podem refletir viabilidade, evolução ou fracasso.

Uma política pode ser desenvolvida de maneira a contemplar a contribuição de diversos atores, de caráter pluralista. Também, pode ser construída a partir de um pequeno grupo de indivíduos, geralmente associados à gestão. Neste caso, o tipo de construção da política é conhecido como elitista.<sup>2</sup>

A contribuição dos atores não é estática; ao longo da política alguns podem ser favoráveis e posteriormente podem se comportar de maneira a impedir a evolução ou alteração da política e vice-versa.<sup>20</sup> Desse modo, a participação dos atores pode ser analisada a partir do seu interesse e poder.<sup>7</sup>

No Brasil, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) é um dos exemplos da intensa participação dos atores e da importância e mobilidade do poder. Em vários municípios aumenta o número de profissionais de saúde interessados pela área,<sup>19</sup> assim como o interesse por parte dos usuários.<sup>3,8</sup>

Apesar de recente, a instituição da política nos serviços de saúde é fruto da persistência histórica de diversos atores, que desde a década de 1980 enviam esforços para sua inserção no Sistema Único de Saúde (SUS).<sup>17</sup> Após várias tentativas, a PNPIC foi instituída em 2006.<sup>18</sup> A referida institucionalização tem como finalidade incluir e ampliar a inserção da homeopatia, acupuntura, termalismo, fitoterapia, medicina antroposófica e práticas corporais (ioga e tai chi chuan) no SUS, tornando-as mais acessíveis à população brasileira, principalmente por meio da atenção básica em saúde.

Entre as experiências existentes antes da instituição da PNPIC, destaca-se a de Recife (PE), que em meio ao contexto hegemônico da biomedicina no SUS implantou serviço fundamentado em práticas contra-hegemônicas. Em 2004, Recife implantou política pautada na necessidade de adotar outra forma de atendimento terapêutico, tendo como base diversas práticas integrativas, visando melhorar a qualidade de vida e o acolhimento aos

pacientes. Com esse intuito, uma Unidade de Cuidados Integrados à Saúde (UCIS) foi implantada. A unidade foi incorporada à rede municipal para atuar como referência na rede de atenção à saúde, particularmente para atender usuários encaminhados pela Estratégia Saúde da Família. A UCIS disponibilizava práticas terapêuticas, depois formalizadas pela PNPIC, como homeopatia, fitoterapia e acupuntura, mas também outras atividades, a exemplo do programa de alimentação saudável, por meio de orientações nutricionais e de oficinas voltadas para grupos de idosos, adolescentes, hipertensos, diabéticos, profissionais de saúde.<sup>a</sup>

Passados mais de cinco anos desde a sua implantação em Recife, não há estudos que analisem a evolução dessa política e a participação dos atores envolvidos no processo. Nesse contexto, o presente artigo teve por objetivo analisar a participação dos atores e sua influência na evolução da política de práticas integrativas.

## PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A participação dos diversos atores na PNPIC no Recife foi analisada como estudo com abordagem qualitativa. As técnicas empregadas foram análise documental, entrevistas com os atores que tiveram papel relevante para a política no município (informantes-chave e gestores) e grupos focais com profissionais e usuários.

Foram analisados documentos oficiais de implementação da política e as atas do Conselho Municipal de Saúde (CMS) do Recife, entre 2004 e 2009. O ano de inauguração da política de práticas integrativas no município foi tomado como marco inicial. Todas as 126 atas digitalizadas de reuniões ordinárias e extraordinárias foram pesquisadas. Diversas expressões nesses documentos foram pesquisadas: práticas, práticas alternativas, práticas complementares, práticas integrativas, medicina complementar, medicina alternativa, unidade de cuidados integrados, acupuntura e homeopatia.

Informantes-chave foram selecionados para entrevistas, realizadas entre agosto de 2009 e janeiro de 2010, por critério de inserção na formulação da política. As informações atingiram saturação ao término da quinta entrevista.

Foram realizados dois grupos focais entre dezembro de 2009 e janeiro de 2010; um reuniu profissionais atuantes na UCIS e o outro, usuários da UCIS, com dez participantes por grupo. Em ambos os casos os participantes foram selecionados aleatoriamente.

A análise deu-se em dois momentos: o modelo de análise de condensação de significado de Kvale<sup>9</sup> (1996) foi utilizado para análise de conteúdo das entrevistas.

