saúde
EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 41, NÚMERO ESPECIAL 3
RIO DE JANEIRO, SET 2017
ISSN 0103-1104

Análise política em saúde

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2015–2017)
NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2015–2017)

Presidente:	Cornelis Johannes van Stralen
Vice-Presidente:	Carmen Fontes de Souza Teixeira
Diretora Administrativa:	Ana Tereza da Silva Pereira Camargo
Diretora de Política Editorial:	Maria Lucia Frizon Rizzotto
Diretores Executivos:	Ana Maria Costa
	Isabela Soares Santos
	Liz Duque Magno
	Lucia Regina Fiorentino Souto
	Thiago Henrique dos Santos Silva
Diretores Ad-hoc:	Ary Carvalho de Miranda
	José Carvalho de Noronha

CONSELHO FISCAL | *FISCAL COUNCIL*

Carlos Leonardo Figueiredo Cunha
Claudimar Amaro de Andrade Rodrigues
David Soeiro Barbosa
Luisa Regina Pessôa
Maria Gabriela Monteiro
Nilton Pereira Júnior

CONSELHO CONSULTIVO | *ADVISORY COUNCIL*

Cristiane Lopes Simão Lemos
Grazielle Custódio David
Heleno Rodrigues Corrêa Filho
Jairnilson Silva Paim
José Carvalho de Noronha
José Ruben de Alcântara Bonfim
Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
Ligia Giovanella
Nelson Rodrigues dos Santos
Paulo Duarte de Carvalho Amarante
Paulo Henrique de Almeida Rodrigues
Roberto Passos Nogueira
Sarah Maria Escorel de Moraes
Sonia Maria Fleury Teixeira

SECRETARIA EXECUTIVA | *EXECUTIVE SECRETARY*

Cristina Santos

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Avenida Brasil, 4036 – sala 802 – Manguinhos
21040-361 – Rio de Janeiro – RJ – Brasil
Tel.: (21) 3882-9140 | 3882-9141 Fax.: (21) 2260-3782

A revista Saúde em Debate é associada à Associação Brasileira de Editores Científicos

Apoio

SAÚDE EM DEBATE

A revista Saúde em Debate é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

EDITORES CIENTÍFICOS | *SCIENTIFIC EDITORS*

Maria Lucia Frizon Rizzotto (Editora-chefe) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel (PR), Brasil
Carmen Fontes Teixeira - Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil
Ana Luiza Queiroz Vilasbôas - Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil
Catharina Matos Soares - Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil
Liliana Santos - Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil
Monique Azevedo Esperidião - Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil
Tatiane de Oliveira Silva Alencar – Universidade Estadual de Feira de Santana – Feira de Santana (BA), Brasil

EDITORES ASSOCIADOS | *ASSOCIATE EDITORS*

Amélia Cohn – Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil
Ana Maria Costa – Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília (DF), Brasil
Greice Maria de Souza Menezes – Universidade Federal da Bahia, Salvador (BA), Brasil
Heleno Rodrigues Corrêa Filho – Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), Brasil
Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato – Universidade Federal Fluminense, Niterói (RJ), Brasil
Paulo Duarte de Carvalho Amarante – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil

CONSELHO EDITORIAL | *PUBLISHING COUNCIL*

Alicia Stolkiner – Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
Angel Martinez Hernaez – Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, Espanha
Breno Augusto Souto Maior Fonte – Universidade Federal de Pernambuco, Recife (PE), Brasil
Carlos Botazzo – Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil
Catalina Eibenschutz – Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, México
Cornelis Johannes van Stralen – Unversidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil
Diana Mauri – Università degli Studi di Milano, Milão, Itália
Eduardo Luis Menéndez Spina – Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropologia Social, Mexico (DF), México
Elias Kondilis - Queen Mary University of London, Londres, Inglaterra
Eduardo Maia Freese de Carvalho – Fundação Oswaldo Cruz, Recife (PE), Brasil
Hugo Spinelli – Universidad Nacional de Lanús, Lanús, Argentina
Jean Pierre Unger - Institut de Médicine Tropicale, Antuérpia, Bélgica
José Carlos Braga – Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), Brasil
José da Rocha Carvalheiro – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Ligia Giovanella - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Luiz Augusto Facchini – Universidade Federal de Pelotas, Pelotas (RS), Brasil
Luiz Odorico Monteiro de Andrade – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil
Maria Salete Bessa Jorge – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil
Paulo Marchiori Buss – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira – Universidade Federal do Pará, Belém (PA), Brasil
Rubens de Camargo Ferreira Adorno – Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil
Sonia Maria Fleury Teixeira – Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Sulamis Dain – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Walter Ferreira de Oliveira – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), Brasil

EDITORA EXECUTIVA | *EXECUTIVE EDITOR*

Mariana Chastinet

SECRETARIA EDITORIAL | *EDITORIAL SECRETARY*

Luiza Nunes
Mariana Acorse

INDEXAÇÃO | *INDEXATION*

Directory of Open Access Journals (Doaj)
História da Saúde Pública na América Latina e Caribe (Hisa)
Índice de Revistas Latinoamericanas em Ciencias (Periódica)
Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs)
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (Redalyc)
Scientific Electronic Library Online (SciELO)
Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal (Latindex)
Sumários de Revistas Brasileiras (Sumários)

saúde
EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 41, NÚMERO ESPECIAL 3
RIO DE JANEIRO, SET 2017

ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
ISSN 0103-1104

saúde
EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 41, NÚMERO ESPECIAL 3
RIO DE JANEIRO, SET 2017

5 EDITORIAL | *EDITORIAL*

ARTIGO ORIGINAL | *ORIGINAL ARTICLE*

7 **Análise dos programas das coligações majoritárias apresentados às eleições de 2014 e a Reforma Sanitária Brasileira**
Analysis of the programs of majority coalitions presented at the 2014 elections and the Brazilian Health Reform
André Teixeira Jacobina

20 **Posicionamento do Cebes no processo de implementação do SUS na conjuntura 2003-2014**
Positioning of the Cebes in the implementation process of the SUS in the 2003-2014 context
Jamilli Silva Santos, Carmen Fontes Teixeira

34 **Movimento sindical e Reforma Sanitária Brasileira: propostas da CUT para a saúde no período 1981-1991**
Trade unionism and Brazilian Health Reform: CUT proposals for health in the period 1981-1991
Maurício Wiering Pinto Telles, Carmen Fontes Teixeira

45 **Reforma Sanitária Brasileira e políticas farmacêuticas: uma análise dos fatos produzidos entre 2003 e 2014**
Brazilian Health Reform and pharmaceutical policies: an analysis of the facts produced between 2003 and 2014
Tatiane de Oliveira Silva Alencar, Jairnilson Silva Paim

60 **Análise das emendas parlamentares ao Programa Mais Médicos: o modelo de formação médica em disputa**
Analysis of the parliamentary amendments to the Mais Médicos Program: the medical training model in dispute
Felipe Proenço de Oliveira, Ana Maria Costa, Antonio José Costa Cardoso, Josélia de Souza Trindade, Iêda Maria Ávila Vargas Dias

74 **Análise do posicionamento das Entidades Médicas – 2015-2016**
Positioning analysis of Medical Entities – 2015-2016
Catharina Matos Soares, Mayara Santana de Freitas, Carmen Fontes Teixeira, Jairnilson Silva Paim

87 **Avaliação da implantação da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde no Brasil**
Evaluation of the Implementation of the National Policy on Science, Technology and Innovation in Health in Brazil
Ligia Maria Vieira-da-Silva, Gerluce Alves Pontes da Silva, Monique Azevedo Esperidião

99 **Política Nacional de Atenção Hospitalar: con(di)vergências entre normas, Conferências e estratégias do Executivo Federal**
National Policy for Hospital Care: con(di)vergences among the Federal Executive's rules, Conferences and strategies
Thadeu Borges Souza Santos, Isabela Cardoso de Matos Pinto

114 **A terapia antirretroviral combinada, a política de controle da Aids e as transformações do Espaço Aids no Brasil dos anos 1990**
Antiretroviral combination therapy, national anti-Aids policy and transformations of the AidsSpace in Brazil in the 1990s
Sandra Garrido de Barros, Ligia Maria Vieira-da-Silva

129 **O Programa Bolsa Família e as condicionalidades de saúde: desafios da coordenação intergovernamental e intersetorial**
The Bolsa Família Program and health conditionalities: challenges of intergovernmental and intersectoral coordination
Verena Duarte de Moraes, Cristiani Vieira Machado

144 **Limites e possibilidades das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço: percepções dos gestores**
Limits and possibilities of the Permanent Committees of Education-Service Integration: managers' perceptions
Tania França, Soraya Almeida Belisário, Katia Rejane Medeiros, Isabela Cardoso de Matos Pinto, Ana Claudia Pinheiro Garcia

155 **As Conferências Nacionais de Saúde e o processo de planejamento do Ministério da Saúde**
The National Health Conferences and the planning process of the Brazilian Ministry of Health
Luciani Martins Ricardi, Helena Eri Shimizu, Leonor Maria Pacheco Santos

171 **Avaliação do grau da implantação das práticas integrativas e complementares na Atenção Básica em Santa Catarina, Brasil**
Implementation level assessment of integrative and complementary practices in Primary Health Care in Santa Catarina, Brazil
Luisa Nuernberg Losso, Sérgio Fernando Torres de Freitas

188 **Processo de trabalho em saúde na implementação da atenção especializada em saúde bucal no nível local**
Considerations about the work process in the implementation of Dental Specialty Centers in the local context
Thais Régis Aranha Rossi, Sônia Cristina Lima Chaves

202 **Análise dos fatores que influenciam e condicionam a participação social na Atenção Primária à Saúde**
Analysis of factors influencing and conditioning social participation in Primary Health Care
Ana Maria Caldeira Oliveira, Sueli Gandolfi Dallari

214 **Intervenção intersetorial para promoção da saúde em sistemas locais: um estudo de avaliabilidade**
Intersectoral action for health promotion in local systems: a study of evaluability
Nília Maria de Brito Lima Prado, Maria Guadalupe Medina, Rosana Aquino

228 **Práticas de saúde e modelo de atenção no âmbito do Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Salvador (BA)**
Health practices and healthcare model in the scope of the Family Health Support Center in Salvador (BA)
Vladimir Andrei Rodrigues Arce, Carmen Fontes Teixeira

241 **Atenção Domiciliar na Estratégia Saúde da Família: avaliação do grau de implantação em Camaçari (BA)**
Home Care in the Family Health Strategy: implementation degree analysis in the city of Camaçari (BA)
Gisele Vieira Dourado Oliveira Lopes, Ana Luiza Queiroz Vilasbôas, Marcelo Eduardo Pfeiffer Castellanos

ENSAIO | *ESSAY*

255 **Sujeitos da antítese e os desafios da práxis da Reforma Sanitária Brasileira**
Subjects of the antithesis and the challenges of the praxis of the Brazilian Health Reform
Jairnilson Silva Paim

265 **Refletindo sobre o instituído na Promoção da Saúde para problematizar 'dogmas'**
Reflecting on the established in Health Promotion to problematize 'dogmas'
Fabio Fortunato Brasil de Carvalho, Simone Cynamon Cohen, Marco Akerman

277 **Crise social das instituições de ensino superior e a formação em saúde para o mercado**
Social crisis of higher education institutions and health training for the market
Luis Rogério Cosme Silva Santos, Rubens Jesus Sampaio

288 **O desafio da integralidade no cuidado ao idoso, no âmbito da Atenção Primária à Saúde**
The challenge of integrality in elderly care in the scope of Primary Health Care
Kaio Keomma Aires Silva Medeiros, Elzo Pereira Pinto Júnior, Aylene Bousquat, Maria Guadalupe Medina

REVISÃO | *REVIEW*

296 **Trabalho e educação na saúde: análise da produção científica brasileira entre 2011 e 2014**
Work and Education in Health: analysis of the Brazilian scientific production between 2011 and 2014
Vinício Oliveira da Silva, Catharina Matos Soares, Liliana Santos, Ednir Assis Souza, Isabela Cardoso de Matos Pinto

RELATO DE EXPERIÊNCIA | *CASE STUDY*

316 **Painel estadual de monitoramento da infecção pelo vírus *zika* e suas complicações: caracterização e uso pela Vigilância em Saúde**
State panel for monitoring of infections by the zika virus and its complications: characterization and usage in Health Surveillance
Juliana Martins Barbosa da Silva Costa, Yluska Almeida Coelho dos Reis, Gisele Cazarin, Luciana Caroline de Albuquerque Bezerra, Isabela Maciel de Sousa Silva

Editorial

ESTE NÚMERO ESPECIAL DA REVISTA 'SAÚDE EM DEBATE' foi organizado com base na reflexão que vem sendo desenvolvida no âmbito do Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS)[1] sobre as abordagens teórico-metodológicas utilizadas na área de política, planejamento e gestão em saúde e a pertinência de cada uma delas para a compreensão e crítica do processo de Reforma Sanitária Brasileira, das políticas e estratégias implementadas com vistas à construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e dos problemas e desafios que se colocam na atual conjuntura de crise, com sérias repercussões no campo da saúde.

A 'Análise política em saúde', que nomeia o OAPS, assume o poder como categoria central, tratando de examinar como este se apresenta e como é apropriado, acumulado, distribuído, disputado e utilizado nos âmbitos setorial e societário. Embora essa investigação possa ser realizada em diversos momentos do ciclo da política (construção da agenda, formulação, tomada de decisão, implementação e avaliação) e no interior das instituições, seu grande desafio é analisar conjunturas e suas relações com a saúde nas suas dimensões de estado vital, setor produtivo e área do saber.

A produção científica derivada da execução dos projetos e subprojetos desenvolvidos no OAPS, quer assumam a perspectiva da análise política em saúde, quer recortem políticas específicas utilizando distintos referenciais, vem gerando dissertações de mestrado, teses de doutorado, artigos e capítulos de livro. Dado o incremento da produção de artigos nos últimos dois anos, o coletivo de pesquisadores do OAPS considerou pertinente organizar um número temático da 'Saúde em Debate' dedicado especificamente a esse tema.

A presente publicação, portanto, apresenta um conjunto de artigos produzidos por pesquisadores vinculados ao OAPS, assim como vários trabalhos submetidos à 'Saúde em Debate', cujos temas e abordagens se aproximam dos 12 eixos de pesquisa do Observatório. Fieis aos objetivos que marcaram a fundação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e à linha editorial da sua revista, esperamos, com a publicação deste número, ampliar e fortalecer a rede de pesquisadores comprometidos com a qualidade do trabalho acadêmico e estimular a militância sociopolítica em defesa do SUS, da Reforma Sanitária Brasileira e do direito à saúde no País.

Carmen Fontes Teixeira
Vice-presidente do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes)

Jairnilson Silva Paim
Diretor do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes)

[1] Sediado no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA), o OAPS vem sendo construído, desde 2014, a partir da aprovação do projeto apresentado ao MCTI/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/Decit (Chamada nº 41/2013 – Rede Nacional de Pesquisas sobre Política de Saúde – Conhecimento para efetivação do direito universal à saúde). Disponível em: <www.analisepoliticaemsaude.org>.

DOI: 10.1590/0103-11042017S300

Editorial

THIS SPECIAL ISSUE OF THE JOURNAL 'SAÚDE EM DEBATE' was organized based on the reflection that has been developed within the Observatory of Political Analysis in Health (OAPS)[1] on the theoretical-methodological approaches used in the area of health policy, planning and management, and the pertinence of each of them to the understanding and critique of the Brazilian Health Reform process, the policies and strategies implemented aiming the construction of the Unified Health System (SUS) and the problems and challenges that arise in the current crisis, with serious repercussions in the field of health.

The 'Political Analysis in Health', which names the OAPS, assumes power as a central category, trying to examine how it presents itself and how it is appropriated, accumulated, distributed, disputed and used in the sectorial and corporate spheres. Although this research can be carried out at various moments of the political cycle (agenda construction, formulation, decision making, implementation and evaluation) and within the institutions, its major challenge is to analyze conjunctures and their relationships with health in their dimensions of vital state, productive sector and area of knowledge.

The scientific production derived from the execution of the projects and subprojects developed in the OAPS, whether they take the perspective of the political analysis in health, or take specific policies using different references, has been generating master's dissertations, doctoral theses, articles and book chapters. Given the increase in the production of articles in the last two years, the OAPS group of researchers considered it pertinent to organize a thematic issue of 'Saúde em Debate' dedicated specifically to this theme.

This publication therefore presents a set of articles produced by OAPS researchers, as well as several papers submitted to 'Saúde em Debate', whose themes and approaches are close to 12 research axes of the Observatory. Faithful to the objectives that marked the foundation of the Brazilian Center for Health Studies (Cebes) and to the editorial line of its journal, we hope, with the publication of this issue, to expand and strengthen the network of researchers committed to the quality of academic work and stimulate socio-political militancy in defense of the SUS, of the Brazilian Health Reform and of the right to health in the country.

Carmen Fontes Teixeira
Vice Presidente of the Brazilian Center for Health Studies (Cebes)

Jairnilson Silva Paim
Director of the Brazilian Center for Health Studies (Cebes)

[1] Located at the Institute of Public Health of the Federal University of Bahia (UFBA), the OAPS has been built, since 2014, after approval of the project presented to MCTI/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/Decit (Call nº 41 / 2013 – National Network of Research on Health Policy – Knowledge for the accomplishment of the universal right to health). Available at: <www.analisepoliticaemsaude.org>.

 DOI: 10.1590/0103-11042017S300

Análise dos programas das coligações majoritárias apresentados às eleições de 2014 e a Reforma Sanitária Brasileira

Analysis of the programs of majority coalitions presented at the 2014 elections and the Brazilian Health Reform

André Teixeira Jacobina[1]

RESUMO O objetivo deste trabalho foi analisar a visão das três coligações mais votadas nas eleições presidenciais em 2014, buscando identificar aproximações e distanciamentos ao projeto da Reforma Sanitária Brasileira (RSB). Utiliza como fontes os programas registrados no Tribunal Superior Eleitoral (TSE) e suas atualizações disponibilizadas nas páginas eletrônicas das candidaturas e as propostas do movimento da RSB, sistematizadas no Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde, de 1986. Conclui-se que os programas das três coligações, com variações, aderem à perspectiva neodesenvolvimentista, distinta das perspectivas liberal, social-democrata e socialista. Consideram que o Estado deve intervir para garantir a expansão do consumo e a reprodução do capital, concepção diversa da RSB que defende o direito à saúde e o acesso universal aos serviços, com estatização progressiva do sistema de saúde, evidenciando-se o distanciamento entre os programas apresentados e os princípios, diretrizes e valores que embasam o processo de RSB.

PALAVRAS-CHAVE Reforma dos serviços de saúde. Política. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT *The aim of this work was to analyze the vision of the three most voted coalitions in the presidential elections in 2014, seeking to identify approximations and distances regarding the Brazilian Health Reform (RSB) project. It uses as sources the programs registered in the Superior Electoral Court (TSE) and its updates available in the electronic pages of the candidacies and the proposals of the movement of the RSB, systematized in the Report of the 8th National Health Conference, of 1986. We conclude that the programs of the three coalitions, with variations, adhere to the neodevelopmental perspective, distinct from the liberal, social-democratic and socialist perspectives. They consider that the State should intervene to ensure the expansion of consumption and reproduction of capital, a different conception of the RSB that defends the right to health and universal access to services, with progressive nationalization of the health system, evidencing the distance between the Programs presented and the principles, guidelines and values that sustain the RSB process.*

KEYWORDS *Health care reform. Politics. Unified Health System.*

[1] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil.
andretj@terra.com.br

Introdução

O debate contemporâneo sobre a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) aponta a existência de uma controvérsia acerca de sua vitalidade e permanência na conjuntura atual. Alguns autores, como Hochman (2013), consideram que a RSB se limitou ao período de transição democrática, enquanto outros, como Paim (2013), defendem que o processo de RSB não terminou, o que pode ser evidenciado pela formulação da Agenda Estratégica para a Saúde (AGENDA, 2011), pela militância do Centro Brasileiros de Estudos de Saúde (Cebes) e pela mobilização dos participantes dos Conselhos e das Conferências de Saúde. A existência dessa controvérsia estimula a realização de estudos sobre o posicionamento político de distintos sujeitos com relação à RSB, a exemplo de organizações sindicais, associações profissionais, entidades religiosas e partidos políticos.

O interesse específico é com as coligações que disputaram as eleições de 2014, entre as quais focou-se nas coligações majoritárias, usando como critério de seleção o desempenho eleitoral. Desse modo, este trabalho tem por objetivo analisar os programas de governo das coligações que apresentaram as candidaturas de Dilma Rousseff, Aécio Neves e Marina Silva, buscando responder às seguintes perguntas: quais as perspectivas adotadas por cada coligação em relação ao papel do Estado na área econômica e social? Qual a proposta com relação à participação política? Qual a proximidade e o distanciamento das propostas para a Saúde em relação ao projeto da RSB?

Fontes e referencial para análise política dos programas das coligações partidárias

A literatura sobre a relação entre Movimentos Sociais (MS) e Partidos Políticos (PP) destaca a autonomia dos primeiros, problematiza a influência dos partidos ou analisa em que medida movimentos influenciam partidos e vice-versa. Da revisão efetuada, vale a pena destacar o trabalho de Ruscheinsky (1999) que apresenta uma reflexão sobre a relação entre MS e PP, nos anos 1980 e 1990 no Brasil, utilizando diversas fontes; e o de Moreira (2000) que compara a trajetória política e as articulações da Frente Ampla uruguaia e do Partido dos Trabalhadores (PT) no Brasil com os MS e destaca em ambos o forte vínculo com o movimento sindical e a vocação política governamental (JACOBINA, 2016).

Especificamente na área de saúde, as propostas das coligações que concorreram às eleições em 2014 foram analisadas por Bahia e Schefer (2014) e Magno (2015). Optou-se, entretanto, por analisar o programa de cada coligação como um todo, e não apenas as propostas para a saúde. Os documentos foram coletados no *site* do Tribunal Superior Eleitoral (TSE) e nas páginas oficiais dos partidos líder de cada coligação. Na análise de cada programa, tratou-se de identificar a perspectiva política – liberal, 'gerencialista', e social-democrata – que impregna cada documento.

A perspectiva liberal defende a redução do papel do Estado, em especial na esfera econômica, partindo do entendimento que o setor privado é mais eficiente, sendo preferível que tome as rédeas do processo produtivo e tenha liberdade para tanto (BOBBIO, 2001).

A perspectiva gerencialista considera que tanto o setor privado quanto o setor estatal têm responsabilidades sobre o desenvolvimento econômico e atribui ao Estado o papel de mediador, 'gerente' (regulador) da produção, sendo produtor apenas quando necessário (BRESSER-PEREIRA, 1998). Essa perspectiva deriva em parte do neodesenvolvimentismo, corrente de pensamento que defende um Estado forte, interventor, regulador, mas a favor do mercado, entendido como gerador de riquezas a serem utilizadas em programas sociais voltados aos mais pobres, com

vistas à ampliação do mercado interno. A industrialização e a inovação adquirem uma importância central, dando-se ênfase ao progresso técnico e à inserção do País no cenário internacional (BOSCHI; GAITÁN, 2013).