O modelo de Eden<sup>7</sup> (1996) adaptado foi tomado como referência para categorizar os resultados, buscando relacionar o interesse e o poder dos atores passíveis de influenciar o processo político (Figura 1).

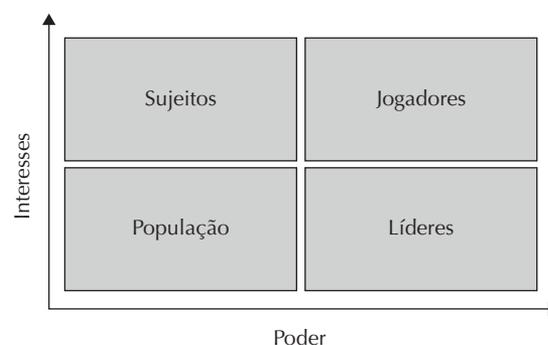
Os atores foram distribuídos em quatro categorias:

- população ou usuários: aqueles que não têm interesse e poder para participar da política;
- sujeitos: entidades ou indivíduos que possuem interesse em participar, no entanto, não têm poder no processo;
- líderes: entidades, grupos ou atores que, em virtude da relevância das instituições que representam, possuem poder;
- jogadores: aqueles que, efetivamente, participam da definição dos rumos da política, por possuírem interesse e poder.

O estudo foi aprovado no Comitê de Ética do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, parecer 30/2009. Todos os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

## ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

O crescente interesse pelo estudo sobre o papel dos atores em uma política se deve ao reconhecimento de como as características e os interesses dos diversos grupos de atores influenciam as organizações que participam.<sup>21</sup> Os atores são influenciados (individualmente, como grupos de interesse ou associação de profissionais) pelo ambiente em que trabalham nos níveis tanto macrogovernamentais quanto microinstitucionais. O contexto da política é afetado por diversos fatores: instabilidade ou incertezas criadas por mudanças no regime político; ideologia neoliberal ou socialista; experiências históricas e cultura. O processo (como ocorre o ingresso dos



**Figura 1.** Organização de categorias de indivíduos para análise de atores, segundo interesse e poder. Adaptado de Eden<sup>7</sup> (1996).

<sup>a</sup> Ministério da Saúde. Relatório do 1º seminário internacional de práticas integrativas e complementares em saúde. 2008 maio 13-15; Brasília; 2009[citado 2010 jun 19]. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/geral/relatorio\\_1o\\_sem\\_pnpic.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/geral/relatorio_1o_sem_pnpic.pdf)

temas na agenda política) por sua vez é afetado pelos atores, suas posições na estrutura de poder, seus valores e expectativas.<sup>24</sup> Em Recife, a proposta de introdução das práticas integrativas na rede de saúde foi gestada em um momento de mudanças políticas, com inserção de novos atores no cenário da gestão da saúde. O governo municipal possuía como princípio a participação democrática e popular, mas a análise da participação dos atores mostrou construção elitista da política, o que pôde ser visto pelo envolvimento dos diversos atores.

### Usuários

Os usuários (população) mostraram pouco poder e interesse pela inserção das práticas integrativas e complementares e não participaram da discussão da política. Para Agyepong & Adjei (2008),<sup>1</sup> o não-envolvimento nas decisões políticas por parte da sociedade é determinante para garantir a estabilidade administrativa; porém, segundo esses autores, isso dificulta a legitimidade necessária à continuidade de políticas e de programas. Essa dificuldade de legitimação pode ser confirmada pelo fato de que a janela de oportunidade aberta<sup>15</sup> em virtude da sensibilidade dos gestores às práticas integrativas não foi suficiente para ampliar o número de serviços que prestam esse tipo de atendimento no período estudado.

### Sujeitos

A análise dos atores segundo interesse e poder permitiu identificar que os sujeitos da política eram os profissionais de saúde. Apesar do interesse pelas práticas, os profissionais de saúde não possuíam poder e participaram de forma marginal do desenvolvimento da política:

*“(...) em 2004, eu me lembro disso... a gente viu que tinha uma iniciativa, de estruturar uma unidade de referência. Mas nós não tivemos participação na elaboração nem na organização. A gente já ficou sabendo da inauguração (...) muito pouco foi discutido com o coletivo dos profissionais de saúde.”* (profissional de saúde)

Para Mannheim et al<sup>10</sup> essa é uma falha importante, pois não se deve distanciar a formulação de uma política pública daqueles que são responsáveis pela sua implementação e acompanhamento. Isso aconteceu na política de práticas integrativas e complementares em Recife. Outro fator que influenciou o resultado alcançado foi a não-participação de profissionais e usuários nas definições dos caminhos da política no município. De acordo com Minogue<sup>12</sup> (2010), esse é um dos fatores que influenciam o sucesso de políticas sociais.