A perspectiva social-democrata, por sua vez, assume uma concepção de 'Estado de bem-estar social', responsável pela garantia dos direitos sociais, entre os quais o direito à saúde, princípios e valores que historicamente foram assumidos por PP 'de esquerda', a exemplo da social-democracia europeia e partidos de matriz socialista, que defendem o fortalecimento e ampliação do papel do Estado na economia, enquanto produtor e provedor de serviços, visando à distribuição de renda e redução das desigualdades sociais. Essa perspectiva é coerente com o projeto da RSB, que assume uma concepção ampliada de saúde, propõe o desenvolvimento e ações intersetoriais de promoção e melhoria da qualidade de vida, garantia do acesso a serviços e ampliação da participação social na gestão pública (PAIM, 2008).

Além disso, tratou-se de explicitar o que se chama 'espectro político', partindo da revisão dos termos 'esquerda' e 'direita', palavras que não designam conteúdos fixos, sendo conceitos relativos que apontam lugares no 'espaço político'. Assumiu-se, como critério para efetuar essa distinção, a noção de igualdade, considerando que um partido está tanto mais à esquerda quanto mais incluir em seu programa propostas igualitárias; e, ao contrário, quanto menos se comprometer com valores igualitários, mais à direita estará. Nesse sentido, se um partido defender a democratização do Estado e do acesso a bens e serviços e propugnar pela garantia dos direitos sociais, mais à esquerda estará. Se defender um sistema de saúde regulado pelo mercado, no qual o acesso aos serviços depende do poder aquisitivo dos diversos grupos da população, mais à direita estará. Combinando as definições de esquerda e direita com a visão acerca do Estado, considera-se que, à direita, tem-se a perspectiva liberal, ao centro, a neodesenvolvimentista, que oscila entre centro-esquerda ou centro-direita, e, à esquerda, a perspectiva social-democrata e a socialista, que defendem maior igualdade tanto material quando de poder (BOBBIO, 2001).

Projeto da RSB

O projeto da RSB pode ser apreendido, em suas linhas gerais, no Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) que apresenta uma concepção ampliada de saúde e defende a saúde enquanto direito, entendido como:

> [...] a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, e todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade. (CNS, 1986, P. 11).

Com relação ao sistema de saúde, o Relatório aponta que a proposta de estatização imediata foi recusada, havendo "consenso sobre a necessidade de fortalecimento e expansão do setor público" e que "a participação do setor privado deve-se dar sob o caráter de serviço público 'concedido' ao contrato regido sob as normas do Direito Público" (CNS, 1986, P. 11). Chama a atenção que

> a previdência social deve se encarregar das ações próprias de 'seguro social' (pensões, aposentadorias e demais benefícios) e a saúde deve ser entregue, em nível federal, a um único órgão com características novas (CNS, 1986, P. 11),

e o seu financiamento deveria contemplar um orçamento próprio, proveniente de "várias receitas, oriundas de impostos gerais e incidentes sobro produtos e atividades nocivas à

saúde", destacando também a importância da participação popular (CNS, 1986, P. 11).

O essencial do projeto é, portanto, a defesa do direito à saúde, a responsabilidade do Estado em garanti-lo, a proposta de unificação do sistema público, o financiamento próprio e a gestão participativa, coerente com a noção de democratização da saúde, base conceitual e política do movimento pela RSB. As propostas aprovadas indicam que não estavam dadas as condições políticas para uma estatização do sistema público e apontam a adoção de um posicionamento de esquerda social-democrata, visando à construção de sistema de saúde aproximado ao que prevalece no Estado de bem-estar social. Ainda que uma análise mais detalhada possa evidenciar as tensões e divergências internas ao movimento, o Relatório da VIII CNS constitui um marco do consenso construído naquele momento e pode ser tomado como referencial político para a análise dos programas das candidaturas à presidência em 2014 (CNS, 2011; PAIM, 2008).

Programa da coligação Muda Brasil (PSDB/PMN/SD/DEM/PEN/PTN/PTB/PTC/PT do B)

O programa da coligação liderada pelo Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB) defende que as regiões mais fragilizadas economicamente do Brasil recebam tratamento especial por meio de programas e projetos de fomento econômico, dá forte prioridade à micro e pequenas empresas e destaca a necessidade de investir em Ciência e Tecnologia (C&T), afirmando que "desenvolvimento significa elevar a capacidade de inovação tecnológica do país" (BRASIL, 2016, P. 30).

O texto contém uma série de diretrizes, a exemplo da ampliação dos movimentos de cooperação e diálogo entres os setores público e privado como

> o MEI (Movimento Empresarial para Inovação), incluindo representantes acadêmicos e de centros tecnológicos, empreendedores e lideranças empresariais de pequenas e médias empresas. (BRASIL, 2016, P. 32).

Destaca a necessidade de promover uma crescente integração do Brasil no comércio internacional a partir da integração competitiva das empresas brasileiras às cadeias mundiais de valor, o que implica redução da tributação sobre exportações, simplificação "da legislação de comércio exterior e desburocratização das aduanas e portos" (BRASIL, 2016, P. 33).

Defende o cumprimento inequívoco dos compromissos do tripé macroeconômico: "redução da inflação superávit primário obtido sem artifícios contábeis e câmbio flutuante" (BRASIL, 2016, P. 44), visando "reduzir incerteza e ampliar segurança para investimentos", propondo também "a autonomia operacional ao Banco Central", instituição que "deverá suavizar as flutuações do ciclo econômico e zelar pela estabilidade financeira" (BRASIL, 2016, P. 44), enfatizando que a carga tributária é elevada e deve ser reduzida e simplificada. Um discurso, nesse momento do programa, bem liberal.

As ideias neodesenvolvimentista também estão presentes, como a defesa de inovação, competitividade no mercado mundial, presença de um Estado forte, a serviço do capitalismo nacional. Quanto à gestão do Estado, defende a profissionalização e a valorização do mérito, mas não menciona a diminuição do número de cargos de confiança. Defende a desburocratização e o fortalecimento do controle social, propondo a abertura de canais para o diálogo com o cidadão que queira interagir com o Poder Público, e afirma que

> o governo federal deve estimular o debate e a busca de consensos por meio da participação social de grupos, coletivos, organizações não-governamentais, movimentos sociais e populares (TSE, 2014, P. 24)

e prestigiar "os Conselhos Nacionais de políticas públicas" (TSE, 2014, P. 24).

No que tange à saúde, destaca ações realizadas na gestão de Fernando Henrique Cardoso (FHC), quais sejam:

> [...] a descentralização da gestão e do financiamento dos recursos federais para os estados e municípios, iniciando as transferências financeiras 'fundo a fundo', o Programa Saúde da Família, os medicamentos genéricos, a estruturação do controle social, mecanismos de controle e avaliação, entre outras. (TSE, 2014, P. 58).

Critica a baixa remuneração no setor e o reduzido orçamento da seguridade social, comentando que, apesar do aumento da participação dos estados e municípios, o financiamento da Saúde é insuficiente. Defende, assim, os preceitos da Emenda Constitucional 29, nos percentuais dos pisos mínimos estabelecidos por lei para estados e municípios, e a proposta popular dos 10% da Receita Corrente Bruta da União para o setor saúde ou política similar que garanta um crescimento progressivo de financiamento para o setor (TSE, 2014).

Com relação ao Sistema Único de Saúde (SUS), o programa apresenta propostas, como o 'cartão-cidadão', para acesso à rede pública e privada, o investimento em tecnologias de informação, um novo modelo de gestão de redes integradas de saúde, um modelo assistencial com foco no paciente e na continuidade do cuidado em todos os níveis e a instituição da carreira nacional dos médicos. Nesse particular, defende a aplicação do Revalida aos médicos estrangeiros e o fornecimento de cursos preparatórios, como forma de aprimorar o programa 'Mais Médicos'.

O Programa Saúde da Família (PSF) é caracterizado como "porta de entrada do SUS" devendo ser aprimorado a fim de que atenda a todas as necessidades de promoção, prevenção e atenção básica da população brasileira (TSE, 2014, P. 59). Também aponta as reclamações da população usuária dos planos de saúde, que representam 25% da população brasileira, com a desigualdade no acesso e na qualidade dos planos (TSE, 2014, P. 60), propondo o "fortalecimento", "modernização", e "profissionalização" da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Defende, entretanto, a

> integração do sistema de saúde suplementar com o SUS, para identificar oportunidades de colaboração e investimento e desenvolvimento de parcerias público-privadas (TSE, 2014, P. 60),

não reconhecendo a contradição entre os sistemas e os embates dessas lógicas distintas.

Apresenta, ainda, propostas para o aperfeiçoamento da gestão do SUS sugerindo a autonomia de gestão em todos os níveis das redes de saúde, definição e uso de protocolos, padrões de qualidade e processos otimizados para os controles internos, e otimização do modelo assistencial, com iniciativas que incentivem a desospitalização e a profissionalização do cuidado. O problema central da gestão (PAIM; TEIXEIRA, 2007) expresso na manutenção do clientelismo, fisiologismo e o excesso de cargos de confiança, em suma, o problema do patrimonialismo do Estado brasileiro, porém, não é abordado.

Por fim, destaca o combate a diversos problemas de saúde, como envelhecimento da população, obesidade, doenças cardiovasculares, câncer, traumatismos, envenenamentos, doenças respiratórias; diabetes e hipertensão, uso/abuso de drogas lícitas e ilícitas (sem referir-se à descriminalização ou legalização). Defende o programa de controle do Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/Aids) e o combate ao tabagismo, assim como o fortalecimento de ações de promoção da saúde e de hábitos saudáveis de vida, a adoção de tecnologias sustentáveis, a melhoria das condições de trabalho, a

> ampliação do complexo produtivo da saúde, [...], desenvolvimento da política de ciência, tecnologia e inovação e o fortalecimento da

> indústria farmacêutica nacional e dos laboratórios farmacêuticos oficiais. (TSE, 2014, P. 62).

Programa da coligação Unidos pelo Brasil (PHS/PRP/PPS/PPL/PSB/PSL)

O documento da coligação liderada pelo Partido Socialista Brasileiro (PSB) apresenta inicialmente um diagnóstico da situação econômica do País, elogiando a estabilidade alcançada com o Plano Real e a implementação de políticas sociais de educação, saúde e transferências de renda, combinadas com o crescimento econômico. Entende, porém, que desafios fundamentais não foram enfrentados e aponta a necessidade de aperfeiçoar o ambiente de negócios no Brasil a fim de mobilizar o investimento privado com critérios claros de regulação (BRASIL, 2016). Além disso, sinaliza que apesar de a

> carga tributária ter se mantido em nível elevado (mais de 37% do Produto Interno Bruto – PIB em 2013), os investimentos do governo federal têm ficado em patamares baixos. (BRASIL, 2016, P. 42).

Além dessas propostas, que aproximam o programa da perspectiva gerencialista, outros trechos ecoam a perspectiva liberal como a crítica às políticas adotadas no governo Dilma para setores econômicos específicos, por "provocarem distorções de preços e má alocação de recursos", sugerindo "simplificar a estrutura tributária, reduzindo o número de impostos e tornando os procedimentos mais simples" (BRASIL, 2016, P. 48), "a não-elevação da carga tributária", "redução dos impostos sobre faturamento de empresas"; "desoneração de investimentos" e "desarme da guerra fiscal" com "melhor repartição das receitas entre os entes federados (BRASIL, 2016, P. 50). Defende também a independência do Banco Central o mais rapidamente possível, para que ele possa praticar a política monetária necessária ao controle da inflação (BRASIL, 2016).

A defesa da autonomia do Banco Central e o reconhecimento dos pesados impostos sobre empresas parecem resultar da influência do setor empresarial dentro do partido. Todavia o programa também sofre outras influências, de modo que defende uma economia sustentável do ponto de vista socioambiental e valoriza a universalização e a garantia dos direitos sociais. Nesse sentido, defende mudanças nas regras que regulam as relações entre empresas e empregados para ampliar a proteção aos trabalhadores, manter os direitos conquistados e criar um ambiente de maior segurança jurídica (BRASIL, 2016).

Sobre o papel do Estado, destaca que vai "inverter a lógica dominante nos últimos quatro anos" (BRASIL, 2016, P. 44), indicando que "a mudança passa por elevar progressivamente a responsabilidade dos atores da política – mandatários, legisladores e cidadãos", "mudanças na forma de atuação do governo e das estatais" (BRASIL, 2016, P. 12) e "apoio a municípios por uma administração com foco em resultados, metas, indicadores e bonificação por desempenho" (BRASIL, 2016, P.18). Além disso, sob o lema "democratizar a democracia", elenca uma série de propostas de reforma política:

> Unificação do calendário geral das eleições, fim da reeleição e adoção do mandato de cinco anos; adoção de novos critérios na definição da ordem dos eleitos para cargos proporcionais [...]; inscrição de candidaturas avulsas aos cargos proporcionais [...]. Redefinição da distribuição do tempo de propaganda eleitoral gratuita com base em novos critérios [...] convocação de plebiscitos e referendos pelo povo e facilitar a iniciativa popular de leis, mediante redução das assinaturas necessárias e da possibilidade de registro de assinaturas eletrônicas; fortalecimento dos mecanismos de transparência nas doações para campanhas eleitorais. (BRASIL, 2016, P. 15).

O financiamento das campanhas é criticado desde que o financiamento privado dos partidos resulta em competição com base em condições desiguais e conduz à "apropriação da política por interesses econômicos como matriz dos escândalos". Entretanto, o programa reafirma que "doar fundos a um partido constitui livre exercício de um direito político" e apenas comenta que é preciso atentar para o princípio da equidade entre os cidadãos, dada a grande diferença entre a capacidade contributiva de cada um (BRASIL, 2016, P. 15).

Critica a aprovação, em 2013, da Minirreforma Eleitoral, que "privilegia os grandes partidos" (BRASIL, 2016, P. 16) e destaca que reformar o sistema de financiamento político-partidário requer devolver ao cidadão sua capacidade de exercer influência nas instâncias de escolha política dos representantes, de forma equânime (BRASIL, 2016).

Em relação à Saúde, o PSB reconhece o subfinanciamento do SUS, defendendo o projeto de lei de iniciativa popular de vincular 10% da Receita Corrente Bruta da União ao financiamento da saúde. Enfatiza a Estratégia Saúde da Família como 'porta de entrada' para os serviços de saúde, propondo universalizar o PSF, ampliar a atenção domiciliar e oferecer às suas equipes retaguarda de apoio, com policlínicas, maternidades e hospitais distribuídos em todas as regiões. Também propõe construir cem hospitais voltados para o atendimento regional, possibilitando a incorporação dos leitos perdidos pelo SUS ao longo dos últimos anos (BRASIL, 2016).

Programa da coligação com a força do povo (PT/PMDB/PSD/PP/PR /PROS/PDT/PCdoB /PRB)

O programa da coligação liderada pelo PT reafirma políticas, programas e projetos implementados pelos governos petistas no período anterior. Ressalta a importância dos investimentos em produção e consumo de massa, em infraestrutura social e econômica, na construção de um Brasil sem burocracia e nas áreas de educação, ciência, tecnologia e inovação, construindo uma sociedade do conhecimento. Como o PSDB e o PSB, o PT propõe estímulo ao empreendedorismo e diminuição de burocracia, enfatiza as parcerias entre Estado e iniciativa privada, mas também destaca a necessidade de rigor da gestão fiscal, e ampliação do investimento público (BRASIL, 2016).

A perspectiva neodesenvolvimentista aparece em propostas que enfatizam a

> modernização do parque industrial brasileiro, pela melhoria no ambiente de negócios e pela maior capacitação de nossas empresas e da qualificação de nossa mão de obra (BRASIL, 2016, P. 2),

bem como na ênfase atribuída à qualificação do mercado interno e a visão de que os programas de transferência de renda contribuem, em conjunto com outras políticas sociais, como aumento do salário mínimo, para o fortalecimento desse mercado. Assim, o programa reafirma a importância do tripé macroeconômico e destaca os objetivos do novo governo:

> [...] continuidade e fortalecimento das políticas sociais, e busca permanente do crescimento econômico inclusivo e sustentável, promovendo a competitividade produtiva e assumindo a garantia de acesso à educação de qualidade como grande motor da transformação [...] o novo ciclo histórico que propomos ao Brasil passa pelas reformas política, federativa, urbana e dos serviços públicos. (BRASIL, 2016, P. 2).

Quanto à Reforma Política, o programa aponta a necessidade de melhorar a representatividade política, aprimorar o sistema eleitoral, tornar a política mais transparente, e defende a realização de um plebiscito como instrumento de participação popular a fim de definir a posição majoritária sobre os principais temas, chamando a atenção para que "o

combate sem tréguas à corrupção deve fazer parte da urgente transformação do sistema político e eleitoral brasileiro" (BRASIL, 2016, P. 18). O programa não aborda, porém, a questão das volumosas contribuições empresariais ao financiamento das campanhas, e o poder desses setores, diz apenas que é preciso oxigenar o sistema eleitoral, definindo regras claras de financiamento (BRASIL, 2016).

Expressa o desejo de ampliar a democracia política como algo que andaria junto da democracia econômica (distribuição de renda e eliminação da pobreza), mas a única proposta com relação a isso é a institucionalização do Sistema Nacional de Participação Popular, que "terá a função de consolidar as formas de participação colocadas em prática nos governos Lula e Dilma" (TSE, 2014, P. 20), proposta que estava tramitando no Congresso no período eleitoral e foi derrotada no final de 2014.

No que tange à saúde, destaca a melhoria das condições de saúde da população, atribuindo-a à expansão das ações e serviços garantidos pelo SUS, à implementação de políticas sociais de combate à pobreza e ao aumento do acesso a esgoto e água tratada durante os Governos Luiz Inácio Lula da Silva e Dilma Rousseff (TSE, 2014, P. 13), e apresenta como projetos prioritários:

> [...] a expansão do Programa Mais Médicos (PMM); a ampliação da rede de Unidades de Pronto Atendimento (UPAs); a extensão das redes de atendimento especializado, com a qualificação dos serviços hospitalares; o fortalecimento e a universalização do Samu e a ampliação do acesso da população a medicamentos. (TSE, 2014, P. 22).

É importante notar que não existe menção à Estratégia Saúde da Família, tema central nas propostas de governos anteriores, inclusive do Governo Lula (TEIXEIRA; PAIM, 2005). Além da ênfase na implantação de UPA e no PMM, o programa reproduz uma perspectiva de políticas sociais focalizadas, incorrendo no risco de reduzir o SUS a um 'SUS para pobres' (PAIM, 2012), mesmo que aponte que o SUS tem cumprido um importante papel na universalização do acesso e que reafirme o

> compromisso com seu contínuo fortalecimento e aprimoramento, necessário devido a seu tamanho, à extensão dos serviços envolvidos e às sobreposições de atribuições entre os entes federativos. (PAIM, 2012, P. 23).

Apesar disso, o programa é sucinto no que diz respeito ao financiamento do setor e assinala apenas que a melhoria no atendimento e o aumento da rede de saúde

> exigirão uma rediscussão federativa, que terá o poder de evitar superposição de investimentos e de planejar com mais eficiência a distribuição dos serviços de saúde públicos. (TSE, 2014, P. 22).

Não se refere ao projeto de iniciativa popular que cobra a destinação de 10% (Saúde + 10) das receitas da União para a saúde, nem aponta fontes alternativas que poderiam contribuir para a superação do subfinanciamento, a exemplo da taxação sobre as grandes fortunas. A dúvida que fica, portanto, é a que SUS o programa se refere, se é o SUS idealizado pelo movimento da RSB, cuja construção vem enfrentando enormes dificuldades ao longo das últimas décadas, ou se o partido se rendeu a uma perspectiva racionalizadora (PAIM, 2013A), que conjuga a expansão de serviços básicos para os 'pobres', com a reprodução ampliada dos interesses do capital privado investido no setor (BAHIA, 2005), tanto na produção de serviços e insumos quanto na gestão dos estabelecimentos de maior complexidade, a exemplo dos hospitais (COSTA, 2013).

Discussão

Os programas das coligações lideradas pelo PSB, PSDB e PT tentam, de diferentes

formas, contemplar interesses contraditórios, provavelmente em busca de alargamento de suas bases de apoio. Esse artifício, entretanto, confere a cada programa uma aparência de 'colcha de retalhos', que pode induzir à conclusão de que não são documentos coerentes. Uma análise mais apurada, entretanto, evidencia que esses programas têm mais em comum do que diferenças substantivas. Todos reconhecem que o Estado tem o papel de promover o crescimento econômico, preenchendo os vazios do mercado, corrigindo suas assimetrias e atuando nos espaços que não interessam diretamente ao setor privado. Defendem o empreendedorismo, o ajuste fiscal, o aperfeiçoamento da gestão pública e reconhecem a importância da atuação estatal na área social. Em outras palavras, todos adotam uma perspectiva neodesenvolvimentista e gerencialista e, apesar do que apresentam em suas siglas, tendem a afastar-se da perspectiva social-democrata, apresentando propostas de políticas sociais compensatórias, focalizadas nos 'pobres', aos quais é oferecida a inclusão social pelo consumo de serviços produzidos por meio de parcerias público-privadas.

As diferenças entre os programas são sutis e consistem na ênfase em determinadas opções estratégicas do que em termos de objetivos. Assim, o programa da coligação liderada pelo PSB é mais enfático na proposta de independência do Banco Central, proposta cara aos setores liberais. O programa da coligação liderada pelo PSDB é o que defende mais enfaticamente a incorporação de inovações tecnológicas na produção. O programa da coligação liderada pelo PT é o mais cheio de 'marcas' de programas federais voltados ao combate à pobreza. Essas diferenças parecem refletir o atendimento de demandas específicas de setores que compõem a base de apoio de cada partido, o que explica, em parte, as ambiguidades e contradições, já que as bases desses partidos não são homogêneas e abrigam grupos com interesses diversos e até antagônicos.

Ao utilizar critérios próprios de análise, percebe-se que o programa da coligação liderada pelo PSDB se encaixa mais em uma perspectiva de centro-direita, especialmente pela sua defesa do empreendedorismo, das parcerias público-privadas, embora não defenda explicitamente a redução do papel do Estado, e sim a redefinição de suas relações com o setor privado.

Já o programa da coligação liderada pelo PSB é dos mais difíceis de classificar. No capítulo de economia, o programa é de centro-direita, e nos capítulos relativos à saúde, educação e reforma política, é de centro-esquerda, até por defender, ainda que esta proposta soe meramente retórica, a necessidade de uma 'democracia de alta intensidade'.

O programa da coligação liderada pelo PT trabalha com a noção de que garantir acesso ao consumo para todos pressupõe focalizar políticas e projetos nos mais pobres, seja fornecendo diretamente os serviços, seja facilitando o crédito, de modo que estes venham a consumir serviços públicos ou passem a comprar serviços no setor privado. Situa-se, predominantemente, em uma posição de centro-esquerda, oscilando para uma posição de centro-direita quando trata de parcerias com a iniciativa privada, aproximando-se assim da perspectiva adotada pelo PSDB, embora este pareça se apoiar mais em uma aliança com o capital internacional, enquanto o PT enfatiza uma aliança com o setor privado nacional.