### Líderes

Três líderes foram identificados, classificados como aqueles que possuem poder sobre as políticas de saúde.

O primeiro grupo foi constituído pelo CMS, órgão do controle social que fiscaliza, acompanha e discute as políticas de saúde do município. Esse foi considerado como ator relevante e de poder, devido à sua importância na tomada de decisão política.<sup>4</sup> No entanto, em apenas uma ata analisada, nº 181, de 2007, do CMS, foi encontrado registro com referência à política de práticas integrativas e complementares no Recife:

*“O Conselheiro (...) informa que o conselho recebeu um convite do terceiro aniversário da Unidade de Saúde Guilherme Abath e ele tem como sugestão que o conselho faça não só a visita, mas uma olhada diferenciada naquela unidade que hoje faz a diferença na Cidade do Recife e que o mesmo ficou surpreso.”* (Ata)

O segundo grupo envolveu as entidades médicas, que detêm poder, tradicionalmente, sobre diversos aspectos da saúde pública no município e influenciaram diretamente a formulação da política de práticas integrativas, como expresso no relato:

*“Precisavam ser práticas que tivessem uma determinada eficácia e efetividade comprovadas (...) Já que existiam práticas que só deviam ser exercidas por médicos, já que eram práticas reconhecidas e restritas a essa categoria e tinham um elenco grande de práticas que incluíam desde a dança à meditação e outras práticas que os profissionais não seriam médicos.”* (ator-chave).

O terceiro grupo, considerado de elevado poder, atuou efetivamente como líder e foi constituído pelos membros da gestão municipal de saúde:

*“Eu analiso que os momentos eram favoráveis (...) o momento e as pessoas que ocupam as posições e os setores, então, numa gestão em que o prefeito é sensível, o secretário é sensível, em que o diretor distrital é sensível.”* (ator-chave)

### Jogadores

Entre os atores da política dois destacaram-se como jogadores, ambos vindos da categoria de líderes.

As entidades médicas, com forte influência na política específica, como exemplificado na fala a seguir:

*“(...) com a sociedade de acupuntura, que é completamente fechada, não permite que outro trabalhador faça. (...) A sociedade de homeopatia nem tanto... a gente não incorporou, imediatamente, o floral, a gente poderia ter incorporado, mas havia, e ainda há, na sociedade, principalmente no Conselho de Medicina, grande resistência.”* (ator-chave).

Os gestores não apenas mostraram interesse como participaram da elaboração da política. Observa-se na fala a seguir que o próprio gestor municipal de saúde teve iniciativas ligadas às práticas integrativas no município:

“(...) foi criado por solicitação do secretário de saúde na ocasião e um grupo reuniu-se e construiu um projeto onde inseria o que foi chamado de... um trabalho de promoção à saúde que incorporaria algumas atividades de atendimento individual, e outras que seriam atendimentos em grupo e que foram chamadas de práticas de re-humanização corpo e mente.” (ator-chave)

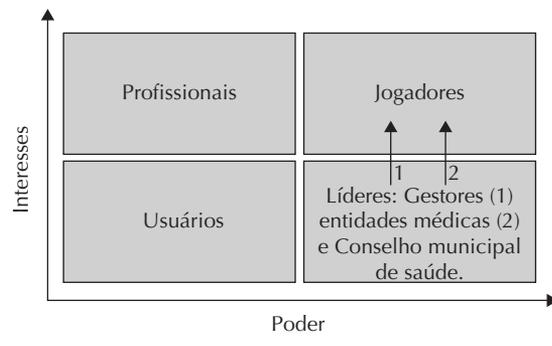
A Figura 2 sintetiza como os principais atores da política de práticas integrativas e complementares comportaram-se. Gestores (seta 1) e entidades médicas (seta 2) mobilizaram-se no sentido de serem jogadores, ao influenciarem na elaboração e conteúdo da política práticas integrativas no município.