Todos os programas se situam, portanto, em torno do centro político, cabendo ressaltar que este 'centro' se caracteriza, fundamentalmente, pela subordinação do Estado às políticas de ajuste macroeconômico, visando à manutenção das condições de reprodução do capital, ante a crise internacional, cujos efeitos se fizeram sentir mais recentemente sobre a economia brasileira. No que se refere às políticas sociais e à participação social, os programas oscilam um pouco mais à direita ou um pouco mais à esquerda, enfatizando a 'radicalização da

democracia' (PSB) ou a 'institucionalização da participação social' (PT), sem se comprometerem com uma ampla reforma do sistema político brasileiro, como se depreende da timidez com que tratam o financiamento das campanhas eleitorais que é a questão central, por essa perspectiva, quando se fala em ampliar a democracia ou radicalizar a democracia (SINGER, 2015).

Com isso, percebe-se que os programas dessas coligações, que, certamente expressam as visões dos partidos que as lideram, distanciam-se das propostas da RSB. Levando em conta o que foi aprovado no Relatório da VIII CNS, constata-se que nenhum deles defende uma concepção ampliada de saúde, limitando suas propostas ao 'fortalecimento do SUS', sem explicitar claramente como pensam superar os obstáculos enfrentados no processo de construção desse sistema, ou seja, o subfinanciamento, o patrimonialismo do Estado brasileiro umbilicalmente ligado à má qualidade da gestão pública e à manutenção do modelo médico assistencial hospitalocêntrico, apresentando propostas que fortalecem o processo de privatização do sistema e a implantação de programas que representam 'mais do mesmo' do que tem sido feito em gestões anteriores (TEIXEIRA; SOUZA; PAIM, 2014).

Considerações finais

Este trabalho evidencia que, apesar de toda ilusão que perpassa o teatro político, os programas de governo podem ser fontes de pesquisa, permitindo a identificação das ideologias que influenciam a direção adotada pelos partidos coligados e a distância entre as demandas e propostas dos MS e os programas de partidos supostamente de esquerda. Cabe, entretanto, apontar os limites deste trabalho, uma vez que, para aprofundar a compreensão das posições políticas dos partidos analisados, seria necessário ir além do discurso dos programas e analisar a relação das lideranças com a base social de cada partido, bem como as alianças que se estabelecem ao longo do processo político eleitoral. Os discursos dos programas das coligações partidárias não devem, portanto, ser vistos isoladamente, desde que, como diria o historiador marxista Thompson (1981), não cabe interrogar as palavras em si mesmas, mas o significado que assumem quando utilizadas pelos sujeitos da história.

Um aspecto, entretanto, parece relevante destacar. A análise dos programas parece, à primeira vista, validar a afirmação do cientista político Bolívar Lamounier (2015), de que não há direita no Brasil desde quando tais programas apresentam certa convergência de propostas, assumindo um discurso igualitarista, em uma versão menos universalista e mais focalizada, por meio da garantia do acesso ao consumo de serviços. Como visto, esse discurso é temperado com propostas caras ao capital, como a defesa do 'empreendedorismo', a 'desburocratização' e a ampliação das parcerias público-privadas. Como se tratam de coligações, incluem partidos de direita, embora estes sejam pequenos e não sejam os líderes. Destarte, o teor liberal dos programas não deve ser atribuído exclusivamente a esses partidos, mas, especialmente, à influência dos setores empresariais, que conseguiram que partidos teoricamente trabalhistas e de centro-esquerda adotassem valores favoráveis ao capital.

Assim, a concepção de cidadania que prevalece é a de uma 'cidadania *à la carte*', em que direitos são vistos como serviços que podem ser adquiridos no mercado, cabendo ao Estado criar condições para que os que não podem comprá-los diretamente possam vir a comprar um dia, seja pelo aumento do poder aquisitivo (por meio de programas de transferência de renda, aumento de salário, emprego), seja pela garantia do acesso a serviços públicos, em parte gerenciados pelo setor privado. A ação do Estado, assim, não é a garantia de um direito universal, mas uma ajuda circunstancial e temporária, a ser rompida

quando o cidadão não mais precisar dela.

A penetração desses elementos, claramente liberais, de direita, nos programas dos partidos e coligações que se apresentam como social-democratas, trabalhistas ou socialistas, demonstra não apenas a existência da direita, mas evidencia que essa forma de pensamento, essa ideologia, prescinde da necessidade de um partido próprio na liderança das coligações para divulgar e implementar suas ideias. Obviamente que a direita pode se apresentar como partido, e se apresenta, mas, nos partidos de centro, as tensões entre diferentes segmentos da base permitem a presença relevante desse ideário.

Assim sendo, o centro político se move para a direita, e propostas de centro-esquerda, social-democrata, transformam-se, nesse espectro, em propostas vistas como de extrema-esquerda. Com isso, a defesa de uma perspectiva próxima daquela da RSB parece distante, algo de uma extrema esquerda que não encontra em nenhuma das três candidaturas ampla representação. Fica evidente, especialmente levando-se em conta as propostas de política econômica, que as prioridades estão voltadas à ampliação de consumo, inclusive de planos de saúde, o que é antagônico com a defesa do direito universal à saúde, como prevê o SUS constitucional, tendo em vista que o sistema privado, teoricamente, deveria ser suplementar.

Essas considerações não são um achado original, mas confirmam outros trabalhos que já apontavam, com objetivos diferentes, o transformismo de partidos historicamente de esquerda, como o trabalho de Coelho (2005) sobre o PT, ou uma tendência de modernização conservadora da sociedade brasileira apontada por Domingues (2002). Mesmo a noção de cidadania *à la carte,* ou seja, a redução do conceito de cidadania ao consumo de bens e serviços, já havia sido destacada no trabalho de Philip Oxhorn (2010). Entretanto, poder chegar a essas mesmas conclusões, tendo como fontes os programas das coligações partidárias lideradas por partidos que historicamente se apresentam como partidos de centro-esquerda e esquerda, sinaliza uma consolidação dessas perspectivas, já que esses documentos são públicos e têm objetivo de ser usados como parte do *marketing* das suas concepções e propostas.

Para concluir, cabe ressaltar a importância de atualizar a análise da ação dos partidos políticos no momento atual, uma vez que, após da vitória eleitoral da coligação liderada pelo PT, agravou-se a crise econômica, política, ética e institucional, em que o País continua imerso, contexto no qual o PT perdeu legitimidade e o PMDB, partido que fez parte da coligação vitoriosa, rompeu a aliança e, com apoio da mídia institucionalizada e de setores significativos do grande capital, desencadeou um processo de impedimento da Presidente eleita, adotando medidas que comprometem a viabilidade do SUS constitucional. Levando em conta a reação de amplos setores da sociedade a tais medidas e o debate em torno das perspectivas da esquerda (MARTINS, 2016), cabe destacar, entretanto, a atualidade dos ideais e valores da RSB. ■

Referências

AGENDA Estratégia para a Saúde no Brasil: 5 diretrizes de uma política de saúde 5 estrelas para pobres ou ricos. Brasília, DF: ABRASCO; APSP; CEBES; CFM; CONASEMS; Rede Unida; SBMFC, 2011.

BAHIA, L. O SUS e os desafios da universalização do direito à saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: LIMA, N. T. *et al.* (Org.). *Saúde e Democracia:* história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

BAHIA, L., SCHEFFER, M. A *Saúde nos programas de governo dos candidatos a Presidente da República do Brasil nas eleições de 2014:* notas preliminares para o debate, 2014. Disponível em: <http://apsp.org.br/wp-content/uploads/2014/08/Saude-nas-Elei%C3%A7%C3%B5es-2014.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2015.

BOBBIO, N. *Direita e Esquerda:* razões e significados de uma distinção política, 2. ed. São Paulo: Unesp, 2001.

BOSCHI, R.; GAITÁN, F. Neodesenvolvimentismo. In: IVO, A. B. L. (Coord.). *Dicionário temático Desenvolvimento e Questão social:* 81 problemáticas contemporâneas. São Paulo: Annablum, 2013, p. 325-329.

BRASIL. Justiça Eleitoral. *Lista dos Partidos Políticos, das Coligações Partidárias e dos Candidatos Concorrentes:* Eleições Gerais 2014 - 1º Turno. Disponível em: <http://www.justicaeleitoral.jus.br/arquivos/lista-de-candidatos-aptos-por-cargo-e-ordem-alfabetica>. Acesso em: 26 out. 2016.

BRESSER-PEREIRA, L. C.; SPINK, P. *Reforma do Estado e administração pública gerencial*. Rio de Janeiro: FGV, 1998.

COELHO, E. *Uma esquerda para o Capital:* Crise do Marxismo e mudanças nos Projetos Políticos dos grupos dirigentes do PT (1979-1998). 2005. 549 f. Tese (Doutorado em História) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2005.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). 35 anos de luta pela Reforma Sanitária. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 91, p. 644-649, out./dez. 2011.

_____. *Relatório da 8ª Conferência Nacional em Saúde.* 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2016.

COSTA, A. M.; BAHIA, L.; SCHEFFER, M. Onde foi parar o sonho do SUS? *Le Monde Diplomatique Brasil,* São Paulo, v. 69, p. 30-1, 2013. Disponível em: <http://diplomatique.org.br/onde-foi-parar-o-sonho-do-sus/>. Acesso em: 31 ago. 2017.

DOMINGUES, J. M. A Dialética da Modernização Conservadora e a Nova História do Brasil. *Revista de Ciências Sociais*, Brasília, DF, v. 45, n. 3, p. 459-482, 2002.

HOCHMAN, G. Saudades do futuro ou um sistema de saúde em tempos democráticos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1927-1953, out. 2013.

JACOBINA, A. T. *O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e sua relação com os Partidos Políticos de matriz marxista*. 2016. 217 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

LAMOUNIER, B. *Aspectos ideológicos e políticos de nosso país*. 2015. Disponível em: <http://globotv.globo.com/globo-news/globo-news-painel/t/globonews-painel/v/painel-os-aspectos-ideologicos-e-politicos-do-nosso-pais/3858960/>. Acesso em: 6 fev. 2015.

MAGNO, L. D. *Dos clamores das ruas aos rumores do Congresso:* uma análise da conjuntura recente da saúde no Brasil. 2015.105 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

MARTINS, C. E. Brasil em transe: crise política, golpe de Estado e perspectivas da esquerda. *Le*

Monde Diplomatique Brasil, São Paulo, p. 4, jul. 2016. Disponível em: <http://diplomatique.org.br/brasil-em--transe-crise-politica-golpe-de-estado-e-perspectivas--da-esquerda/>. Acesso em: 29 jun. 2017.

MOREIRA, C. A esquerda no Uruguai e no Brasil: cultura política e desenvolvimento partidário. *Opin. Pública*, Campinas, v. 6, n. 1, p. 17-54, 2000.

OXHORN, P. Cidadania como Consumo ou Cidadania como Agência: uma comparação entre as reformas de democratização da Bolívia e do Brasil. *Sociologias*, Porto Alegre, v. 12, v. 24, p. 18-43, maio/ago. 2010.

PAIM, J. S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1927-1953, out. 2013b.

_____. O futuro do SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 612-3, 2012.

_____. *Reforma Sanitária Brasileira:* contribuição para a compreensão e crítica. Salvador, Edufba; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

_____. Reforma Sanitária Brasileira: eppur si muove. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29 n. 10, p. 1927-1953, out. 2013.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. supl., p. 1819-1829, 2007.

RUSCHEINSKY, A. *Atores políticos e lutas sociais:* movimentos sociais e partidos políticos, Porto Alegre: EdiPUCRS, 1999.

SINGER, A. Cutucando onças com varas curtas. *Novos estudos Cebrap*, São Paulo, n. 102, p. 42-71, jul. 2015.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. A política de saúde no Governo Lula e a dialética do menos pior. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 71, p. 268-283, set./dez. 2005

TEIXEIRA, C. F.; SOUZA, L. E.; PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde, a difícil construção de um sistema universal na sociedade brasileira, In: ALMEIDA FILHO, N; PAIM, J. S. (Org.). *Saúde Coletiva:* teoria e prática. Rio de Janeiro: Medbook, 2014, p. 121-37.

THOMPSON, E. P. A *Miséria da Teoria*. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

TRIBUNAL SUPERIOR ELEITORAL, (TSE). *Informações sobre as eleições:* eleições 2014. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <http://www.tse.jus.br/eleicoes/eleicoes-anteriores/eleicoes-2014>. Acesso em: 26 out. 2016.

Recebido para publicação em março de 2017
Versão final em agosto de 2017
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Posicionamento do Cebes no processo de implementação do SUS na conjuntura 2003-2014

Positioning of the Cebes in the implementation process of the SUS in the 2003-2014 context

Jamilli Silva Santos[1], Carmen Fontes Teixeira[2]

RESUMO O trabalho analisou o posicionamento do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), enquanto sujeito coletivo, ante as decisões governamentais com relação ao Sistema Único de Saúde (SUS) na conjuntura 2003-2014, a partir de 11 documentos e 40 editoriais da revista 'Saúde em Debate'. A entidade reconhece os avanços do SUS, mas posiciona-se criticamente quanto ao financiamento e à gestão do sistema, apontando a insuficiência de recursos e a tendência à incorporação de modalidades de gestão de serviços que estimulam a privatização da gestão pública, chamando a atenção, também, para o estreitamento das bases de sustentação política da Reforma Sanitária Brasileira, por conta da relativa desmobilização e da fragilidade da articulação dos movimentos sociais.

PALAVRAS-CHAVE Política de saúde. Sistema Único de Saúde. Reforma dos serviços de saúde.

ABSTRACT *The paper analyzed the positioning of the Brazilian Center for Health Studies (Cebes), as a collective subject, in view of the governmental decisions regarding the Unified Health System (SUS) in the 2003-2014 context, based on 11 documents and 40 editorials of the journal 'Saúde em Debate'. The entity recognizes the advances of the SUS, but is positioned critically regarding the financing and management of the system, pointing to the lack of resources and the tendency to incorporate management modalities that stimulate the privatization of public management. It also highlights the narrowing of the bases of political support of the Brazilian Health Reform, due to the relative demobilization and the fragility of the articulation of social movements.*

KEYWORDS *Health policy. Unified Health System. Health care reform.*

[1] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC), Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – Salvador (BA), Brasil.
jamillyss@hotmail.com

[2] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC), Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – Salvador (BA), Brasil.
carment@ufba.br

 DOI: 10.1590/0103-11042017S302

Introdução

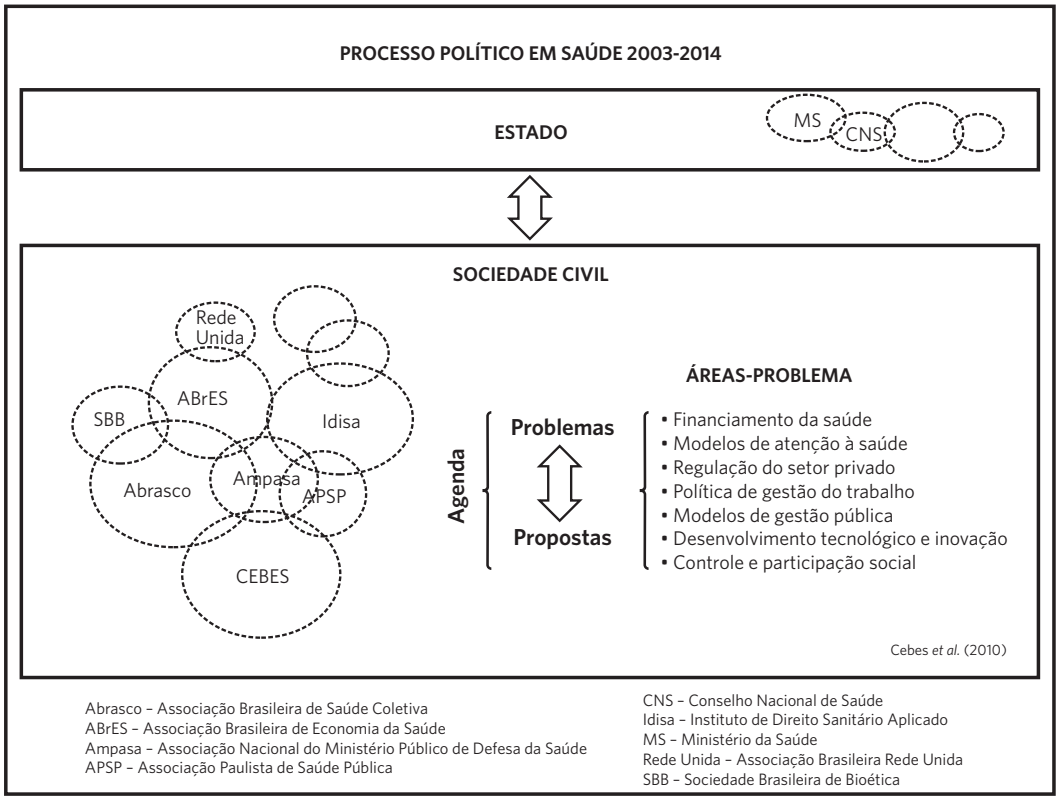
O Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes), criado em 1976, constituiu-se no espaço no qual foi formulada a proposta de 'democratização da saúde' (CEBES, 1979), base conceitual, política e estratégica do movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) (ESCOREL, 1999; PAIM, 2008). Na década de 1980, o Cebes tornou-se um dos principais articuladores do projeto de reforma da política e do sistema de saúde, sistematizado no relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde e institucionalizado com a aprovação do Capítulo Saúde da Constituição Federal de 1988 e das Leis nº 8.080 e nº 8.142 em 1990 (FLEURY; 1994; PAIM, 2008, 2013C), base jurídica do Sistema Único de Saúde (SUS). O processo de implementação desse projeto, ao longo dos últimos 28 anos (1988-2016), tem sido pontuado por avanços e retrocessos, aproximações e distanciamentos entre o que foi proposto nos primórdios do movimento pela RSB e o que vem sendo efetivamente realizado, em função das opções políticas adotadas pelos diversos governos que se sucederam nesse período (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008; TEIXEIRA; SOUZA; PAIM, 2014).

Ao ampliar a revisão da literatura na base de dados bibliográfica Scientific Electronic Library Online (SciELO) em 2015 (SANTOS; TEIXEIRA, 2016), constatou-se a existência de mais de 221 artigos que abordam diversos aspectos do processo de organização e funcionamento do sistema, porém evidenciaram-se poucos estudos que analisam o processo político em saúde, especialmente o posicionamento de organizações e entidades representativas de diversos segmentos da população brasileira acerca desse processo.
Tomou-se como ponto de partida, considerando a importância de investigar a ação política de sujeitos coletivos implicados na formulação e implementação de propostas consentâneas com os princípios da RSB em vários espaços institucionais, a seguinte questão: Qual o posicionamento político do Cebes com relação às decisões do Ministério da Saúde (MS) voltadas à implementação do SUS no período 2003-2014? O objetivo geral deste trabalho, portanto, foi analisar o posicionamento do Cebes, enquanto sujeito coletivo, ante as decisões governamentais com relação ao SUS na conjuntura 2003-2014. O recorte de tal período justifica-se pelo fato de a entidade ter enfrentado uma crise que conduziu à sua refundação, em 2006, que implicou uma reestruturação interna. Além disso, essa conjuntura corresponde aos governos Lula I, Lula II e Dilma I, contexto no qual o movimento sanitário, do qual o Cebes faz parte, criou uma expectativa com relação à possibilidade de retomada dos ideais do movimento pela RSB, cabendo, portanto, analisar o posicionamento da entidade perante políticas e estratégias implementadas nesse período.

O Cebes: ator social/sujeito político

Ao considerar o objetivo definido neste estudo, foi elaborado um modelo teórico *(figura 1)* que situa o lugar ocupado pela entidade no conjunto de atores sociais envolvidos no processo da RSB, bem como trata de apontar possíveis temas que se constituem em áreas-problema (CPPS; OPS, 1975) do SUS que mereceram posicionamento da entidade. Em documento intitulado 'Uma Agenda Estratégica para a saúde no Brasil' (CEBES *ET AL.*, 2010), o Cebes destacou cada uma delas, quais sejam: o financiamento da saúde, modelos de atenção à saúde, regulação do setor privado, política de gestão do trabalho, modelos de gestão pública, desenvolvimento tecnológico e inovação e controle e participação social do SUS, as quais foram então incorporadas neste estudo.

Figura 1: Modelo teórico



Fonte: Elaboração própria baseada em Cebes *et al.* (2010).

Como se pode observar no diagrama, o Cebes faz parte da sociedade civil, juntamente com outras organizações que atuam no processo político em saúde com as quais mantém relações, estabelecendo eventualmente alianças políticas e parcerias, bem como entidades cujo posicionamento distancia-se das posições por ele adotadas. Ademais, a ação política do Cebes e demais entidades da sociedade civil tem como interlocutores privilegiados as instituições estatais, notadamente o MS e o Conselho Nacional de Saúde, instância de gestão participativa do SUS, espaço de elaboração, negociação e conflito em torno das propostas apresentadas pelos diversos segmentos, inclusive aqueles que se vinculam direta ou indiretamente ao Cebes.

Esses distintos sujeitos (TESTA, 2007) e organizações podem ser entendidos como atores sociais com capacidade de introduzir temas de discussão na agenda do Estado, concebido como uma condensação de relações de força (POULANTZAS, 1981), portanto, um espaço no qual se apresentam conflitos e se estabelecem negociações visando à construção de consensos que envolvem o 'pessoal do Estado' (gestores, burocratas) e atores que representam classes sociais ou frações de classe e/ou grupos organizados da sociedade civil (partidos políticos, sindicatos, associações, entidades religiosas etc.). Nesse espaço, relacionam-se então esses múltiplos atores, envolvidos em processos de mobilização, participação e tomada de decisões que comportam conflitos, negociações e acordos com relação à Política e organização dos sistemas de saúde, por meio da utilização de estratégias institucionais, que contemplam, entre outras, a ocupação de espaços em instâncias de gestão ou na estrutura político-burocrática do MS.

Estratégia metodológica

Estudo de caso, de caráter exploratório e descritivo, baseado na análise de documentos elaborados e divulgados pela Direção Nacional do Cebes no período 2003-2014. Foram analisados 11 documentos e 40 editoriais da revista 'Saúde em Debate' (RSD), disponibilizados no site da entidade (http://cebes.org.br/). Construiu-se uma 'linha do tempo' que incluiu a periodização dos governos que se sucederam no período estudado, os principais fatos e acontecimentos que marcaram a trajetória da política de saúde e as mudanças na composição da diretoria nacional do Cebes ao longo do período.

Com base nessa linha do tempo, foram identificados os documentos que contêm os posicionamentos do Cebes diante de questões centrais (áreas-problema) colocadas em debate no processo político em saúde nesse período. A análise de cada documento levou em conta, portanto, a identificação e extração de trechos que continham a análise das propostas governamentais e a apresentação das propostas do Cebes em cada área-problema, construindo-se assim uma matriz de análise de conteúdo (BARDIN, 2009) centrada na identificação nos 'núcleos de sentido' correspondentes a cada uma das categorias de análise indicadas no referencial teórico. A análise do conjunto do material coletado permitiu verificar até que ponto o posicionamento do Cebes aproximava-se ou distanciava-se das propostas governamentais, ou seja, se seu posicionamento foi convergente ou divergente com a direcionalidade impressa pelo MS ao processo de implementação do SUS no período estudado.

Resultados e discussão

A análise do processo de implementação do SUS foi tema recorrente nas publicações do Cebes. Motivou especificadamente quatro números da RSD: '20 anos de SUS' (CEBES, 2009A), 'Rumos do SUS: o legal e o real' (CEBES, 2011A), 'Construir o SUS como verdadeira Política Pública' (CEBES, 2011C) e 'Financiamento e gestão do SUS' (CEBES, 2014A), além de quatro documentos dedicados ao tema, quais sejam: 'O SUS pra valer' (ABRASCO *ET AL.*, 2005), 'O lugar estratégico da gestão na conquista do SUS pra valer' (CEBES, 2005), 'Vinte anos do SUS: celebrar o conquistado, repudiar o inaceitável' (CEBES, 2009E) e 'SUS: qual o rumo?' (CEBES, 2010C), destacando-se, em todos eles, os princípios, a abrangência e profundidade do projeto do SUS, considerado "uma política de construção da democracia que visa à ampliação da esfera pública, à inclusão social e à redução das desigualdades" (ABRASCO *ET AL.*, 2005, P. 386).

Alguns desses documentos foram produzidos pelo Cebes e demais entidades do movimento sanitário no contexto de processos eleitorais, objetivando reafirmar os princípios basilares do SUS, analisar seu processo de implementação (avanços e problemas) e, sobretudo, propor estratégias para sua efetivação, buscando assegurar o comprometimento dos candidatos e futuros gestores. Nessa perspectiva, o documento 'O SUS pra valer' (ABRASCO *ET AL.*, 2005), lançado por ocasião das eleições presidenciais de 2006, propôs, entre outras medidas,

> [...] priorizar o desenvolvimento social [...]; [...] estabelecer responsabilidades sanitárias [...] de cada ente governamental e direitos dos cidadãos usuários; realizar uma reforma administrativa [...]; e superar a insegurança e o subfinanciamento. (ABRASCO *ET AL.*, 2005, P. 388-395)

Nas eleições presidenciais de 2010, foram lançadas pelo Cebes e por outras entidades da RSB duas Agendas (CEBES *ET AL.*, 2010; 2011) mantendo esse compromisso. A primeira, intitulada 'Uma Agenda Estratégica para a saúde no Brasil' (CEBES *ET AL.*, 2010), foi apresentada no período de transição do então eleito governo da presidente Dilma. Posteriormente, uma segunda versão do documento foi elaborada, 'Para fazer o SUS avançar' (CEBES *ET AL.*, 2011),

também endereçada à gestão nacional da política de saúde.

Por ocasião dos 20 anos do SUS, o Cebes celebrou e analisou as conquistas e dificuldades enfrentadas desde a Constituição Federal de 1988, destacando que

> [...] o SUS mudou de forma radical a atenção à saúde no Brasil. É [...] uma das políticas sociais mais abrangentes e distributivas da história nacional, ao tornar o acesso à saúde universal e incluir milhões de brasileiros na condição de usuários de saúde [...]. (CEBES, 2009E, P. 185).

Além da celebração, também aponta problemas, chamando a atenção para que "[...] a saúde tem sido negligenciada em prol de uma política econômica restritiva e de acordos políticos particularistas. [...]" (CEBES, 2009E, P. 186). Diante disso, registra sua "[...] indignação com a permanência de um conjunto de problemas que atinge de forma cruel a população e ameaça os princípios conquistados" (CEBES, 2009E, P. 186).

A seguir, são apresentados tais posicionamentos levando em conta os diversos componentes do sistema apontados no modelo teórico *(figura 1)*, os quais constituem eixos estruturais do sistema de saúde brasileiro, apresentados nas Agendas Estratégicas para Saúde no Brasil (CEBES *ET AL.*, 2010; 2011).

a) O 'financiamento da saúde' ocupou posição de destaque entre os temas abordados pelo Cebes, sendo objeto de análise crítica e propostas alternativas às medidas governamentais. A entidade defendeu

> [...] a aplicação de 10% do PIB no setor da saúde, sendo cerca de 75% de recursos públicos [...], buscar a aprovação [...] da Emenda Constitucional (EC) 29 e [...] o fim da Desvinculação de Recursos da União [...]. (CEBES *ET AL.*, 2010, P. 4).

Ainda, previu também

> [...] rever a concessão dos subsídios públicos [...] de dedução no Imposto de Renda de Pessoa Física e Imposto de Renda de Pessoa Jurídica (IRPF e IRPJ) e o [...] pleno ressarcimento ao SUS pelas empresas de planos e seguros de saúde [...]. (CEBES *ET AL.*, 2011, P. 5).

Ao longo do período estudado, diversas foram as críticas feitas pelo Cebes às medidas adotadas pelos governos, as quais dificultavam a efetivação do direito universal à saúde. Desse modo, a entidade denunciou "[...] que o governo federal incorporou gastos com saneamento básico e ações que deveriam ser financiadas pelo Fundo de Combate à Pobreza" (CEBES, 2003, P. 91). Também apontou que "[...] o descumprimento da EC-29 [...] mostra que muitos gestores parecem desconsiderar ser sua responsabilidade o cumprimento do dispositivo [...]" o qual garante que "Saúde é direito de todos e um dever do Estado" (CEBES, 2004, P. 89); demonstrando a "[...] marcante e contínua retração federal do financiamento do sistema público de saúde" (CEBES, 2009B, P. 193). Por efeito de medidas adotadas desde os anos 1990 pela área econômica dos governos federais, determinantes do subfinanciamento do SUS (CEBES, 2009B), as quais, segundo o Cebes, têm "[...] permitido a expansão do setor privado em áreas estritamente públicas e sendo permissivo com práticas clientelistas e patrimonialistas" (CEBES, 2009E, P. 186).

No bojo do debate fomentado pela aprovação da EC 29 em 2011, o Cebes exigiu que fosse "[...] retomado o debate do Projeto de Lei do Senado nº 121/2007 [...]" (CEBES, 2011B, P. 347), bem como defendeu a criação de

> [...] uma fonte de financiamento que seja exclusiva para a saúde que deve ser destinada diretamente aos Fundos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde. (CEBES, 2011B, P. 347).

Esse tema retornou ao debate por ocasião do lançamento do Programa Mais Médicos, quando a entidade propôs a

> [...] redução dos incentivos fiscais aos planos e seguros privados de saúde [...] e o incremento de recursos advindos dos royalties do Pré-Sal e da Taxação de Grandes Fortunas. (CEBES, 2013C, P. 203).

Finalmente, mantendo o compromisso com a defesa do financiamento adequado para a Saúde, por ocasião de novo processo eleitoral de 2014, a entidade

> [...] conclama toda a população e os candidatos a cargos políticos nas eleições de 2014 a lutarem a favor do: aumento das despesas públicas com saúde da União para um mínimo de 10% do orçamento federal. (CEBES, 2014A, P. 196).

b) Sobre a 'gestão do SUS', a entidade reconheceu, em seus documentos, a necessidade de promover mudanças direcionadas ao fortalecimento da capacidade de gestão pública das instituições e serviços de saúde, no sentido de se

> [...] avançar na implantação de modelos próprios para a gestão da saúde, que assegurem a efetividade e a qualidade dos serviços, preservando o seu caráter público [...]. (CEBES *ET AL.*, 2010, P. 4).

Propõe, assim,

> [...] valorizar o critério de qualidade técnica [...] e adotar mecanismos de responsabilização de gestores, profissionais e técnicos quanto ao desempenho dos serviços de saúde. (CEBES *ET AL.*, 2010, P. 4).

Enfatizando a necessidade de superar os problemas estruturais da administração pública brasileira, a exemplo do patrimonialismo e clientelismo (PAIM; TEIXEIRA, 2007), o Cebes destacou

> [...] a importância de que a saúde não seja moeda de negociação política na composição dos governos, e [...] a necessidade de qualificação e compromisso como pré-requisito para os gestores. (CEBES, 2012A, P. 506).

Defendeu ainda a

> [...] redução do número de cargos de confiança àqueles estritamente relacionados com a condução estratégica da política de saúde dos governos eleitos, reservando o preenchimento daqueles referentes aos níveis operacionais para servidores de carreira. (CEBES *ET AL.*, 2011, P. 5-6).

Assim, enfatizou, nos editoriais da RSD, a importância da qualificação das equipes gestoras do SUS, criticando o fato da escolha dos gestores, na prática, não ser pautada pela qualificação e compromisso, mas sim pela negociação política em "[...] nome da governabilidade [...]", considerando que essa "[...] característica da política do Estado brasileiro tem sido um dos entraves para o avanço do SUS" (CEBES, 2012A, P. 506). Além da qualificação dos gestores, a entidade destacou a importância da qualificação do nível municipal e a importância da articulação interfederativa, pois, em sua compreensão,

> [...] essa visão solidária entre municípios, estados e governo federal é fundamental para a realização do SUS, mas ainda está por ser construída, não só no setor saúde, mas em toda a sociedade brasileira, marcada pela lógica capitalista e pela supremacia do individualismo sobre o coletivo. (CEBES, 2012A, P. 506).

Mais recentemente, a entidade posicionou-se criticamente com relação ao crescimento da gestão privada de serviços públicos de saúde, a partir de meados da década de 1990, com a implantação das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip) e Organizações Sociais (OS), que vêm se tornando progressivamente responsáveis pela gestão de hospitais, centros de saúde, Unidades de Pronto Atendimento e Unidades de Saúde da Família. Por ocasião do debate em torno das eleições presidenciais de 2014, o Cebes expôs sua posição sobre o tema:

> [...] conclama a população brasileira e os candidatos [...] a repudiar [...] a contratação de entidades privadas para a gestão de serviços públicos de saúde, responsáveis pela introdução da lógica privada em detrimento dos interesses públicos [...]. (CEBES, 2014B, P. 195-196).

Apontou que essas entidades

> [...] vêm contribuindo para a introdução, nas unidades públicas de saúde que gerenciam, de um conjunto de técnicas e valores típicos do mercado privado, de benefício duvidoso para o serviço público. (CEBES, 2014B, P. 195-196).

c) Quanto ao 'modelo de atenção à saúde', o Cebes destacou em suas Agendas Estratégicas a importância de

> [...] fortalecer e expandir as estratégias de promoção da integralidade e da universalidade da atenção à saúde por meio da configuração de redes de atenção organizadas regionalmente em consonância com a situação de saúde. (CEBES *ET AL.*, 2010, P. 5).

Além disso, sugeriu a

> [...] ampliação, com padronização da qualidade, da oferta de atenção primária e criação de centros de coordenação regionais, [...] tornando a atenção primária ordenadora da rede de serviços [...]. (CEBES *ET AL.*, 2011, P. 3-4).

Nesse sentido, em editorial no qual o Cebes analisou as repercussões de Alma-Ata por ocasião do aniversário de 30 anos da declaração, a entidade avaliou que sua

> [...] essência [...] foi perdida, pois os resultados sanitários nunca foram tão desiguais no mundo, assim como nunca foi tão precário e injusto o acesso à saúde. (CEBES, 2008, P. 3).

Especificamente quanto à realidade brasileira, a entidade considerou que ainda não era consensual o lugar da Atenção Primária à Saúde (APS) no SUS, uma vez que eram distintas as abordagens acerca do papel estratégico que tal modelo assistencial poderia ocupar no processo de reorientação do sistema. Nesse sentido, problematizou as distintas concepções acerca da APS e apontou a possibilidade de esta contribuir para a mudança do 'modelo assistencial',

> [...] desde que sejam superadas a superposição de redes de assistência, [...] as desigualdades no acesso e na utilização dos serviços, a pouca valorização e formação inadequada dos profissionais, a focalização e seletividade de ofertas do pronto-atendimento mínimo. (CEBES, 2008, P. 3).

Destacou ainda que, apesar das mais de duas décadas do SUS, ainda persistia um sistema de saúde que localizava o hospital no centro da atenção à saúde, demonstrando a dificuldade de apreensão da atenção primária como ordenadora do processo do cuidado diante da

> [...] cultura hegemônica que sempre localizou o hospital no centro da atenção à saúde, ocasionando a persistente dificuldade de compreender o sentido real da atenção primária. (CEBES, 2012B, P. 318).

Outrossim, o Centro retomou um debate mais amplo acerca da determinação social da saúde e defendeu a formulação de políticas públicas mais amplas que privilegiassem a promoção da justiça social, ultrapassado os limites da reorganização do sistema de saúde, pois

> [...] o escopo da discussão sobre determinação social da saúde tem que ser amplo, ou seja, não pode se limitar ao marco disciplinar da epidemiologia, devendo abranger uma ampla gama de questões sobre as relações entre saúde, sociedade, economia, democracia e políticas públicas. (CEBES, 2009C, P. 341-342).

d) Diante da complexidade da 'gestão do trabalho' no SUS o Cebes defendeu a valorização do trabalhador da saúde e a melhoria das suas condições de trabalho e remuneração,

> [...] eliminando a precarização, adotando parâmetros nacionais de cargos, carreiras e vencimentos para os trabalhadores da saúde e assegurando o co-financiamento das políticas de gestão do trabalho pelas três esferas de governo. (CEBES *ET AL.*, 2010, P. 4-5).

e) A 'participação social' foi, sem dúvida, o tema mais frequentemente abordado pelo Cebes em suas publicações, seja como tema central de números da Revista em que foram abordadas as conferências de saúde e a participação social em saúde nos 20 anos do SUS (CEBES, 2010A), seja como tema secundário desenvolvido ao longo das demais publicações da entidade. Nas Agendas Estratégicas, a entidade destacou a importância de

> [...] valorizar os movimentos sociais, acatando as deliberações políticas dos fóruns legítimos de participação como as Conferências e Conselhos de Saúde. (CEBES *ET AL.*, 2010, P. 5).

Ademais, defendeu o

> [...] fortalecimento do Controle Social, ampliando a representação, a representatividade, a capacidade de aglutinação de interesses e a formulação de uma agenda pautada pelas necessidades de saúde desde 2011. (CEBES *ET AL.*, 2011, P. 6).

O Centro atribuiu tal importância ao tema porque considerava que "[...] a participação e o controle social estão entre as maiores inovações do projeto da Reforma Sanitária" (CEBES, 2006, P. 141). Além disso, a entidade destacou sua origem e compromisso com os movimentos sociais, pois,

> [...] o Cebes nasceu com os movimentos sociais e populares e continua a dialogar com a sociedade e suas demandas de forma a transformar estruturas e viabilizar o projeto de equidade para a sociedade brasileira. (CEBES, 2013B, P. 550).

Em várias de suas publicações, o Centro reconheceu que as instâncias institucionais de participação social legitimadas formalmente, Conselhos e Conferências de Saúde, conferem ao setor a mais sólida estrutura de participação social entre as políticas sociais no País. Além delas, destacou também o crescimento de instâncias de participação social de representação plural no Brasil, como associações de defesas de direitos, representação de interesses específicos, sindicatos e organizações não governamentais (CEBES, 2006). Para mais, também fez críticas à ação dos movimentos sociais, ao sinalizar que "[...] no fundo, a mediocridade do debate e sua curta visão só se tornam possíveis porque os movimentos sociais estão paralisados e silenciosos" (CEBES, 2010B, P. 606). Tais problemas decorriam, segundo o Cebes, da ausência de um processo permanente de mobilização popular que resultasse na manutenção e ampliação das bases dos movimentos sociais e partidos, assim "[...] a debilidade da participação e do controle social está estreitamente vinculada à ausência de política dos movimentos sociais e dos partidos atuais" (CEBES, 2010B, P. 606). Também, destaca a inserção de muitas das lideranças desses movimentos em cargos e funções da administração pública, o que os fez "[...] distanciar ainda mais da possibilidade de uma atuação crítica, básica para o aprofundamento de sua ação política" (CEBES, 2010B, P. 606).

Nesse contexto, a entidade comprometeu-se, em várias publicações, com a retomada do debate crítico, amplo e politizado e com a "[...] formação de sujeitos instituintes, ou seja, com capacidade crítica e com voz altiva no campo da saúde" (CEBES, 2010b, p. 606), o que revelou sua preocupação com a retomada, ampliação e articulação de

movimentos sociais que dessem sustentação política ao processo de Reforma Sanitária.

f) As propostas da entidade acerca do 'desenvolvimento tecnológico e inovação' versavam de modo geral para a integração entre as áreas de saúde, ciência, tecnologia e indústria em prol da garantia de produção nacional de insumos necessários ao funcionamento do SUS (CEBES *ET AL.*, 2010). Nesse sentido, apareceu em um editorial da RSD a menção ao tema, como parte do debate sobre financiamento do SUS, destacando-se que sua insuficiência prejudicava a efetivação do sistema inclusive pela limitação da produção de conhecimentos e tecnologias (CEBES, 2012B).

g) Sobre a 'regulação do setor privado', o Cebes destacou, em suas Agendas Estratégicas, a necessidade de revisão dos estímulos/benefícios até então oferecidos ao setor privado, reafirmando a necessidade de

> [...] garantir a capacidade de intervenção da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), orientada pelo interesse público, e [...] eliminar os subsídios públicos aos planos e seguros privados de saúde [...]. (CEBES *ET AL.*, 2010, P. 4).

Assim, criticou o progressivo favorecimento ao setor privado ao longo do processo de implementação do SUS e, além do mais, defendeu a reversão desse favorecimento em prol do interesse público, pois

> [...] é preciso [...] considerar o aumento da governabilidade do Estado sobre o setor privado de saúde, para além do que vem sendo realizado pela ANS, a partir das bases [...] da Constituição, de forma a tornar o Sistema de Saúde realmente ÚNICO. (CEBES, 2013A, P. 5).

Diante disso, como fez a cada publicação, a entidade conclamou os cebianos e a sociedade civil à mobilização, como pode ser evidenciado no trecho a seguir:

> [...] é hora de refazer o pacto político que permitiu sua criação e os avanços alcançados e viabilizar o aprofundamento dessa política solidária, única solução para a construção de uma sociedade democrática com coesão social. (CEBES, 2009D, P. 5).

De modo geral, ao longo de diversas publicações, a entidade defendeu a importância do SUS enquanto uma política de Estado que garanta à população brasileira acesso à saúde universal, humanizada e de qualidade, correspondendo, portanto, à institucionalização parcial dos princípios da RSB (CEBES, 2012B). Analisou seu processo de implementação desde sua criação, destacando que apesar dos problemas, o SUS sobreviveu e se consolidou como um sistema público universal (CEBES, 2011B). Fez também críticas, demonstrando, muitas vezes, indignação com a permanência de problemas que atingem a população ameaçando, os princípios conquistados (CEBES, 2009E) e também indicou possíveis caminhos para a superação desses problemas, enfatizando sempre a mobilização dos seus associados, leitores, população e movimentos sociais em geral.

De fato, a mudança na gestão governamental ao nível federal em 2003 trouxe a expectativa da possibilidade de reorientação da política de saúde, no sentido da priorização de determinadas estratégias que implicassem o fortalecimento da gestão pública do sistema e a reversão do modelo de atenção. Vários autores apontam, em concordância com a visão do Cebes, que a mudança das forças políticas que assumiram o governo federal aumentou as expectativas com relação às políticas sociais, sobretudo a saúde, no sentido de sua reaproximação ao projeto constitucional. Esperava-se, então, o rompimento com as políticas neoliberais até então vigentes e a ampliação e fortalecimento da presença do Estado na economia de modo a propiciar às bases financeiras e institucionais a retomada e consolidação das políticas voltadas à garantia dos direitos sociais (CARVALHO, 2013; COSTA, 2013; MENICUCCI, 2011).

Diversos estudos constatam que não

ocorreram grandes mudanças contrariando essas expectativas. O Governo Lula manteve a mesma linha do Governo Fernando Henrique Cardoso na política econômica e na gestão das políticas sociais, compondo a "dialética do menos pior" (TEIXEIRA; PAIM, 2005, P. 282). No caso da saúde, considerando-a em seu âmbito setorial, não se verificaram "mudanças ou ações de maior envergadura" embora o País tenha se tornado "um pouco mais saudável pela via das políticas econômicas e sociais" (MENICUCCI, 2011, P. 531). Assim, apesar da retórica dos dirigentes enfatizar o interesse em priorizar a saúde, verificou-se uma "prática pífia" (CARVALHO, 2013, P. 18). Desse modo, o que foi feito não "desestabilizara o núcleo da agenda liberal", que, pelo contrário, "avançava e ameaçava o direito universal a saúde" (COSTA, 2013, P. 244). Assim, o projeto político histórico da RSB estava sendo abandonado pelos dirigentes que assumiam a gestão da política de saúde no período pós-constituinte (PAIM, 2008).

Quanto ao posicionamento adotado pela entidade perante a política oficial conduzida especificamente pelo MS (TESTA, 2007), as publicações analisadas ilustram claramente o compromisso assumido/perseguido por ela com o ideário da RSB. Nesse sentido, é importante constatar que o Cebes formulou e divulgou um conjunto de posições críticas sobre os diversos aspectos que envolvem a efetivação desse projeto, seja em âmbito setorial relativo à implementação do SUS, seja em seu sentido mais amplo direcionado à crítica e reorientação do modelo econômico de desenvolvimento, bem como o fortalecimento das políticas sociais e a radicalização da democracia, inclusive na área de saúde.

Entre os posicionamentos adotados com relação ao processo de implementação do SUS, a entidade reconheceu os avanços, porém dedicou-se a analisar as dificuldades enfrentadas priorizando: a) crítica ao processo de subfinanciamento do SUS e apresentação de propostas alternativas para garantir a sustentabilidade financeira do sistema (cumprimento do disposto na EC 29; taxação das grandes fortunas; ressarcimento dos planos privados ao SUS, por exemplo); b) crítica e posicionamento contrário às mudanças operadas no âmbito da gestão do SUS com estímulo à expansão da privatização da gestão pública (OS, OSCIP); c) crítica à relativa paralisação no processo de mobilização e articulação dos movimentos sociais em torno da garantia do direito universal à saúde.

De forma secundária e pontual, a entidade também se posicionou com relação ao processo de manutenção/mudança dos modelos de atenção em saúde, criticando a persistência do modelo hospitalocêntrico e as dificuldades enfrentadas no processo de consolidação da APS. De mais a mais, posicionou-se, em algumas ocasiões, defendendo a necessidade de avançar no processo de regulação do setor privado, criticando o progressivo favorecimento do referido setor ao longo do processo de implementação do SUS.