A política de práticas no Recife esbarra numa das características principais do sistema de saúde de países em desenvolvimento, que é o arcabouço jurídico frágil. O financiamento, muitas vezes, não é garantido, sem vigilância e monitoramento dos resultados.<sup>23</sup> A baixa institucionalização das práticas não é uma exclusividade da realidade recifense ou brasileira, pois estudo realizado em nove países da América Latina e do Caribe identificou que na maioria dos países não havia legislação que sustentasse as práticas integrativas, mesmo que sejam bastante difundidas e aceitas pela sociedade desses países.<sup>13</sup>

No presente estudo, um grupo seletivo de atores atuou como jogadores na política em foco e por isso reconhece que a formulação e a implementação da política possuíam caráter elitista,<sup>2</sup> pois foram elaboradas por políticos do primeiro escalão (Figura 2). Segundo Thomas & Gilson,<sup>20</sup> diversos atores, entre eles profissionais de saúde, podem provocar mudanças importantes no sistema de saúde.

Para Costa,<sup>5</sup> as elites (líderes) são as portadoras de racionalidade política e assim são os únicos capazes de tomar decisões. As decisões são tomadas por *experts* que indiretamente foram escolhidos pelo povo por meio do voto. E isso pode ser observado na formulação da política de práticas em Recife, onde os gestores decidiram criar um grupo de estudos, formado por pessoas com *expertise* na área, para a construção de uma política municipal.

A formação de um grupo “restrito” de atores atuantes como jogadores para a discussão das práticas integrativas pode ter sido a principal razão para o distanciamento de outros personagens que poderiam debater as práticas alternativas no Recife. De acordo com Oliveira et al (2005),<sup>14</sup> o hiato entre as aspirações dos atores situados num plano central e realidades locais seria a causa dos déficits de implementação. Para Minogue<sup>12</sup> seria característica de uma falha de gestão, ou gerenciamento pobre. Quanto menor a distância entre os formuladores e os implementadores, maiores são os impactos e os objetivos alcançados por uma política, pois elaborar a política, diversas vezes, é mais simples que implementá-la.<sup>6,11</sup>



**Figura 2.** Mobilização dos atores das políticas de práticas integrativas no Recife, segundo interesse e poder.

No Recife, a política foi desenvolvida por gestores do alto escalão, com pouca participação social e discussão no conselho de saúde e com os profissionais. Esse modelo de formulação e implantação de política é conhecido como “*top-down*”.<sup>16</sup> Isso pode ser constatado com o fato de que a maior entidade, em âmbito municipal, representativa dos interesses dos usuários (CMS) não incorporou o discurso das práticas integrativas como tema relevante, o que é um dos fatores determinantes para o malogro de políticas sociais.<sup>24</sup> O não-envolvimento nas decisões políticas por parte da sociedade e dos próprios serviços públicos, como acontece no Recife, foi observado em outro estudo, em que a baixa participação da sociedade foi determinante para garantir a estabilidade administrativa, porém dificultou a legitimidade tão necessária à continuidade de políticas e de programas.<sup>1</sup>

## CONCLUSÃO

O desenvolvimento da política de práticas integrativas e complementares do Recife conta com a participação de poucos atores. Isso pode estar relacionado a dificuldades para o seu fortalecimento institucional e, assim, compromete a sua continuidade ao ampliar a distância entre formulação e implementação, e dificulta o alcance dos resultados esperados.

O estudo dos atores, de seus interesses e de seu poder contribui para o entendimento do processo político. Método como o proposto por Eden (1996)<sup>7</sup> e adaptado para o presente estudo dá visibilidade à dinâmica dos movimentos dos sujeitos, individuais ou coletivos, que podem participar do cenário político. Tal metodologia aponta a relevância da incorporação de diversos atores no jogo político, o que favorece a legitimidade e compreensão de possíveis falhas que podem ser evitadas na (re)definição de políticas.

Mesmo no SUS e na Saúde Coletiva predominam as políticas elitistas. Vive-se um círculo vicioso em que a população organizada não desenvolve experiência de participação política (ou pouco o faz), sendo muito manipulável por isso, deixando a tradição elitista e

também a privatista incólume no poder. Mesmo quando se têm gestores mais comprometidos, suas iniciativas

ficam isoladas e com pouco poder de crescimento e consolidação.