Ao considerar a implementação do SUS enquanto perspectiva setorial da efetivação do projeto da RSB, os documentos apresentam também uma crítica ao modelo de desenvolvimento adotado pelos governos do período, apontam-no, inclusive, como determinante dos obstáculos ao fortalecimento do processo da RSB, destacando seus efeitos, principalmente a desmobilização e desarticulação política dos movimentos sociais. Essa crítica se acentuou, inclusive, durante o primeiro Governo Dilma, diante das ações adotadas pelo Estado na área econômica e social, as quais vêm favorecendo ainda mais a 'mercantilização da saúde'. Em consonância com as análises veiculadas nas publicações do Centro, outros autores também defendem a centralidade da crítica ao atual modelo de desenvolvimento econômico e social brasileiro, que privilegia os interesses do capital financeiro e compromete a efetivação dos direitos sociais, inclusive o direito universal à saúde (COSTA 2013; GADELHA; COSTA, 2012; PAIM, 2006).

O reconhecimento dos avanços e as críticas feitas pela entidade, citados anteriormente,

convergem com as análises realizadas por outros autores que também destacam os benefícios alcançados e criticam o subfinanciamento, o favorecimento ao mercado privado de planos de saúde, a delegação de responsabilidade sobre o gerenciamento de serviços públicos a entidades privadas como importantes entraves impostos à efetivação do SUS ao longo das mais de duas décadas de sua implementação (CARVALHO, 2013; MENICUCCI, 2009; PAIM, 2013A; SANTOS, 2013; VIANA, MACHADO, 2008;).

Os resultados permitem ainda constatar que o principal interlocutor com o qual a entidade manteve relação ao longo do período estudado foi o MS/governo federal, pois suas publicações, em sua maioria, refletem o posicionamento diante das decisões adotadas por esta instância de gestão da política de saúde (TESTA, 1995), denunciando o rumo adotado em termos de direcionamento do processo de implementação do SUS e seu distanciamento da garantia do direito universal à saúde integral e de qualidade. Cabe destacar que o Cebes manteve seu posicionamento crítico, apesar de ter ocorrido, principalmente no período do segundo mandato do Presidente Lula, a ocupação de cargos do alto escalão do MS por militantes da RSB. Essa postura distanciada adotada pelo Cebes coaduna-se com as críticas à atuação do MS apontadas por alguns autores que destacam o "[...] caráter burocrático de sua organização, operando por meio de ações fragmentadas e desarticuladas, com baixa capacidade técnica normativa e de indução de políticas" (COSTA, 2013, P. 247), bem como a "[...] histórica fragmentação na condução nacional da política de saúde" (VIANA; MACHADO, 2008, P. 674), revelando, de certo modo, a autonomia da entidade e a coerência das sucessivas Direções da entidade, com os princípios que norteiam sua atuação enquanto centro de estudos dedicado à análise crítica do processo político em saúde.

Além dessa via, o Cebes também atuou no Conselho Nacional de Saúde e nas Conferências de Saúde. No primeiro, ocupou posição titular no grupo de representantes do segmento de profissionais de saúde, subsegmento composto por entidades representativas da comunidade científica da área da saúde. Nesse sentido, o Cebes envolveu-se no processo eleitoral para a composição do Conselho em 2006 e ao longo de todo o período estudado. Nas Conferências, reconhecendo sua importância enquanto espaços centrais de participação social em saúde, o Centro buscou contribuir para o desenvolvimento do processo de organização e relatoria, tendo, inclusive, participado da Comissão de Relatoria da XII Conferência Nacional de Saúde.

Posto isto, é importante registrar ainda o estabelecimento de alianças do Cebes com outras entidades da sociedade civil (TESTA, 2007). Tais alianças resultaram na elaboração de documentos conjuntos nos quais são reiteradas as posições dessas entidades com relação ao processo de implementação do SUS e a construção de projetos políticos que apontem para o aprofundamento da democracia e a reorientação das políticas econômicas e sociais. As entidades signatárias dos documentos analisados foram: Abrasco, ABrES, Ampasa, APSP, Conselho Federal de Medicina (CFM), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Rede Unida e Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). Há que se destacar a relação estreita com a Abrasco, enfatizada pelo próprio Cebes em seu processo de crise/refundação e nas publicações conjuntas de ambas. A proximidade de ideais do Cebes e da Abrasco fica evidente nos documentos 'Carta em defesa da saúde do povo brasileiro' e 'Saúde, justiça e inclusão social', nos quais as entidades reconsideram e reafirmam as diretrizes da RSB e os princípios do SUS. Aliadas às demais entidades citadas, Cebes e Abrasco mantêm a defesa do SUS no documento 'O SUS pra valer', chamando ainda a população à reflexão acerca do modelo de democracia que se deseja; e no documento 'Agenda Estratégica para a Saúde no Brasil'

o conjunto de entidades propõe cinco diretrizes para orientar a política de saúde, configurando, assim, um arco de alianças estratégicas no processo da RSB.

Conclusões

Pelo exposto, pode-se constatar que o Cebes se constituiu como um sujeito político coletivo, um ator social (TESTA, 1995) que por sua atuação política no período analisado, posicionou-se criticamente com relação ao encaminhamento dado à política governamental em saúde, defendendo sistematicamente os princípios e valores que fundamentam o projeto da RSB. Nessa perspectiva, segundo a concepção elaborada por Mário Testa, apresentada no quadro teórico, o posicionamento político do Cebes no período 2003-2014 fez parte da guerra de posições caracterizada pelo enfretamento entre um projeto mercantilista, hegemônico (PAIM, 2008), e o projeto da RSB, que gerou ao longo do período várias decisões governamentais que caracterizam o projeto racionalizador (PAIM, 2008).

Pode-se afirmar, portanto, que este trabalho evidenciou a multiplicidade de temas e de formas de atuação do Cebes no período, os quais se articulam em torno de um eixo central que é a defesa do direito à saúde como direito de cidadania e do processo de implementação da RSB e do SUS. ■

Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO) *et al*. O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 71, p. 385-396, set./dez. 2005.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, LDA, 2009.

CARVALHO, G. *A saúde pública no Brasil:* estudos avançados, São Paulo, v. 27, n. 78, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v27n78/02.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2016.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). O controle social e o projeto da Reforma Sanitária [editorial]. *Saúde em Debate,* Rio de Janeiro, v. 30, n. 73/74, p. 141-142, maio/dez. 2006.

_____. Direito à Saúde: 25 anos [editorial]. *Saúde debate,* Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 4- 5, jan./mar. 2013a.

_____. O direito à saúde é um direito humano inadiável [editorial]. *Saúde em Debate,* Rio de Janeiro, v. 34, n. 84, p. 4-7, jan./mar. 2010a.

_____. Editorial. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 64, p. 91-92, maio/ago. 2003.

_____. Editorial. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 67, p. 89, maio/ago., 2004

_____. Editorial. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 3, jan./dez. 2008.

_____. Editorial. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 3-5, jan./abr. 2009a.

_____. Editorial. *Saúde em Debate* Rio de Janeiro, v. 33, n. 82, p. 193-194, maio/ago. 2009b.

_____. Editorial. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 341-342, set./dez. 2009b.

_____. Editorial. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 89, p. 184-185, abr./jun. 2011a.

_____. Editorial. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 90, p. 346 -348, jul./set. 2011b.

_____. Editorial. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 91, p. 502-503, out./dez. 2011c.

_____. Editorial. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, jan./mar. 2014a.

_____. Em defesa do direito universal à saúde: saúde é direito e não negócio [editorial]. *Saúde em Debate,* Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 194-196, abr./jun. 2014b.

_____. A equidade como política [editorial]. *Saúde em Debate,* Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 548-550, out./dez. 2013c.

_____. A gestão municipal e a garantia do direito à saúde [editorial]. *Saúde em Debate,* Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 506-508, out./dez. 2012b.

_____. Lições brasileiras na busca do Direito Universal à Saúde [editorial]. *Saúde em Debate,* Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 317-318, jun./set. 2012a.

_____. O lugar estratégico da gestão na conquista do SUS pra valer. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 71, p. 382-384, set./dez. 2005.

_____. Partidos, governo e os equívocos sobre o SUS [editorial]. *Saúde em Debate,* Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 3-5, jan./abr. 2009d.

_____. *A questão democrática na área da saúde*. 1979. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/10/Cebes_Saúde-e-Democracia.pdf>. Acesso em: 4 out. 2015.

_____. Saúde e democracia, hoje [editorial]. *Saúde em Debate,* Rio de Janeiro. v. 34, n. 87, p. 604-606, out./dez. 2010b.

_____. *SUS:* qual o rumo? 2010c. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/03/SUS-Qual-o-rumo_3.pdf>. Acesso: 28 out. 2015.

_____. O SUS precisa de Mais Médicos e de Muito Mais! [editorial]. *Saúde em Debate,* Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 200-203, abr./jun. 2013c.

_____. Vinte anos do SUS: celebrar o conquistado, repudiar o inaceitável. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 185-188, jan./abr. 2009e.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES) *et al*. Uma agenda estratégica para a saúde no Brasil. 2010. Disponível em: <http://www.cebes.org.br/media/File/Agenda%20Estrategica%20para%20a%20Saude.pdf>. Acesso em: 19 set. 2014.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES) *et al*. Agenda Estratégica para a Saúde no Brasil. 2011. Disponível em: <http://www.saudeigualparatodos.org.br./pdf/Agenda_Saude_para_Todos.pdf>. Acesso em: 21 set. 2014.

COSTA, A. M. Saúde e desenvolvimento. In: SADER, E. (Org.). *10 anos de governos pós-neoliberais no Brasil:* Lula e Dilma. São Paulo: Boitempo; Rio de Janeiro: Flacso Brasil 2013. p. 239-252.

CENTRO PANAMERICANO DE PLANIFICACIÓN DE LA SALUD (CPPS); ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). *Formulación de Políticas de Salud:* Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Santiago: OPS, jul. 1975.

ESCOREL, S. *Reviravolta na saúde:* origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

FLEURY, S. *Estado sem cidadãos*: Seguridade Social na

América Latina. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

GADELHA, C. A. G.; COSTA, L. S. Saúde e desenvolvimento no Brasil: avanços e desafios. *Revista de Saúde Pública,* São Paulo, v. 46, n. supl., p. 13-20, 2012.

MENICUCCI, T. M. G. A Política de Saúde no Governo Lula. *Saúde Soc*. São Paulo, v. 20, n. 2, p. 522-532, 2011.

_____. SUS, 20 anos: balanço e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1620-1625, jul. 2009.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L. *et al*. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 435-472.

PAIM, J. S. Eqüidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. *Saude soc*., São Paulo, v. 15, n. 2, p. 34-46, 2006.

_____. *Reforma Sanitária Brasileira*: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

_____. Reforma Sanitária Brasileira: eppur sinuove. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1927-1953, 2013a.

_____. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v, 29, n.10, p. 1927-1953, 2013b.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, supl. p. 1819-1829, nov. 2007.

POULANTZAS, N. *O Estado, o poder e o socialismo*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1981.

SANTOS, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política de saúde no Brasil: produção científica 1988-2014. *Saúde em Debate,* Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 219-230, jan./mar. 2016.

SANTOS, N. R. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.18, n. 1, p. 273-280, 2013.

TEIXEIRA, C. F.; SOUZA, L. E.; PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde, a difícil construção de um sistema universal na sociedade brasileira, In: ALMEIDA FILHO, N.; PAIM, J. S. (Org.). *Saúde Coletiva:* teoria e prática. Rio de Janeiro: Medbook, 2014, p. 121-37.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. A política de saúde no governo Lula e a dialética do menos pior. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 71, p. 268-283, set./dez. 2005.

TESTA, M. Decidir en Salud: ¿Quén?, ¿Cómo? Y ¿Porqué? *Salud Colectiva*. Buenos Aires, v. 3, n. 3, p. 247-257, 2007.

_____. *Pensamento estratégico e lógica de programação*: o caso da saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

VIANA, A. L. D.; MACHADO, C. V. Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 645-684, 2008.

Recebido para publicação em abril de 2017
Versão final em julho de 2017
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Movimento sindical e Reforma Sanitária Brasileira: propostas da CUT para a saúde no período 1981-1991

Trade unionism and Brazilian Health Reform: CUT proposals for health in the period 1981-1991

Maurício Wiering Pinto Telles[1], Carmen Fontes Teixeira[2]

RESUMO O artigo analisa o posicionamento da Central Única dos Trabalhadores (CUT) com relação à saúde entre 1981 e 1991, identificando convergências e divergências das suas propostas com os pressupostos da Reforma Sanitária Brasileira. Trata-se de um estudo de caso, baseado em análise de documentos extraídos do site da entidade, que contempla propostas relacionadas à atenção à saúde dos trabalhadores e à sua participação na luta pela democratização da saúde. Os resultados demonstram que a CUT manteve, até a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), reivindicações direcionadas a melhorias na assistência à saúde do trabalhador, embora, em 1988, tenha elaborado propostas sobre a reforma do sistema de saúde.

PALAVRAS-CHAVE Política de saúde. Sistema Único de Saúde. Sindicatos.

ABSTRACT *The article analyzes the position of the Workers Union Center (CUT) regarding health between 1981-1991, identifying approximations and distances between its proposals with the principles of the Brazilian Health Reform. This is a case study, based on analysis of documents extracted from the CUT website. The analysis includes proposals from the CUT regarding health care for workers and the participation of the CUT in the struggle for the democratization of health. Results show that the CUT maintained, until the creation of the Unified Health System (SUS), claims aimed at improvements in the health care of workers, although in 1988 it developed proposals on the health system reform.*

KEYWORDS *Health policy. Unified Health System. Labor unions.*

[1] Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Centro de Ciências da Saúde (CCS), Departamento de Fonoaudiologia – Natal (RN), Brasil.
mauwiering@gmail.com

[2] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Salvador (BA), Brasil.
carment@ufba.br

DOI: 10.1590/0103-11042017S303

Introdução

O movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB), desencadeado em meados dos anos 1970, foi objeto de estudos pioneiros (ESCOREL, 1988; GERSHMANN, 1995; TEIXEIRA, 1989) e, posteriormente, foi analisado por Paim (2008) como um fenômeno histórico e social, composto pelo ciclo 'ideia - proposta - projeto - movimento - processo'. Segundo este autor, a RSB como ideia refere-se ao pensamento inicial que contemplava o entendimento da saúde como direito social, fundamento da proposta concretizada no documento 'A questão democrática na área da saúde', que sistematizou os princípios e as proposições políticas relativas à reforma do sistema de saúde no País. O projeto da RSB foi sistematizado no 'Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS)', que contém um conjunto de políticas articuladas reivindicadas pelo movimento em torno da democratização da saúde, tendo subsidiado a elaboração do capítulo relativo à saúde na Constituição de 1988. Por fim, o processo da RSB está representado pela produção de fatos político-institucionais, principalmente na conjuntura pós-1988, quando se desenvolve o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) em diversas conjunturas políticas (TEIXEIRA; SOUZA; PAIM, 2014).

Alguns autores, como Cohn (2009), consideram que a RSB se esgotou com a aprovação das Leis nº 8.080 e nº 8.142 e com a criação do SUS. Outros autores, porém, consideram que esse movimento não se encerrou, de modo que continua inspirando a mobilização de vários atores em torno da mudança na política e na organização do sistema de saúde, demandando a realização de estudos que analisem esse processo em diversas conjunturas (FLEURY, 2007; PAIM, 2008). Nessa perspectiva, o presente trabalho buscou analisar o posicionamento do movimento sindical com relação à política de saúde brasileira no período 1981-1991.

A escolha desse período justifica-se porque, segundo a literatura sobre o movimento sindical no Brasil, os condicionantes nacionais e internacionais direcionaram o movimento operário a uma burocratização e institucionalização adaptada ao regime da ordem no final da década de 1980 e início da década de 1990. Este período foi marcado pela adoção do neoliberalismo no Brasil com a eleição de Collor, bem como por uma ofensiva internacional do capital globalizado, os quais geraram um dilema no movimento operário por toda a década de 1990 (WELMOWICKI, 2004), qual seja a possibilidade de continuar atuando de forma combativa na relação com os patrões, buscando ganhar terreno nas reivindicações pela expansão do emprego e melhores condições de trabalho ou subordinar-se a um processo de negociação que visa fundamentalmente garantir o emprego, aceitando, nesse contexto, rebaixar suas demandas e aceitar acordos muitas vezes desvantajosos, caracterizando um defensivismo neocorporativo (ALVES, 2000).

Nesse cenário, alguns estudos apontam a existência de concepções e projetos distintos cm relação à luta pela saúde no âmbito do movimento sindical a partir da Constituição de 1988. Costa (1994), por exemplo, chama a atenção para a existência de uma tensão entre uma 'agenda publicista', que vincula as reivindicações dos sindicatos à defesa de um sistema universal, e a reprodução de interesses corporativos, que evidencia a preferência por um atendimento diferenciado cujas origens encontram-se no modelo de seguro social construído ao longo da história da chamada 'medicina previdenciária' (TEIXEIRA, 2009).

Alguns autores consideram, entretanto, que as lutas travadas pelos trabalhadores refletiram, em alguns casos, na conquista de direito para todos os trabalhadores, a partir do momento em que tais organizações passaram a tratar as suas particularidades de forma descentralizada, nas empresas (PINA; CASTRO; ANDREAZZI, 2006). Pode-se pensar, todavia, que a pulverização das lutas e conquistas dos trabalhadores pode ter contribuído para o

enfraquecimento de uma perspectiva solidária e universalista com relação à saúde.

Publicações como essas estimulam a buscar compreender como vem ocorrendo a participação do movimento sindical na elaboração de propostas com relação à saúde. Diante da diversidade de organizações que compõem esse movimento, este artigo aborda especificamente o posicionamento da Central Única dos Trabalhadores (CUT), com a intenção de identificar se suas propostas elaboradas com relação à saúde convergem ou divergem dos princípios e diretrizes da RSB.

Estratégia metodológica

O referencial teórico deste trabalho fundamenta-se na compreensão da CUT como protagonista na 'era' do 'Novo Sindicalismo' (MATTOS, 2003) e como um sujeito político coletivo (TESTA, 1995), que constrói, na dinâmica dos seus encontros e debates internos, o posicionamento com relação a um conjunto de temas, inclusive a saúde.

A principal fonte de informações foram os documentos coletados no Centro de Documentação da CUT (Cedoc CUT), disponível no site da CUT (http://cedoc.cut.org.br/), abarcando o período 1981 – ano de realização da Conferência Nacional da Classe Trabalhadora (Conclat) que instituiu uma comissão responsável pela criação da CUT – até 1991 – início da década de implementação do neoliberalismo no Brasil, a qual provocou modificações na estruturação do movimento operário (WELMOWICKI, 2004). Os documentos foram listados e classificados, segundo a sua natureza, em normativos (estatuto) e políticos (resoluções de congresso, resoluções de plenárias, resoluções da diretoria nacional/executiva nacional), sendo que cada um dos grupos de documentos foi processado em uma matriz específica, que contempla a identificação do documento/título, autores/instituição, tipo de documento, conteúdo relativo à saúde, data/ano de publicação e local.

Uma vez registradas essas informações gerais acerca de cada um dos documentos incluídos em cada grupo, foi realizada uma leitura pormenorizada do seu conteúdo, de modo a extrair informações acerca de três aspectos que correspondem às categorias de análise documental: a) Histórico da organização; b) A agenda política da CUT com relação à saúde; c) A ação política da CUT com relação à saúde.

A análise do posicionamento político da CUT com relação à saúde contemplou: a) Propostas da CUT com relação à garantia do acesso às ações e serviços de saúde, distinguindo-se as que correspondem ao projeto de universalização do acesso das que propõem a segmentação do acesso segundo a capacidade de financiamento por meio da expansão de planos privados de saúde; b) Propostas da CUT com relação às formas de organização da atenção à saúde aos trabalhadores e da população em geral, buscando-se identificar se as propostas relativas à organização da atenção restringem-se a ações e serviços voltados especificamente para a saúde do trabalhador, ou se as propostas se articulam com as diretrizes estratégicas mais gerais com relação à mudança do modelo de atenção à saúde. Com base nessa análise, foi sistematizado o posicionamento da CUT na área de saúde buscando-se identificar a convergência ou divergência desse posicionamento com os princípios e diretrizes da RSB e do SUS.

Resultados e discussão

A partir da análise dos documentos, foi possível distinguir os que foram elaborados no período pré-Constituinte (1981, 1983, 1984, 1986, 1988) daqueles que foram elaborados no período subsequente, isto é, em 1991, marco final deste estudo. Desses documentos, foram extraídas as informações relativas às propostas da CUT com relação à saúde, tanto aquelas atinentes à saúde do trabalhador quanto às propostas relativas à organização do sistema público de saúde.

Período pré-constituinte

Propostas da CUT relativas à saúde do trabalhador

No período pré-constituinte, a assistência à saúde do trabalhador mantinha-se sob a responsabilidade do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em que aqueles que estivessem emprego formal, por meio de contribuição com uma parte de seu salário, teriam acesso a serviços de saúde (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985). Nesse sentido, observa-se que, na Conclat de 1981, os trabalhadores denunciavam o aumento da contribuição do trabalhador ao INPS e o direcionamento dos recursos arrecadados para financiamento de grupos empresariais da área de saúde. O documento de resoluções da Conferência afirma que aquele cenário trazia prejuízos à saúde pública, além de causar danos à assistência médica da previdência (CONCLAT, 1981).

Percebe-se, assim, que a Conferência se posicionava contrária ao processo de privatização dos recursos da previdência social empregados na compra de serviços de saúde, processo que havia sido iniciado nos anos 1960 e se intensificou a partir da unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), com a criação do INPS, em 1967 (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985). Essa, inclusive, era também uma frente de luta do movimento pela RSB, que se expressava na crítica à 'mercantilização' da saúde, ou seja, à transformação dos serviços de saúde em mercadoria, produzida prioritariamente por empresas médico-hospitalares que auferiam, inclusive, do financiamento público para se instalarem no País (BRAGA; PAULA, 1981).

Coerentemente com sua posição antiprivatização, a I Conclat de 1981 elaborou reivindicações prioritárias que visavam garantir a proteção à saúde do trabalhador, como a reorganização dos serviços médicos da previdência, eliminação de cobrança e taxas de participação, fiscalização sobre os convênios pelos sindicatos, inclusive dos hospitais privados, e fortalecimento dos serviços da rede própria do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps).

Já no I Congresso Nacional da Classe Trabalhadora em 1983 (Conclat/83), marco da criação da CUT, surgem as primeiras propostas para a elaboração do estatuto da entidade, observando-se a indicação da criação de secretarias no âmbito nacional e estadual para tratar das lutas dos trabalhadores no campo da saúde, previdência social e segurança do trabalho (CUT, 1986). Com isso, observa-se a intenção de transformar a CUT em uma organização de alcance verdadeiramente nacional, tomando-se o eixo da saúde, previdência social e segurança do trabalho, constituindo órgãos descentralizados da entidade que poderiam atuar para garantir a articulação e unificação das propostas e, consequentemente, o fortalecimento da organização.

Um aspecto específico que aparece no debate acerca da organização da assistência à saúde dos trabalhadores, encontra-se nas resoluções sobre a luta pela reforma agrária, em que surge a reivindicação pela "desvinculação do serviço da assistência médica do Fundo de Apoio ao Trabalhador Rural (Funrural) do sindicato dos trabalhadores rurais" (CONCLAT, 1983, P. 5), afirmando-se que o governo é quem deve manter esses serviços. Assim, os documentos começam a evidenciar certo posicionamento crítico com relação ao enraizamento do assistencialismo no âmbito dos sindicatos, influenciado pelo Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (Diesat) (LACAZ, 1997).

Após o Conclat/83, apenas no III Congresso Nacional da CUT (Concut) em 1988 são identificadas novas proposições no campo da assistência à saúde do trabalhador nos documentos analisados. No III Concut, foi apresentada a proposta de organização das comissões de saúde nos locais de trabalho, devido à constatação dos riscos a que estavam submetidos os trabalhadores nesses

locais, expressos no aumento da incidência de acidentes e alta prevalência de doenças ocupacionais. Cabe enfatizar que a análise da situação de saúde dos trabalhadores expostos a condições "insalubres e perigosas" encontra-se conectada à percepção do "descaso do poder público" para com a fiscalização dos ambientes de trabalho, ao tempo que denunciam o privilégio concedido às empresas médicas privadas (CUT, 1988, P. 31), que tornava os serviços de saúde onerosos para o Estado, intensificando a crise financeira da previdência social. É nesse cenário que a CUT, no seu III Congresso, denuncia o processo de privatização e precarização dos serviços de saúde para os trabalhadores contribuintes do Inamps (CUT, 1988).

Propostas da CUT relativas ao sistema de saúde

O período que antecedeu a Conclat/81 corresponde à emergência do 'Novo Sindicalismo' brasileiro, bem como da realização de grandes greves, sobretudo no ABC Paulista. Esse momento, segundo Zannetti (1993), foi de grande acúmulo do movimento sindical no que tange à luta de classes, em que suas elaborações e intervenções questionavam o modelo político e econômico do País, da apropriação de meios e bens de consumo pela burguesia e da ausência das pautas de direitos sociais para os trabalhadores no âmbito do Estado. É a partir dessa perspectiva combativa, e em uma conjuntura de luta pela redemocratização do País, que o movimento operário formula suas reivindicações, inclusive para o setor da saúde.

A Conclat/81 configurou-se como um momento histórico de rearticulação da classe trabalhadora e da instituição da comissão pró-CUT. Nessa Conferência, a questão da saúde e a da previdência social foram temas discutidos, dos quais surgiu o plano de lutas para a classe trabalhadora no período. Na declaração de princípios das resoluções do evento, a questão da saúde e da previdência foi apresentada como inerente à conquista de direitos legítimos e participação política dos trabalhadores, isto é, a garantia da saúde perpassaria por uma existência da "democracia autêntica" (CONCLAT, 1981, P. 9).

Nos documentos analisados, transparece a compreensão acerca do papel limitado exercido pelo Ministério da Saúde na condução da política de saúde, na medida em que seu orçamento era pequeno ante o montante de recursos mobilizados pela previdência social, e suas ações restringiam-se a campanhas sanitárias e programas de controle de doenças e a ações voltadas a grupos prioritários (ESCOREL, 2008). Esse contexto causava indignação e insatisfação dos trabalhadores, o que fez com que eles criassem proposições dirigidas à reformulação do sistema público de saúde.

No que tange às reivindicações prioritárias para a reorientação do sistema de saúde brasileiro, os trabalhadores na Conclat/81 destacaram a importância da "priorização da ampliação dos serviços públicos em todos os níveis", "regulação dos hospitais privados", "extinção dos convênios com a medicina de grupo", "criação de uma rede básica e pública como porta de entrada do sistema", "participação dos trabalhadores no planejamento e execução das políticas de saúde", "melhoria das condições de trabalho para os trabalhadores da saúde" e "congelamento dos preços dos produtos farmacêuticos" (CONCLAT, 1981, P. 15).

O conjunto dessas reivindicações encontra-se, pelo exposto, permeado de uma perspectiva de fortalecimento do sistema público e se expressa, ainda que não com os termos e conceitos manejados pelos pesquisadores e militantes do movimento sanitário, na proposta de construção de um sistema público universal, descentralizado, hierarquizado, fundamentado na atenção básica, contando com participação dos trabalhadores e da população organizada na gestão, planejamento e avaliação. Desse modo, é possível pensar na possibilidade de haver existido, nesse momento, algum tipo de aproximação e diálogo entre as lideranças da CUT e militantes do movimento sanitário, os

quais poderiam ter influenciado na incorporação de concepções e propostas que apontavam em direção ao SUS.

No período subsequente, isto é, de 1981 a 1985, em contraposição ao debate acalorado para a criação do estatuto da CUT e dos 'planos de luta' intensamente construídos contra a ofensiva do capital, ao regime militar e ao burocratismo sindical, não se observa nos documentos dos congressos e das plenárias da executiva nacional nenhuma elaboração nova ou avaliação acerca do sistema de saúde brasileiro.

Somente no ano de 1986, nas resoluções do II Concut, é que se pode identificar novos posicionamentos da CUT, ainda que de maneira restrita, sobre o setor saúde, destacando "o prejuízo que a administração da dívida pública causa às políticas sociais, como saúde, educação, saneamento e habitação", adotando como posicionamento e recomendação a "ampliação dos gastos sociais e a promoção de campanhas pela estatização dos serviços básicos" (CUT, 1986, P. 9). Destaca-se também, no campo da implantação da nova estrutura sindical, a indicação da "batalha pelo fim do assistencialismo dos sindicatos", exigindo que o Estado garanta a saúde e assistência médica.

O III Concut contou com a maior participação de delegados da história da Central, e ocorreu no ano em que foi aprovada a Constituição Federal, em 1988, marcando o surgimento do termo 'Sistema Único de Saúde' nas resoluções. As pautas permeiam a criação de um sistema único ofertado a partir do financiamento público e controlado pela participação social.

> [...] A criação do Sistema Único de Saúde, estatal, público, gratuito, de boa qualidade, sob o controle da população através de suas entidades representativas; 2) O custeio do Sistema Único de Saúde através de orçamento da União, estados e municípios e efetivação de conselhos de saúde, de nível nacional a local, com participação democrática das representações do movimento sindical e popular, com caráter deliberativo e autonomia para gestão e controle do sistema. (CUT, 1988, P. 31).

Percebe-se, portanto, certa defasagem de tempo entre o desenvolvimento do processo da RSB, que a essa altura já contava com mais de uma década de existência, e o reconhecimento do movimento dos trabalhadores da importância da criação de um sistema de saúde universal, ocorrido apenas no processo Constituinte. Não se têm evidências suficientes para afirmar como se deu essa aproximação entre os discursos de ambos os movimentos, porém é importante frisar que a incorporação da proposta de criação do SUS no âmbito das resoluções da CUT, nesse momento, marca uma inflexão no discurso acerca da política de saúde do Estado brasileiro, superando o viés corporativista que impregnava as propostas elaboradas nos Congressos anteriores.

Período pós-constituinte

PROPOSTAS DA CUT RELATIVAS À SAÚDE DO TRABALHADOR

Apesar de o período pós-constituinte até 1991 ter se conformado como um momento crítico para a implantação do SUS e reorientação do sistema público de saúde, devido à restrição do financiamento e à adoção de medidas racionalizadoras no âmbito do Ministério da Saúde (TEIXEIRA; SOUZA; PAIM, 2014), não foram observadas propostas da CUT nos documentos consultados que se relacionassem com a assistência à saúde do trabalhador seja nas plenárias de 1989 e 1990 ou no Congresso Nacional de 1991.

PROPOSTAS DA CUT RELATIVAS AO SISTEMA DE SAÚDE

No período pós-constituinte até o ano de 1991, aconteceu apenas o IV Concut. Neste congresso, as proposições para a

organização do sistema de saúde brasileiro restringiram-se à questão da saúde da mulher. Nesse sentido, foram elaboradas reivindicações em favor dos direitos reprodutivos e sexuais da mulher (CUT, 1991).

Adicionalmente, ressalta-se que, apesar de ter ocorrido duas plenárias da executiva nacional no período pós-constituinte, nos anos de 1989 e 1990, as resoluções aprovadas nesses eventos não apresentaram reivindicação, 'plano de ação' ou 'plano de lutas' voltadas para o setor saúde.

CORRELAÇÃO ENTRE AS PROPOSTAS DA CUT E AS PROPOSTAS DA RSB

Ao analisar as convergências e divergências entre as propostas emanadas dos congressos e plenárias da CUT e as propostas do movimento pela RSB, foram identificados alguns temas que perpassam os documentos da CUT e que dialogam com os temas e propostas da RSB. A análise detalhada desses temas é apresentada a seguir, contemplando em primeiro lugar o posicionamento da CUT com relação à luta pela democratização da saúde e, em seguida, as propostas da CUT com relação à reorganização do sistema de saúde.

Democracia e saúde

A década de 1970, sobretudo a sua segunda metade, foi caracterizada pela organização de movimentos sociais. No âmbito da saúde, em 1976, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) despontou como um sujeito político coletivo que articulou forças sociais insatisfeitas e contrárias às políticas de saúde privatizante e autoritária vigentes à época (PAIM, 2008). Já em 1978, na greve do ABC paulista, emergia o 'Novo Sindicalismo', movimento de trabalhadores que combatiam o burocratismo dos sindicatos oficiais e a ofensiva do capitalismo com uma consequente piora nas condições de vida e trabalho (ALVES, 2000; MATTOS, 2003; ZANETTI, 1993). Os referidos movimentos sociais organizados surgem, portanto, em uma conjuntura de repressão e de restrição de direitos, organizando-se na perspectiva de uma redemocratização do Estado e da sociedade brasileira.

No que concerne à área de saúde, percebe-se que o movimento dos trabalhadores guarda certa aproximação com o posicionamento do movimento da RSB, quando expressa o entendimento de uma reforma nesse setor articulada a uma transformação social, assim como ilustra o fragmento das resoluções da I Conclat de 1981:

> A luta pela democratização da saúde é também meta prioritária dos trabalhadores. E essa democratização só será estabelecida na medida em que se instaurar e aprofundar a democratização da sociedade brasileira, com a participação do povo no debate e na busca de soluções para as questões de saúde e da previdência. (I CONCLAT, 1981, P. 10).

O caráter antidemocrático da gestão da política de saúde também foi apontado pelo Cebes no documento 'A questão democrática na área da saúde' (CEBES, 1979). Neste documento, o Centro destaca que a ausência da democracia no setor saúde resulta na persistência de precárias condições de vida da população. O entendimento, portanto, de uma 'saúde democrática', perpassa pelo:

> 1 – [...] reconhecimento do direito universal e inalienável, comum a todos os homens [...]; 2 – O reconhecimento do caráter socioeconômico global destas condições [...] 3 – O reconhecimento da responsabilidade parcial, porém, intransferível das ações médicas propriamente ditas, individuais e coletivas, na promoção ativa da saúde da população; 4 – O reconhecimento [...] do caráter social deste direito e tanto da responsabilidade que cabe à coletividade e ao Estado em sua representação, pela efetiva implementação e resguardo das condições supra mencionadas [...]. (CEBES, 1979, P. 12).

Nessa perspectiva, cabe o destaque à convergência que se pode observar entre a proposta do movimento da RSB com as reivindicações do movimento sindical, organizados no âmbito da CUT, relativos à participação popular na Constituinte. Esse posicionamento da CUT foi também expresso na II Plenária da executiva nacional da entidade, no ano de 1985 (CUT, 1985).

Assim como o movimento sindical organizado pela CUT defendeu a participação dos trabalhadores na Constituinte, o movimento pela RSB aprovou, na VIII CNS, diretrizes para a garantia do direito à saúde, a partir da realização de uma Assembleia Constituinte livre, popular e soberana (BRASIL, 1986). É interessante notar também que, a partir de uma concepção ampliada de saúde, o movimento da RSB formula proposições historicamente defendidas pelo movimento dos trabalhadores, e que tem aparecido no 'plano de lutas' da CUT desde o seu I Congresso em 1984, assim como na Conferência e no Conclat, ocorridos nos anos 1981 e 1983 respectivamente. Essas bandeiras de luta são concernentes ao direito de organização e direito de greve, não pagamento da dívida externa, efetivação da reforma agrária e participação social nas ações do Estado (BRASIL, 1986).

Para o exercício da democracia na área de saúde, o movimento dos trabalhadores na I Conclat de 1981, entretanto, apresentou como proposta a participação desses atores nas decisões políticas para modificar a gestão das instituições previdenciárias, reproduzindo uma visão restrita que não se coadunava completamente com as propostas da RSB. Embora a demanda por participação política fosse coerente com o processo mais geral de luta pela redemocratização do País, a CUT não chegou a incorporar, nesse momento, a defesa da participação da população nas decisões e controle do setor saúde, a partir dos conselhos de saúde.

Já a perspectiva da participação ativa dos trabalhadores na luta pela garantia do direito à saúde, que aparece no III Concut, em 1988, permite que se relativize a análise de Costa (1994), que identifica nos sindicatos e associações profissionais e funcionais, nos anos 1980, uma tendência por uma opção pelo atendimento diferenciados dessas organizações intermediárias. Segundo esse autor, essas demandas contribuíram para uma consolidação do mercado diferenciado na assistência médica brasileira que, inclusive, questionaria os princípios solidários inerentes ao SUS e à universalização de direitos (COSTA, 1994). Entrementes, ainda que na década de 1980 houvesse diferenças de posicionamento entre os setores do sindicalismo, não se observa, a partir da análise dos documentos consultados, qualquer menção ou reivindicação da CUT ou do movimento dos trabalhadores que compunham o 'Novo Sindicalismo' a atendimento diferenciado para estes.

Reorganização do sistema de saúde

Referente às propostas do movimento dos trabalhadores para a reorganização do sistema de saúde, observa-se que na Conclat/81 os trabalhadores apresentam a ideia da implantação de uma rede básica como porta de entrada do sistema de saúde brasileiro, assim como exigem a extinção dos convênios da medicina de grupo, a regulação dos hospitais privados e dos preços e distribuição de medicamentos. Essa demanda se aproxima de algumas das propostas elaboradas pelo movimento da RSB, também a partir do documento 'A questão democrática na área da saúde', e que foi apresentado no I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde na Câmara Federal em outubro de 1979 (CEBES, 1979).

Embora haja essa convergência na questão da reorientação do sistema de saúde brasileiro, observa-se que na proposta da I Conclat ainda não se assume, pelo movimento dos trabalhadores, a criação e implantação de um sistema universal, o que só será assumido como reivindicação a partir do III Concut

em 1988. Com isso, algumas demandas na área de saúde, sobretudo aquelas concernentes à assistência à saúde do trabalhador, mantiveram-se dirigidas ao Inamps.

Ademais, ainda que a CUT construísse propostas relacionadas com a luta pelo direito de toda a população ter acesso a serviços de saúde, verifica-se também a manutenção de reivindicações à assistência médica previdenciária, visto que esta era a modalidade de atenção à saúde dos trabalhadores desde a Era Vargas (ESCOREL, 2008; ESCOREL; TEIXEIRA, 2008; OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985). A manutenção dessas reivindicações não parece, portanto, demonstrar o abandono da CUT da bandeira de universalização do sistema de saúde, mas sim de buscar resolver os problemas imediatos da assistência à saúde do trabalhador que ainda estava a cargo da previdência social.

Conclusões

Ao considerar que o período estudado corresponde ao marco histórico da luta pela redemocratização do País, pela emergência do 'Novo Sindicalismo' brasileiro e pela criação da CUT, identifica-se que a postura do movimento dos trabalhadores entre 1981-1991 foi de luta pela garantia dos direitos sociais, contra o assistencialismo, por independência do movimento sindical e por uma maior participação, tanto dos trabalhadores, como dos demais segmentos da população, na formulação e condução de políticas públicas. Nessa conjuntura, a CUT despontou como uma organização combativa e representativa, sobretudo no início da década de 1980, quando da sua criação (MATTOS, 2003; WELMOWICKI, 2004; ZANETTI, 1993).

Durante o período pré-constituinte, o movimento sindical adotou um posicionamento a favor da garantia do acesso dos trabalhadores aos serviços de saúde, ratificando que a oferta da assistência à saúde deveria ser papel do Estado. Nessa perspectiva, denunciou o privilegiamento concedido pelo Estado ao empresariado da área de saúde, o que conduziu à intensa mercantilização da produção dos serviços de saúde, sobretudo por meio das parcerias existentes entre Inamps e empresas de medicinas de grupo. Ademais, as demandas e propostas apresentadas por esses atores na Conclat/81 e Congressos ocorridos naquele período possuíam, em sua grande maioria, caráter corporativista, restringindo as reivindicações em torno da ampliação e melhoria do acesso dos trabalhadores à assistência médica.

Por outro lado, o posicionamento da CUT em seu III Congresso, ocorrido em 1988, demonstra uma nova perspectiva da entidade no que concerne à questão do direito à saúde, já que aponta propostas que reivindicam a criação do SUS, estatal, público, gratuito, de qualidade, sob controle da população por intermédio das entidades representativas e com financiamento da União, estados e municípios. Esse posicionamento, entretanto, ocorreu com certa defasagem de tempo quando correlacionadas as propostas do movimento sanitário e do movimento de trabalhadores para a área de saúde, visto que, no ano de 1979, o Cebes já apresentava à Câmara dos Deputados um documento que demandava por melhoria nas condições de saúde da população brasileira a partir da universalização do acesso aos serviços de saúde, para tanto, a criação do SUS (CEBES, 1979).

Cabe o destaque de que este estudo se limitou a analisar as proposições da CUT para a área de saúde no período correspondente à emergência do 'Novo Sindicalismo' e à criação da CUT. Isto posto, faz-se necessário salientar a importância da realização de novos estudos que busquem analisar se, nas conjunturas subsequentes, houve uma mudança de postura do movimento sindical na luta pela saúde, quer pela aproximação ou distanciamento das suas novas proposições às diretrizes da RSB. ■

Referências

ALVES, G. Do "novo sindicalismo" à "concertação social": ascensão (e crise) do sindicalismo no Brasil (1978-1998). *Rev. Sociol. Polit.,* Curitiba, n. 15, p. 111-124, nov. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104--44782000000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 jun. 2016.

BRAGA, J. C. S.; PAULA, S. G. *Saúde e previdência*: estudos de política social. São Paulo: Hucitec, 1981.

BRASIL. *Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde.* Brasília, DF: MS, 1986.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). *A questão democrática na área da saúde.* Brasília, DF: Cebes, 1979. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/10/Cebes_Sa%C3%BAde-e-Democracia.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2017.

CENTRAL ÚNICA DOS TRABALAHADORES (CUT). *Resoluções da Plenária Nacional da CUT*. 1985. Disponível em: <http://cedoc.cut.org.br/cedoc/resolucoes-de-plenarias/112>. Acesso em: 15 nov. 2015.

_____. *Resoluções do 1º Congresso Nacional da CUT*. São Bernardo do Campo: 1984. Disponível em: <http://cedoc.cut.org.br/cedoc/resolucoes-de-congressos/114>. Acesso em: 15 nov. 2015.

_____. *Resoluções do 2º Congresso Nacional da CUT*. Rio de Janeiro: 1986. Disponível em: <http://cedoc.cut.org.br/cedoc/resolucoes-de-congressos/115>. Acesso em: 15 nov. 2015. Não paginado. Não paginado.

_____. *Resoluções do 3º Congresso Nacional da CUT*. Belo Horizonte: 1988. Disponível em: <http://cedoc.cut.org.br/cedoc/resolucoes-de-congressos/116>. Acesso em: 15 nov. 2015. Não paginado.

_____. *Resoluções do 4º Congresso Nacional da CUT*. São Paulo: 1991. Disponível em: <http://cedoc.cut.org.br/cedoc/resolucoes-de-congressos/117>. Acesso em: 15 nov. 2015.

CONFERÊNCIA NACIONAL DA CLASSE TRABALHADORA (CONCLAT). *Resoluções da 1ª Conferência Nacional da Classe Trabalhadora*. 1981.p. 1-35. Disponível em: <http://cedoc.cut.org.br/cedoc/resolucoes-de-congressos/111>. Acesso em: 15 nov. 2015. Não paginado.

CONGRESSO NACIONAL DA CLASSE TRABALHADORA (CONCLAT). *Resoluções do 1º Congresso Nacional da Classe Trabalhadora*. São Bernardo do Campo: 1983. Disponível em: <http://cedoc.cut.org.br/cedoc/resolucoes-de-congressos/113>. Acesso em: 15 nov. 2015.

COHN, A. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. *Cad. Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1614-1619, jul. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2009000700020&lng=e n&nrm=iso>. Acesso em: 15 nov. 2015.

COSTA, N. R. Políticas públicas, direitos e interesses: reforma sanitária e organização sindical no Brasil. *Revista de Administração Pública,* Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 5-17, 1994.

ESCOREL, S. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. In: GIOVANELLA, L. *et al* (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

ESCOREL, S. Saúde e democracia, democracia e saúde. *Saúde em Debate,* Rio de Janeiro, n. 21, p. 51-55, jun. 1988.

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L. *et al* (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

FLEURY, S. A reforma sanitária e o SUS: questões de sustentabilidade. *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 7-309, abr. 2007. Disponível em: <http://www.

scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413--81232007000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 2 jul. 2016.

GERSCHMAN, S. *A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

LACAZ, F. A. C. Saúde dos trabalhadores: cenário e desafios. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. S07-S19, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000600002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 jun. 2016.

MATTOS, M. B. *O Sindicalismo Brasileiro após 1930.* Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, S. M. F. *(Im) previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil.* Petrópolis: Vozes, 1985.

PAIM, J. S. *Reforma Sanitária Brasileira:* Contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PINA, J. A. *Sindicalismo e Saúde no Brasil:* a relação Sistema Único de Saúde (SUS) e os Planos Privados de Saúde na Assistência à Saúde dos Trabalhadores. 2005. 138 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2005.

PINA, J. A.; CASTRO, H. A.; ANDREAZZI, M. F. A. Sindicalismo, SUS e planos de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 837-846, set. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413--81232006000300031&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 ago. 2015.

TEIXEIRA, S. M. F. (Org.). *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria.* São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco, 1989.

_____. Retomar o debate sobre a reforma sanitária para avançar o Sistema Único de Saúde (SUS). *Rev. adm. Empresa,* São Paulo, v. 49, n. 4, p. 472-480, dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034--75902009000400010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 ago. 2015.

TEIXEIRA, C. F.; SOUZA, L. E. P. F.; PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS): a difícil construção de um sistema universal na sociedade brasileira. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). *Saúde Coletiva:* Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Medbook, 2014.

TESTA, M. *Pensamento estratégico e lógica de programação:* o caso da saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

WELMOWICKI, J. *Cidadania ou Classe?* O Movimento Operário da Década de 80. São Paulo: Instituto José Luís e Rosa Sundermann, 2004.

ZANETTI, L. *O "novo" no Sindicalismo Brasileiro:* características, impasses e desafios. 1993. 170 f. Dissertação (Mestrado em Educação). Fundação Getúlio Vargas, Instituto de Estudos Avançados em Educação, 1993.