## REFERÊNCIAS

1. Agyepong IA, Adjei S. Public social policy development and implementation: a case study of the Ghana National Health Insurance scheme. *Health Policy Plan.* 2008;23(2):150-60. DOI:10.1093/heapol/czn002
2. Araújo JIJ, Maciel RF. Developing an operational framework for policy analysis. *Rev Bras Saude Matern Infant.* 2001;1(3):203-21.
3. Bellotto Jr N, Martins LC, Akerman M. Impacto dos resultados no tratamento por acupuntura: conhecimento, perfil do usuário e implicações para promoção da saúde. *Arq Med ABC* 2005;30(2):83-6.
4. Cohn A, Westphal MF, Elias PE. Informação e decisão política em saúde. *Rev Saude Publica.* 2005;39(1):114-21. DOI:10.1590/S0034-89102005000100014
5. Costa HO. Democracia e participação na teoria pluralista. *Cronos.* 2007;8(1):215-28.
6. Derlien HU. Una comparación internacional en la evaluación de las políticas públicas. *Rev Serv Publico.* 2001;52(1):105-23.
7. Eden C. The Stakeholder/Collaborator Strategy Workshop. In: Huxham C, editor. *Creating collaborative advantage.* London: Sage; 1996. p.44-56.
8. Fontanella F, Speck FP, Piovezan AP, Kulkamp IC. Conhecimento, acesso e aceitação das práticas integrativas e complementares em saúde por uma comunidade usuária do Sistema Único de Saúde na cidade de Tubarão/SC. *ACM Arq Catarin Med.* 2007;36(2):69-74.
9. Kvale S. *Interviews: an introduction to qualitative research interviewing.* Thousand Oaks: Sage; 1996.
10. Mannheimer LN, Lehto J, Ostlin P. Window of opportunity for intersectoral health policy in Sweden-open, half-open or half-shut? *Health Promot Int.* 2007;22(4):307-15. DOI:10.1093/heapol/dam028
11. Menadue J. Policy is easy, implementation is hard. *Med J Aust.* 2008;189(7):384-5.
12. Minogue M. Power to the people? Good governance and the reshaping of the state. In: Kothari U, Minogue M, editors. *Development theory and practice: critical perspectives.* Houndmills: Palgrave; 2002.
13. Nigenda G, Mora-Flores G, Aldama-López S, Orozco-Núñez E. La práctica de la medicina tradicional en América Latina y el Caribe: el dilema entre regulación y tolerancia. *Salud Publica Mex.* 2001;43(1):41-51. DOI:10.1590/S0036-36342001000100006
14. Oliveira MD, Magone JM, Pereira JA. Nondecision making and inertia in Portuguese health policy. *J Health Polit Policy Law.* 2005;30(1-2):211-30. DOI:10.1215/03616878-30-1-2-211
15. Ridde V. "The problem of the worst-off is dealt with after all other issues": the equity and health policy implementation gap in Burkina Faso. *Soc Sci Med.* 2008;66(6):1368-78. DOI:10.1016/j.socscimed.2007.10.026
16. Sabatier PA. Top-down and bottom-up approaches to implementation research: a critical analysis and suggested synthesis. *J Public Policy.* 1986;6(1):21-48. DOI:10.1017/S0143814X00003846
17. Santos FAS, Gouveia GC, Martelli PJJ, Vasconcelos EMR. A acupuntura no Sistema Único de Saúde e a inserção de profissionais não-médicos. *Rev Bras Fisioter.* 2009;13(4):330-4. DOI:10.1590/S1413-35552009005000043
18. Sousa IMC, Vieira ALS. Serviços públicos de saúde e medicina alternativa. *Cienc Saude Coletiva.* 2005;10 (Supl):255-66. DOI:10.1590/S1413-81232005000500026
19. Tesser CD, Barros NF. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. *Rev Saude Publica.* 2008;42(5):914-20. DOI:10.1590/S0034-89102008000500015
20. Thomas S, Gilson L. Actor management in the development of health financing reform: health insurance in South Africa, 1994 -1999. *Health Policy Plan.* 2004;19(5):279-91. DOI:10.1093/heapol/czh033
21. Varvasovszky Z, Brugha R. How to do (or not to do)... a stakeholder analysis. *Health Policy Plan.* 2000;15(3):338-45. DOI:10.1093/heapol/15.3.338
22. Viana AL, Baptista TWF. Análise de políticas de saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p.65-105.
23. Walt G, Shiffman J, Schneider H, Murray SF, Brugha R, Gilson L. 'Doing' health policy analysis: methodological and conceptual reflections and challenges. *Health Policy Plan.* 2008; 23(5): 308-17. DOI:10.1093/heapol/czn024
24. Walt G, Gilson L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health Policy Plan.* 1994;9(4):353-70. DOI:10.1093/heapol/9.4.353