Recebido para publicação em março de 2017
Versão final em julho de 2017
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Reforma Sanitária Brasileira e políticas farmacêuticas: uma análise dos fatos produzidos entre 2003 e 2014

Brazilian Health Reform and pharmaceutical policies: an analysis of the facts produced between 2003 and 2014

Tatiane de Oliveira Silva Alencar[1], Jairnilson Silva Paim[2]

RESUMO Estudo de caso cujo objetivo é analisar as políticas farmacêuticas do período de 2003 a 2014, tendo como referência a Reforma Sanitária Brasileira. As fontes de evidência foram documentos e entrevistas semiestruturadas, e o processamento dos dados ocorreu mediante a técnica da análise de conteúdo temática. Os dados obtidos foram organizados em dois momentos (períodos Lula e Dilma) e a análise foi fundamentada na teoria marxista. Os resultados indicam que a instituição das políticas farmacêuticas foi favorecida pela participação de atores sociais vinculados ao movimento sanitário no âmbito do Estado, o que permitiu uma reestruturação dessa agenda, ainda que mediante conflitos.

PALAVRAS-CHAVE Reforma dos serviços da saúde. Política de saúde. Medicamentos. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT *This is a case study whose objective is to analyze pharmaceutical policies of the period from 2003 to 2014, having as reference the Brazilian Health Reform. The sources of evidence were semi-structured interviews and documents, and the data processing was performed using the thematic content analysis technique. The data obtained were organized in two moments (Lula and Dilma periods) and the analysis was based on Marxist theory. The results indicate that the institution of pharmaceutical policies was favored by the participation of social actors linked to the health movement within the State, which has permitted a restructuring of this agenda, even through conflicts.*

KEYWORDS *Health care reform. Health policy. Medicine. Unified Health System.*

[1] Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) – Feira de Santana (BA), Brasil.
tatifarmauefs@yahoo.com.br

[2] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil.
jairnil@ufba.br

Introdução

Entende-se uma política farmacêutica como uma política de saúde, ou seja, uma decisão (ação ou omissão) do Estado (TEIXEIRA; PAIM 2005), em relação às questões relativas a medicamentos e à assistência farmacêutica. Em todo o mundo, o debate acerca destas questões é intenso e tem acompanhado as discussões da reforma dos sistemas de saúde. No Brasil, sempre se adotou alguma ação para atender à necessidade de medicamentos manifestada pela sociedade ou por parte dela, tais como: a implantação e o desenvolvimento dos laboratórios oficiais; a criação (1971) e a extinção (1997) da Central de Medicamentos; o reconhecimento (ou não) de patentes de produtos farmacêuticos, nos diferentes governos; a regulação da propaganda de medicamentos; e medidas para a ampliação do acesso.

Apesar desses antecedentes, a Política Nacional de Medicamentos (PNM), instituída em 1998, é considerada em muitos estudos como marco das políticas farmacêuticas, pois se refere ao primeiro documento oficial, após a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), relativo à questão de medicamentos. Além da PNM, aspectos da formulação e da implantação de políticas farmacêuticas, da disponibilidade de medicamentos em diferentes regiões do Brasil, da avaliação e da organização da assistência farmacêutica, do financiamento e da judicialização para a garantia do acesso foram analisados em diversos estudos, conforme identificado em bases nacionais e internacionais de periódicos, dissertações e teses. Não se identificaram estudos, além da tese que deu origem a este artigo, que tenham abordado tais políticas sob o referencial da Reforma Sanitária Brasileira (RSB). Daí, a pertinência de serem examinados os fatos produzidos entre 2003 e 2014 com este foco.

Neste particular, os termos 'medicamentos' e 'assistência farmacêutica' apresentam concepções técnicas e políticas distintas, tendo em vista o processo de constituição das políticas farmacêuticas nos diferentes momentos históricos. Tomando como referência a década de 1970, quando se fortalece o movimento pela RSB, o debate inicial enfatizou a necessidade de garantir a disponibilidade de fármacos e, desse modo, que o Estado instituísse uma política de medicamentos (CORDEIRO, 1978). Posteriormente, esse debate se ampliou e se articulou ao movimento das entidades farmacêuticas para a incorporação de práticas profissionais mais coerentes aos princípios e diretrizes do SUS, em discussão naquele momento. Assim, emergiu a demanda por uma política de assistência farmacêutica que articulasse as dimensões tecnológica, sanitária, econômica, política, simbólica e ideológica do medicamento, em sua inserção no ciclo produtivo-econômico da saúde (ALENCAR, 2016).

Nesse processo, tem havido intensos conflitos entre o Estado, a sociedade civil e o mercado farmacêutico, especialmente multinacional, conforme demonstram estudos publicados desde os anos 1960 (LEDOGAR; KUCINSKI, 1977; PACHECO, 1968) evidenciando embates no âmbito do poder Legislativo, motivando a realização de seis Comissões Parlamentares de Inquéritos (CPI), que discutiram acerca da questão de medicamentos.

Considerando que a constituição de políticas farmacêuticas remete a um processo de produção social de alta complexidade, envolvendo relações e estratégias entre atores (MATUS, 2005), e entendendo o fato político como um fato social produzido a partir da interação de atores sociais com distintas capacidades acumuladas, tendo em vista o Estado (ALENCAR, 2016), o objetivo deste artigo é analisar os fatos políticos relativos às políticas farmacêuticas, no período de 2003 a 2014, identificando os atores envolvidos, os conflitos e

as estratégias utilizadas, tendo como referência a RSB.

Metodologia e referencial teórico

Este artigo é parte dos resultados de uma pesquisa, que teve como objetivo analisar as possíveis relações da RSB com a questão Medicamentos/Assistência Farmacêutica (questão MAF) (ALENCAR, 2016). Originalmente, tratou-se de um estudo de caso, que teve como recorte temporal o período de 1976 a 2014. O presente trabalho delimita a análise de fatos políticos, relativos às políticas farmacêuticas, produzidos no período de 2003 a 2014, correspondendo aos períodos dos governos do presidente Luiz Inácio Lula da Silva – Lula (2003-2010) e da presidente Dilma Vana Rousseff (2011-2014).

Para a produção dos dados, foram utilizadas, como fontes de evidência, documentos e entrevistas semiestruturadas, com 22 informantes envolvidos com o movimento da RSB e/ou a questão MAF. As entrevistas foram guiadas por um roteiro pré-definido e os informantes consentiram na divulgação dos seus nomes. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (parecer 690.819). Para o processamento do material empírico, utilizou-se a técnica da análise de conteúdo temática (BARDIN, 2011).

A análise dos dados foi orientada pelos elementos teóricos que fundamentaram o estudo, tendo sido considerados: momentos de análise da RSB trazidos por Paim (2008), contribuições da teoria marxista para entender o medicamento como um produto do ciclo produtivo-econômico da saúde e como uma necessidade social e existencial (HELLER, 1986; MARX, 1996), contribuições gramscianas (COUTINHO, 2011) para compreender o Estado e suas relações com a sociedade e o mercado, e as definições de poder, política, estratégia e ator social trazidas por Mário Testa (1995, 2005).

Resultados

Período Lula (2003-2010)

CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE, NA AGENDA DO PAÍS

A criação da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), em 2003, correspondeu ao atendimento de uma necessidade da área de Ciência e Tecnologia (C&T), já expressada no projeto da RSB, no relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde (PAIM, 2008), prevista na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde (nº 8.080/1990), e retomada em 1994, na I Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde (CNCTS), e nas Conferências Nacionais de Saúde (CNS) – X, XI e XII –, conforme evidenciado nos relatórios desses eventos. Assim, a articulação das pautas relativas a medicamentos, à assistência farmacêutica e à C&T em um único órgão favoreceu uma maior organicidade a estas, na agenda política do País.

A proposta de uma secretaria específica contou com a participação de atores vinculados ao movimento sanitário – representantes da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – e à questão MAF – representantes da Federação Nacional de Farmacêuticos (Fenafar), a exemplo de Jorge Bermudez, ator relevante no processo de construção das políticas farmacêuticas; Jandira Feghali, médica, deputada federal (Partido Comunista do Brasil/RJ – PC do B-RJ); e José Alberto Hermógenes, médico sanitarista com participação ativa na construção do SUS. Este último, juntamente com o farmacêutico e militante de organizações farmacêuticas, Norberto Rech, estruturou as diretrizes da SCTIE.

A partir da SCTIE, foram instituídas algumas estratégias que influenciaram

a política de C&T e, consequentemente, as políticas farmacêuticas: o Fórum de Competitividade da Cadeia Produtiva Farmacêutica, que viabilizou a construção da Política Industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior, definindo como ações estratégicas aquelas relacionadas a fármacos e medicamentos; e o Programa de Apoio ao Desenvolvimento da Cadeia Produtiva Farmacêutica (Profarma), um programa do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), com financiamento para áreas estratégicas, incluindo a de fármacos. No contexto do Profarma, houve investimentos nos laboratórios farmacêuticos oficiais e a compra da fábrica de medicamentos da GlaxoSmithKline, pela Fiocruz. Este último fato foi alvo de críticas dentro da própria Fiocruz, diante da ausência de um debate mais amplo para discutir tal proposta, conforme revelaram alguns entrevistados da pesquisa. A despeito das críticas, os resultados satisfatórios alcançados pelo Profarma implicaram na sua ampliação, em 2007.

Nesse movimento também ocorreu, em 2004, a II Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (CNCTIS), possibilitando a elaboração da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS) e a definição da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde. Como desdobramento da PNCTIS, foi criada, em 2006, a Comissão de Incorporação de Tecnologias (Citec), instituindo o primeiro fluxo para a incorporação de tecnologias no SUS, importante estratégia para intermediar as relações entre o Estado e o mercado, na inclusão de produtos no SUS.

Outras disposições (Lei nº 10.793/2004 – Lei da Inovação; e Lei nº 11.196/2005 – Lei do Bem) foram instituídas, criando a concessão de incentivos fiscais às empresas que realizassem pesquisa e desenvolvimento de inovação tecnológica. Em 2007, foi regulamentado o Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, para apoiar financeiramente programas e projetos prioritários nacionais de desenvolvimento.

Também foi criado, por meio do Decreto de 12 de maio de 2008, o Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde (Gecis), que teve como articulador Reinaldo Guimarães, um militante da RSB, defensor do componente da C&T na agenda do movimento sanitário, com relevante acúmulo de capacidades técnicas e administrativas. O Gecis previa o estímulo ao uso do poder de compra do SUS para favorecer a produção, a inovação e a competitividade no Complexo Econômico-Industrial da Saúde (Ceis). A partir de então, foi estabelecida a lista de produtos estratégicos para o SUS, incluindo farmoquímicos e/ou medicamentos, além de um conjunto de incentivos fiscais e tributários para condicionar o fortalecimento do setor.

A presença de um governo popular e sua adesão à questão MAF, acrescida da participação de atores militantes do movimento sanitário e envolvidos com essa questão nas estruturas do Ministério da Saúde (MS) não impediram, contudo, que as interferências políticas influenciassem na atuação da SCTIE, que foi alvo da negociação de cargos entre partidos aliados do governo:

> *[...] houve uma decisão de caráter político e a SCTIE foi reivindicada pelo Partido Progressista, o PP. Assim, houve uma decisão, no âmbito do governo, para que o PP ocupasse uma pasta no Ministério da Saúde.* (Norberto Rech).

Apesar disso, as políticas instituídas nesse período promoveram a recuperação e o fomento do setor farmacêutico, compensando o acúmulo histórico da falta de investimentos, ainda que não tenha conferido um dinamismo capaz de situá-lo em condições de competitividade internacional (GADELHA; MALDONADO, 2008). Isto pode ter resultado na amenização dos conflitos existentes na relação entre o mercado farmacêutico e o Estado, na medida em que os interesses do capital passaram a ser processualmente atendidos.

AS AÇÕES DA ANVISA PARA A REGULAÇÃO DO MERCADO DE MEDICAMENTOS

A despeito do distanciamento inicial perante críticas do Partido dos Trabalhadores (PT) quanto ao modelo de agências, houve uma mudança de posicionamento político em relação à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) (SOUTO, 2007). A partir de então, foi estabelecido um conjunto de mudanças que implicou maior articulação entre a Anvisa e o MS, provavelmente diante das tendências de regulação impostas pelo processo de globalização e também pela presença de atores do movimento sanitário em cargos de direção.

Entre as ações regulatórias, frisa-se a criação da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED) – Lei nº 10.742/2003, um mecanismo para tentar conter os constantes abusos dos preços de medicamentos praticados pelo setor. A Anvisa publicou diversas resoluções, exigindo controles mais rígidos para a produção, a comercialização e o uso de medicamentos, a fim de possibilitar maior segurança e qualidade para o consumidor. Essas medidas regulatórias se constituíram em estratégias para enfrentar os problemas relativos aos riscos relacionados ao uso de medicamentos e outros produtos, que, naquele momento, se avolumavam (ALENCAR, 2016). Ressalta-se o trabalho permanente da Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos (Sobravime), que, por meio de seus boletins, fazia o esforço de articular as experiências internacionais às nacionais para promover o debate na área de medicamentos.

Em relação aos medicamentos genéricos, cuja política foi instituída em 1999, pesquisas realizadas pela Anvisa apontavam um crescimento do mercado, indicando que, se anteriormente as indústrias multinacionais e também nacionais foram contrárias à política dos genéricos por entenderem-na como uma ameaça às suas marcas comerciais e também devido aos custos envolvidos, esse posicionamento foi modificado diante das evidências de um mercado crescente. Associada às novas regulamentações para esses medicamentos e à ampliação do poder de compra dos brasileiros, mediante as políticas sociais implantadas nesse período, houve maior consolidação da política de genéricos e do mercado de medicamentos de modo geral.

Outro fato importante refere-se ao processo de discussão da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 96/2008, que atualizou a regulação da propaganda de medicamentos. Esse processo teve início em 2005, com a realização da consulta pública, e se manteve por quase três anos, diante dos conflitos entre a defesa dos interesses do setor regulado e da sociedade civil (NASCIMENTO, 2007). Apesar de outras manifestações de organizações da sociedade civil (Instituto de Defesa do Consumidor, Abrasco e Sobravime, entre outras), a regulação da propaganda não sofreu alterações importantes. Ressalte-se que o debate envolvendo a propaganda de medicamentos manteve-se na pauta do movimento sanitário, no sentido de sua proibição total nos meios de comunicação, mas foi mudando a conotação diante dos embates acirrados com o setor regulado.

A CONFERÊNCIA NACIONAL DE MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E A POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

O debate sobre a necessidade da realização da conferência temática sobre medicamentos e assistência farmacêutica já existia no âmbito do Conselho Nacional de Saúde (CNS), motivado pela CPI de medicamentos, ocorrida em 1999, e pela presença de atores vinculados à questão MAF no Estado, que defendiam essa pauta. Inclusive, essa já havia sido uma recomendação das IX, X e XI Conferências de Saúde, e da Conferência Nacional de Vigilância Sanitária (Conavisa). Porém, houve dificuldades dentro do próprio CNS, por parte de representantes

do governo, para que a Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (CNMAF) ocorresse, conforme revela a análise das atas das reuniões do CNS.

Foi estabelecido, portanto, um jogo político para garantir a realização da CNMAF com abordagem temática mais ampla e não apenas restrita ao componente técnico do medicamento. E também para que a coordenação da conferência fosse composta por alguém mais próximo do CNS e das organizações farmacêuticas. Os dois principais nomes (Jorge Bermudez e Clair Castilho) à coordenação da conferência eram atores políticos importantes, com envolvimento na questão MAF, mas foi escolhida a conselheira do CNS, Clair Castilho, dadas as suas vinculações profissionais com atores que ocupavam a SCTIE e o Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF). Em setembro de 2003, a conferência foi realizada.

Muitas proposições da CNMAF integraram a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), que foi aprovada em reunião do CNS, pela Resolução nº 338/2004. Entende-se, portanto, que a PNAF foi resultante de um processo de construção coletiva, fundamentada no controle social, diferente do modo como se deu a construção da PNM, que, apesar de ter tido a participação do CNS, foi predominantemente organizada por um grupo técnico decidido pelo MS, conforme revela a análise de documentos e das falas dos entrevistados. A resolução estabeleceu que a PNAF fosse integrante da Política Nacional de Saúde, coerente com os princípios do SUS e norteadora para a formulação de outras políticas setoriais, a exemplo da C&T, do Desenvolvimento Industrial e da Formação de Recursos Humanos.

A REORIENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS

Após a instituição da PNAF, o processo de reorientação da assistência farmacêutica foi viabilizado com a implantação do Pacto pela Saúde e com a Portaria nº 698/2006, que definiu as responsabilidades das três esferas de gestão nas ações de saúde, estabelecendo blocos de financiamento, incluindo o de assistência farmacêutica. Este último foi posteriormente excluído, com a publicação da Portaria nº 204/2007, tornando mais difícil a efetuação das ações de assistência farmacêutica nos serviços. Até então, essas ações eram restritas à disponibilização de medicamentos e, apesar de haver desperdícios e outros prejuízos, por motivos diversos, não havia consenso, entre os gestores, de que os serviços farmacêuticos poderiam resultar, também, em implicações econômicas favoráveis à saúde (ALENCAR; NASCIMENTO, 2011).

Esses aspectos fizeram com que o DAF disponibilizasse uma ferramenta de inovação tecnológica para a gestão das informações do setor, o Hórus – Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica – e as 'Diretrizes para estruturação das farmácias no âmbito do SUS', que tratava de recomendações das condições (instalações, equipamentos, boas práticas, gerenciamento dos produtos e atividades clínicas) mínimas necessárias para a qualificação das atividades. Ambos, com desafios para sua implementação nos serviços (COSTA; NASCIMENTO JUNIOR, 2012).

Outra iniciativa importante deu-se com a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), por meio da Portaria nº 154/2008, que previa a inclusão de outros profissionais para ampliar as ações de atenção básica. Novas mobilizações foram desenvolvidas, envolvendo Conselhos Regionais e outras organizações para a tarefa de convencer os gestores a incorporarem os farmacêuticos nas equipes Nasf.

Em paralelo a esse movimento para a inserção da assistência farmacêutica no SUS, também havia outro, em torno da defesa da farmácia como estabelecimento de saúde. Essas questões foram articuladas como objeto de pauta política na Frente Parlamentar em Defesa da Assistência Farmacêutica, lançada em 2008, criando condições para

que tal pauta ganhasse espaço no âmbito do Parlamento. Apesar de se propor defensora da assistência farmacêutica, em algumas situações, a Frente Parlamentar pareceu preservar mais os interesses corporativistas do que os da pauta coletiva. Além disso, fatos posteriores indicaram conflitos de interesses entre seus integrantes, já que alguns receberam apoio financeiro de grandes empresas farmacêuticas em campanhas eleitorais.

POLÍTICAS PARA A AMPLIAÇÃO DO ACESSO A MEDICAMENTOS

Política importante para a ampliação do acesso aos medicamentos refere-se ao Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB). Havia um Projeto de Lei (PL) nº 4.702/1994, sobre farmácias populares, de autoria do deputado federal Eduardo Jorge (PT do estado de São Paulo), que oportunamente foi identificado, durante o período de campanha presidencial, pela equipe do candidato Lula, como interessante à proposta de campanha. A partir daí, a ideia da criação de farmácias populares foi inserida na campanha de governo do presidente Lula e, após a sua vitória, se tornou uma prioridade a ser implementada pela equipe do MS, ainda que não houvesse um consenso quanto a ela dentro da própria equipe que se responsabilizaria por sua execução.

Esse assunto foi comentado sem detalhamentos no CNS, no momento da discussão da PNAF, conforme pode ser evidenciado em ata de reunião, e representantes do setor farmacêutico foram convidados para discutir a proposta desse programa. Contudo, não houve um debate coletivo, o que gerou posicionamentos contrários entre os envolvidos com a questão MAF, inclusive na Fiocruz, que teria responsabilidade fundamental na instituição do programa.

Entre consensos e contradições, o PFPB foi instituído na modalidade rede própria, por meio do Decreto nº 5.090/2004 (regulamentando a Lei nº 10.858/2004), esclarecendo que estava sendo criado visando à universalização do acesso a medicamentos e à diminuição do impacto dos gastos com medicamentos no orçamento familiar, para os cidadãos assistidos pela rede privada. Parece ter havido, portanto, uma preocupação em deixar clara a não associação do PFPB à dispensação de medicamento já realizada pelo SUS, haja vista as críticas de que o programa apresentava inconstitucionalidades ao fornecer medicamentos mediante copagamento, além do argumento de que as farmácias do SUS ficariam prejudicadas.

Dois anos após a sua implantação, o PFPB foi ampliado para as farmácias da rede privada (modalidade 'Aqui tem Farmácia Popular'), conforme já estava previsto no Decreto nº 5.090/2004, estabelecendo que os cidadãos poderiam adquirir medicamentos para o tratamento de hipertensão arterial e diabetes nas farmácias privadas, mediante complementação da diferença do preço de venda (determinado conforme critérios definidos pela CMED). O modelo também gerou muitas críticas sob o argumento de que o Estado estimularia o mercado farmacêutico em vez de fortalecer as unidades de saúde do SUS, alvo de constantes queixas de indisponibilidade de medicamentos. As entrevistas realizadas revelaram posicionamentos divergentes entre sanitaristas militantes do movimento sanitário. Enquanto uns entendiam o modelo de parceiras com as farmácias privadas como mais racional e viável para a garantia do acesso aos medicamentos do que o modelo de rede própria, outros consideravam ambos os modelos um retrocesso no processo da RSB. A despeito das críticas, até o final do período Lula, houve expansão significativa do número de usuários, em ambas as modalidades (SILVA; CAETANO, 2015).

A estruturação das ações de assistência farmacêutica alcançada com a criação da SCTIE, do DAF e da Citec para adequar os processos de incorporação de tecnologias não foi suficiente para conter o avanço do fenômeno da judicialização protagonizado

pela indústria da saúde, especialmente a indústria farmacêutica. Um movimento por parte das secretarias estaduais de saúde passou a ser desenvolvido no sentido de definir estratégias para o enfrentamento dessa questão. Foram realizadas parcerias das secretarias estaduais com Procuradorias Públicas, ações junto aos pacientes, debates temáticos e pesquisa. Houve, também, reações no âmbito do Legislativo. O senador Tião Viana (PT do estado do Acre) elaborou o Projeto de Lei nº 219/2007, prevendo alterações na Lei nº 8.080/1990, para dispor sobre a oferta de procedimentos terapêuticos e a dispensação de medicamentos no âmbito do SUS, delimitando critérios para o atendimento do princípio da integralidade.

No âmbito do Executivo, o MS regulou, por meio da Portaria nº 2.981/2009, o componente especializado da assistência farmacêutica, incluindo os medicamentos de custo mais elevado, que compunham o principal objeto das demandas judiciais, e estabelecendo que a integralidade do tratamento medicamentoso deveria ser orientada por Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). Apesar dessas disposições, houve ampliação das demandas judiciais (SOUZA *ET AL.*, 2017; TERRAZAS, 2014).

Também na perspectiva de assegurar o acesso aos medicamentos, fato político relevante diz respeito às ações relativas aos antirretrovirais: após intensas negociações com o laboratório Merck Sharp & Dohme para a redução do preço do medicamento Efavirenz, o presidente Lula decretou, em maio de 2007, seu licenciamento compulsório. Com essa medida, o Brasil passou a importar o genérico do Efavirenz de laboratórios qualificados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e, a partir de 2009, passou a ser produzido pelos laboratórios oficiais Farmanguinhos/Fiocruz e Lafepe, em cooperação com um consórcio de empresas privadas formado pela Globe Química, pela Cristália e pela Nortec Química (DOMINGUEZ, 2009). Naquele momento, a Anvisa teve função importante como articuladora das etapas produtivas e de regulação do registro do medicamento, conferindo agilidade ao processo.

A determinação do licenciamento compulsório possibilitou não apenas a obtenção do medicamento Efavirenz por um preço reduzido, como também produziu impulso para processos de transferência de tecnologia de um fármaco relevante para as políticas de saúde, iniciou um movimento para a diminuição da dependência do Brasil em relação ao mercado farmacêutico mundial e fortaleceu a participação nacional no complexo industrial da saúde.

POLÍTICAS PARA A INSERÇÃO DAS TERAPIAS COMPLEMENTARES E ALTERNATIVAS NO SUS

Consoante às recomendações destacadas durante as CNS, a Conavisa, ocorrida em 2001, e também nas CNCTS e CNCTIS, foram retomados os debates relativos à utilização do potencial da flora brasileira para a pesquisa de fármacos e pela inclusão da fitoterapia, da homeopatia e de outras práticas complementares no SUS. Os debates em torno dessa pauta antecederam o período Lula, mas somente nesse governo foram instituídas a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPICS), bem como a Política e o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Salienta-se, ainda, a implantação da Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse do SUS (Renisus), na qual constam as plantas medicinais que apresentam potencial para gerar produtos de interesse do SUS.

A implantação de tais políticas só foi viabilizada a partir da reestruturação da assistência farmacêutica no âmbito do MS e de uma conjuntura mais favorável ao setor de C&T para o País, na qual foi retomada a necessidade de discutir e efetuar ações direcionadas à valorização da biodiversidade brasileira, por meio do fomento à pesquisa e ao desenvolvimento de fitoterápicos. Também foi determinante a participação de

diferentes organizações da sociedade civil, inclusive de entidades farmacêuticas como a Fenafar e o Conselho Federal de Farmácia, além do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), do CNS e de organizações de representantes de práticas complementares.

Período Dilma (2011-2014)

A REORIENTAÇÃO E A QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS

Resultante de um processo de discussão que já vinha acontecendo no Legislativo e no Judiciário, foi instituída a Lei nº 12.401/2011 (regulamentada pelo Decreto nº 7.646/2011), tendo como objeto o estabelecimento de critérios para a oferta de procedimentos terapêuticos e a dispensação de medicamentos no âmbito do SUS. Essas disposições estabeleceram a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (Conitec), que incorporou e aprimorou as funções da Citec, assumindo nova composição, mas foi alvo de críticas, também relatadas por entrevistados, ao excluir a representação das sociedades científicas e das universidades.

Com a publicação do Decreto nº 7.508/2011, foram previstas mudanças para a assistência farmacêutica, definindo-se instrumentos para orientar o processo de incorporação de tecnologias e a regulação do acesso a medicamentos no SUS. Essas medidas geraram expectativas de amenização de conflitos impostos pelo Judiciário. Porém, persistiram outros, decorrentes da prática da prescrição médica e da não obediência aos dispositivos legais e aos processos de incorporação de tecnologias estabelecidos pela Conitec.

Visando à continuidade da reorientação da assistência farmacêutica, foi instituído, por meio da Portaria nº 1.214/2012, o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (Qualifar-SUS). Estruturado em quatro eixos (estrutura, educação, informação e cuidado), o programa fundamentou-se em diretrizes que previam, entre outras ações, ampliar a disponibilidade de medicamentos e promover condições favoráveis para a estruturação dos serviços farmacêuticos no SUS. Indicava, portanto, perspectivas de mudanças para a área. Apesar do aparente êxito dessa iniciativa, diante da realização de diferentes edições até 2014, ainda não foram identificados estudos que tenham avaliado seus resultados e implicações para a assistência farmacêutica no SUS.

Passados 25 anos da implementação do SUS, e mais de 10 anos das principais políticas farmacêuticas (PNM, Anvisa, genéricos, PNAF e PFPB), a avaliação realizada pelo MS (BRASIL, 2014A), por meio de um cotejamento das propostas elencadas durante a I CNMAF, ocorrida em 2004, com as ações implementadas no decorrer de 10 anos, apontou que: houve cumprimento de grande parte das propostas aprovadas na CNMAF; consolidou-se o direito de acesso a medicamentos; os componentes da assistência farmacêutica e o PFPB foram firmados como estratégias para promover o acesso; e houve a ampliação do financiamento de medicamentos. Assim, também houve uma consolidação da PNAF como política de saúde, articulando-se com outras políticas, particularmente com a de medicamentos, de C&T, de Desenvolvimento Industrial e de Formação de Recursos Humanos.

Os dez anos da PNAF também foram marcados por mobilizações em torno da pauta da farmácia como estabelecimento de saúde, um movimento que já acumulava 20 anos de luta, decorrente da tramitação de projetos de lei com proposições divergentes quanto a aspectos sanitários. Após intensas negociações entre entidades representativas da categoria farmacêutica, parlamentares e empresários do setor, foi promulgada a Lei nº 13.021/2014, que definiu farmácia como unidade de serviços destinada a prestar assistência farmacêutica, assistência à saúde e orientação sanitária individual e coletiva

(BRASIL, 2014B). Ainda que esta medida seja positiva e necessária, a realidade mostra que ela tem pouca aplicabilidade prática, pois encontra divergência nos interesses do setor privado (tanto que foi modificada em alguns aspectos, por meio da Medida Provisória nº 653/2014) e nas limitações diversas da esfera pública, a despeito de todos os esforços despendidos para aprimorar a assistência farmacêutica no SUS.

MUDANÇAS E DESAFIOS PARA A CONTINUIDADE DO PFPB

Em 2011, foi realizada ampliação do PFPB, e instituída, por meio da Portaria nº 184/2011, a campanha 'Saúde não tem preço', que passou a disponibilizar medicamentos para patologias específicas (inicialmente, para hipertensão e diabetes e, em seguida, para asma) sem custo adicional (isentos de copagamento), nas farmácias de unidade própria e naquelas conveniadas ao 'Aqui tem Farmácia Popular'.

Após 10 anos de implantação, o PFPB acumulava resultados positivos: foi identificado como o programa social do governo federal mais bem avaliado pela população brasileira; articulou-se a outros programas do governo, a exemplo do Plano Brasil Sem Miséria, do Programa Brasil Carinhoso, do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis e do Programa Mais Médicos; registrou-se maior acesso aos medicamentos para doenças crônicas (com destaque para hipertensão, diabetes e asma), especialmente após a instituição do 'Saúde não tem preço'; e foi referido pela Pesquisa Nacional de Saúde 2013 como uma política que contribuiu para o acesso aos medicamentos pela população (IBGE, 2014). Além disto, é um programa com visibilidade internacional, referido pela OMS como exemplo bem sucedido para a ampliação do acesso a medicamentos (WHO, 2012).

Apesar dos resultados alcançados, o programa não esteve isento de polêmicas, particularmente relacionadas à modalidade 'Aqui tem Farmácia Popular', que foi, inclusive, objeto de auditoria do Tribunal de Contas da União, em 2011. Além disto, estudos têm apontado críticas importantes ao programa, especialmente quanto à sua capacidade de articular outras políticas farmacêuticas (YAMAUTI; BARBERATO-FILHO; LOPES, 2015).

Ainda que os dispositivos legais norteadores do programa estabeleçam um conjunto de exigências sanitárias, particularmente a respeito de estrutura e presença de farmacêutico durante o horário de funcionamento das farmácias da rede própria ou credenciada, os estudos recentes realizados (SILVA; CAETANO, 2015), inclusive os resultados divulgados pelo próprio MS (BRASIL, 2014B), não apontam qualquer ênfase quanto à qualidade dos serviços dispensados nessas farmácias. Apesar da tendência de ampliação do programa, particularmente por meio do credenciamento de farmácias privadas ao 'Aqui tem Farmácia Popular', foi evidente uma inflexão, nos últimos anos, inclusive com reflexos na modalidade rede própria, havendo fechamento de unidades em todo o País.

REGULAÇÃO SANITÁRIA DE MEDICAMENTOS: CONFLITOS E ESTRATÉGIAS

Fato marcante no âmbito da regulação sanitária refere-se ao caso dos medicamentos anorexígenos anfetamínicos (Anfepramona, Femproporex, Mazindol) e da Sibutramina – utilizados clinicamente como inibidores de apetite –, que trouxeram para o debate a real autonomia da Anvisa. O posicionamento inicial da agência foi proibir a comercialização de todos os produtos anorexígenos. Contudo, houve posições divergentes, por parte de organizações médicas e farmacêuticas, que foram contrárias à proibição dos anorexígenos, defendendo como suficiente o maior controle. Por outro lado, entidades de saúde – Sobravime, Abrasco, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp)/Fiocruz, Instituto Nacional

de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS)/Fiocruz etc. – apoiaram a Anvisa.

Após as discussões, a Anvisa decidiu, por meio da RDC nº 52/2011, pela proibição do uso dos anfetamínicos (Anfepramona, Femproporex e Mazindol), mas pela continuidade da comercialização da Sibutramina, com o estabelecimento de medidas mais rígidas de controle para sua prescrição e dispensação. No jogo político e econômico envolvido na tomada de decisão da Anvisa, não se pode desprezar a informação de que o Brasil respondia por mais da metade das vendas de Sibutramina no mundo, tampouco os embates já acumulados entre o governo e a categoria médica, diante da criação do Programa Mais Médicos, em 2013, ou o veto da presidente Dilma ao Ato Médico, tendo em vista as eleições de 2014.

Esses embates não finalizaram, e a pauta continuou na agenda do Legislativo, visando sustar os efeitos da referida RDC, inicialmente por meio do PL nº 2.431/2011, de autoria do deputado federal e empresário Felipe Bornier – Partido Social Democrático, do Estado do Rio de Janeiro. Ao final da tramitação, foi promulgado o Decreto Legislativo nº 273/2014, sustando os efeitos da RDC Anvisa nº 52/2011. A Anvisa reagiu aprovando normas mais rigorosas por meio da RDC nº 50/2014, mas a pauta esteve sob tensões de possíveis novas interferências. Tanto que, recentemente, foi aprovada a Lei nº 13.454/2017, autorizando a produção, a comercialização e o consumo, sob prescrição médica, dos referidos anorexígenos.

AS PARCERIAS DE DESENVOLVIMENTO PRODUTIVO E O PROCESSO DE REVISÃO DA LEI DE PATENTES

As políticas do Ceis instituídas encontraram condições de serem continuadas e fortalecidas, sendo incorporadas ao Plano Brasil Maior (a Política Industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior do governo federal), que visa fortalecer a indústria brasileira, dando maior autonomia ao País em relação à produção de tecnologias estratégicas ao SUS. Nessa perspectiva, as Parcerias para Desenvolvimento Produtivo (PDP) tiveram grande impulso, sendo estabelecido um primeiro marco regulatório (Portaria nº 837/2012), mediante acordos de cooperação entre instituições (públicas e privadas), para desenvolvimento, transferência, absorção de tecnologia e capacitação produtiva do País em produtos estratégicos para o SUS.

O fato de o Brasil dispor de uma rede de laboratórios públicos foi determinante para viabilizar o cumprimento dos dispositivos constitucionais relativos à C&T e ao o estabelecimento das PDP:

> *[...] a existência de uma rede de laboratórios oficiais sempre teve grande importância. Tanto é que a política da PDP só foi possível fazer com a parceria dos laboratórios públicos.* (José Gomes Temporão).

De acordo com dados do MS, até setembro de 2014, foram formalizadas 104 parcerias (envolvendo 57 laboratórios privados e 19 laboratórios púbicos oficiais), que resultaram em 101 produtos (sendo 66 medicamentos, 7 vacinas – 6 já são adquiridas pelo Programa Nacional de Imunizações, 27 produtos para saúde e 5 projetos de pesquisa e desenvolvimento). Desses produtos, 29 já possuem registro na Anvisa, dos quais 9 são adquiridos pelo DAF (BRASIL, 2014A).

Dada a relevância que a política industrial da saúde assumiu para o Estado brasileiro, houve atualização do marco regulatório das PDP, estabelecido por meio da Portaria nº 2.531/2014. O novo marco também foi motivado por denúncias e investigações envolvendo o laboratório Labogen S/A Química Fina e Biotecnologia na Operação Lava Jato da Polícia Federal, iniciada em março de 2014 para investigar um esquema bilionário de desvio e lavagem de dinheiro envolvendo a Petróleo Brasileiro S/A (Petrobras), diante de possíveis irregularidades nos contratos,

com suspeita de envolvimento de propinas para a execução do acordo.

Apesar do potencial que vem sendo identificado por meio das PDP, essa estratégia divide opiniões, entre sanitaristas, sob o argumento de possíveis riscos e limitações inerentes à relação público-privada, exigindo que outras estratégias sejam pensadas – entre elas, a revisão da legislação de patentes – para garantir a sustentabilidade do SUS. Nesse sentido, um debate sobre essa pauta tem ocorrido, desde 2011, na Câmara dos Deputados, por meio do Centro de Estudos e Debates Estratégicos, resultando na publicação 'A revisão da Lei de Patentes: inovação em prol da competitividade nacional', que serviu de base para o Projeto de Lei nº 5.402/2013, em tramitação, de autoria dos deputados Newton Lima – PT, do Estado de São Paulo – e Dr. Rosinha – PT, do Estado do Paraná –, propondo, entre outros aspectos: limitar a duração do prazo das patentes (de 20 para 10 anos); alterar o rigor dos critérios de patenteabilidade; modificar o dispositivo sobre a anuência prévia da Anvisa; e instituir o mecanismo do uso público não comercial.

Também no âmbito do poder Legislativo, há outro movimento importante para a área de C&T referente à promulgação da EC nº 85/2015, resultante da Proposta de Emenda Constitucional (PEC) nº 290/2013, de autoria da deputada Margarida Salomão – PT, do Estado de Minas Gerais –, que altera e adiciona dispositivos na Constituição para atualizar o tratamento das atividades de ciência, tecnologia e inovação.

Discussão

No período analisado, a participação de intelectuais orgânicos vinculados ao movimento sanitário e à questão MAF no âmbito do Estado, na busca por hegemonia, oportunizou a produção de fatos políticos que resultaram em políticas farmacêuticas consoantes ao projeto da RSB, representado no relatório da VIII CNS, conforme examinado por Paim (2008). Destaca-se, neste processo, a articulação de aspectos relativos à oferta e à disponibilidade de medicamentos aos componentes industrial, tecnológico, dos serviços farmacêuticos, das práticas integrativas e do uso racional.

Vale comentar que a pauta de medicamentos era componente importante na campanha de governo (2002) do então candidato Lula, ainda que sob o aspecto mercadológico-político, que se expressou principalmente no PFPB. Esse, por sua vez, diferente do conceito de estratégia programática proposto por Testa (1995), foi criado por uma decisão política e não técnica, o que pode auxiliar na compreensão da descontinuidade que caracteriza o programa na conjuntura atual, na qual a modalidade rede própria foi finalizada por decisão do Executivo, apesar de protestos da sociedade.

As políticas instituídas nesse período se inseriram na perspectiva de expansão do consumo, existente em outras políticas sociais do Governo Lula, para favorecer o desenvolvimento econômico. A criação de condições para a ampliação do consumo de medicamentos também estendeu a necessidade de produção, mantendo-se, assim, o ciclo produtivo econômico (MARX, 1996) da saúde no País. Esse estímulo ao consumo foi captado pelo mercado como oportunidade para produzir novas necessidades sociais (HELLER, 1986) e assegurar a manutenção do ciclo produtivo econômico por meio de sua força expansionista, com implicações para o Estado. As demandas judiciais se ampliaram nesse contexto, quando o mercado identificou as fragilidades do Estado para assegurar e regular esse direito ao medicamento (como necessidade de existência), firmado na Constituição e na Lei nº 8.080/1990.

Particularmente no período Dilma, houve continuidade das políticas instituídas, ampliando as ações relativas à C&T e de acesso aos medicamentos, mas com dificuldades para maiores avanços diante da conjuntura

econômica e da intensificação dos conflitos na relação Estado-mercado-sociedade. Estes conflitos têm sido ampliados proporcionalmente à interferência dos interesses do capital, constatada, por exemplo, nos debates de normas sanitárias, como na regulação da propaganda de medicamentos e dos fármacos anorexígenos. Isto indica que, apesar do movimento de mudança que caracterizou o período analisado, tem havido predominância da dimensão econômica em detrimento da dimensão sanitária relativa à questão MAF.

Considerando que a conjuntura atual é caracterizada pela permanência e pela ampliação de conflitos, há necessidade de condução de novos processos, visando produzir uma relação de forças que seja capaz de evitar a continuidade de perdas de conquistas alcançadas e de elaborar meios de enfrentamento, a fim de garantir o direto à saúde e à assistência farmacêutica, conforme previsto na Constituição, e coerente ao projeto de transformação social defendido pelo movimento sanitário.

Conclusões

A análise dos fatos produzidos nesse período, bem como a identificação dos atores envolvidos, dos conflitos e das estratégias utilizadas evidencia um momento de avanços na instituição de políticas farmacêuticas, com conquistas significativas, ao tomar como referência a RSB. Contudo, o melhor entendimento deste processo deve estar amparado nos fatos políticos antecedentes relativos à questão MAF e à RSB, aspectos estes examinados amplamente na pesquisa que originou o presente artigo.

Colaboradores

Os autores participaram de todas as etapas, incluindo a concepção, a interpretação dos dados, a elaboração do texto e a revisão final do artigo.

Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), ao MS e ao Observatório de Análise Política em Saúde. ■

Referências

ALENCAR, T. O. S. *A Reforma Sanitária Brasileira e a questão medicamentos/assistência farmacêutica*. 2016. 439 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

ALENCAR, T. O. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Assistência Farmacêutica no Programa Saúde da Família: encontros e desencontros do processo de organização. *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3939-3949, set. 2011.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 7. ed. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Os 10 anos da Política Nacional de Assistência Farmacêutica:* PNAF. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/janeiro/08/Avaliacao-PNAF.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2016.

_____. Ministério da Saúde. *Os 10 anos do Programa Farmácia popular do Brasil*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014b.

CORDEIRO, H. A política de medicamentos. In: GUIMARÃES, R. (Org.). *Saúde e medicina no Brasil:* contribuição para um debate. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978, p. 253-265.

COSTA, K. S.; NASCIMENTO JÚNIOR, J. M. HÓRUS: inovação tecnológica na assistência farmacêutica no sistema único de saúde. *Revista de Saúde Pública,* São Paulo, v. 46, p. 91-99, 2012.

COUTINHO, C. N. *O leitor de Gramsci*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

DOMINGUEZ, B. Passos decisivos em produção e inovação. *Radis,* Rio de Janeiro, n. 78, p. 11-13, fev. 2009. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/78/reportagens/passos-decisivos-em-producao-e-inovacao>. Acesso em: 2 fev. 2017.

GADELHA, C. A. G.; MALDONADO, J. M. S. V. O papel da inovação na indústria farmacêutica: uma janela de oportunidade no âmbito do complexo industrial da saúde. In: BUSS, P. M.; CARVALHEIRO, J. R.; CASAS, C. P. R. (Org.). *Medicamentos no Brasil:* inovação e acesso. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 41-59.

HELLER, A. *A teoria das necessidades em Marx*. Barcelona: Península, 1986.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Nacional de Saúde: 2013*. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2015.

LEDOGAR, R. J.; KUCINSKI, B. *Fome de lucros:* atuação das multinacionais de alimentos e remédios na América Latina. São Paulo: Brasiliense, 1977.

MARX, K. Introdução à crítica da Economia Política. In: MARX, K. *Os pensadores*. São Paulo: Nova Cultural, 1996, p. 25-54.

MATUS, C. *Teoria do jogo social*. São Paulo: Fundap, 2005.

NASCIMENTO, A. C. *Propaganda de medicamentos:* É possível regular? 2007. 286 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

PACHECO, M. V. *Indústria farmacêutica e segurança nacional*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968.

PAIM, J. S. *Reforma Sanitária Brasileira:* contribuições para compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

SILVA, R. M.; CAETANO, R. Programa Farmácia Popular do Brasil caracterização e evolução entre 2004-2012. *Ciência e Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 2943-2956, out. 2015.

SOUTO, A. C. *Processo de gestão na Agência Nacional de Vigilância sanitária* – Anvisa. 2007. 191 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde

Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

SOUZA, L. E. P. F. *et al*. Acompanhamento das decisões judiciais relativas à saúde. In: OBSERVATÓRIO DE ANÁLISE POLÍTICA EM SAÚDE, 2017, Salvador. *Relatório Acompanhamento de Políticas.* Salvador: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/matriz/analises/1/>. Acesso em: 8 jul. 2017.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. A política de saúde no governo Lula e a dialética do menos pior. *Saúde em Debate,* Rio de Janeiro, v. 29, n. 71, p. 268-283, set./dez. 2005. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/6037>. Acesso em: 2 fev. 2017.

TERRAZAS, F. Novos elementos no cenário da judicialização da saúde: análise das decisões dos tribunais superiores. In: SANTOS, L.; TERRAZAS, F. *Judicialização da Saúde no Brasil*. Campinas: Saberes, 2014.

TESTA, M. *Pensamento estratégico e lógica de programação*: o caso da saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

_____. Vida. Senãs de Identidad (Miradas al Espejo). *Salud Colectiva,* Buenos Aires, v. 1, n. 1, p. 33-58, 2005.

WORD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *The Pursuit of Responsible Use of Medicines:* Sharing and Learning from Country Experiences. [S. l.]: WHO, 2012. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75828/1/WHO_EMP_MAR_2012.3_eng.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2016.

YAMAUTI, S. M.; BARBERATO-FILHO, S.; LOPES, L. C. Elenco de medicamentos do Programa Farmácia Popular e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 31, n. 8, p. 1648-1662, ago. 2015.

Recebido para publicação em junho de 2017
Versão final em agosto de 2017
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: Pesquisa vinculada ao Projeto Análise de Políticas de Saúde no Brasil (2003-2017), apoiado pelo CNPq e Ministério da Saúde (Chamada MCTI / CNPq / CT-Saúde / MS / SCTIE / Decit N º 41/2013)

Análise das emendas parlamentares ao Programa Mais Médicos: o modelo de formação médica em disputa*

Analysis of the parliamentary amendments to the Mais Médicos Program: the medical training model in dispute

Felipe Proenço de Oliveira[1], Ana Maria Costa[2], Antonio José Costa Cardoso[3], Josélia de Souza Trindade[4], Iêda Maria Ávila Vargas Dias[5]

RESUMO Pesquisa documental qualiquantitativa que analisa o processo legislativo e atos normativos do Programa Mais Médicos. O estudo categoriza 575 emendas apresentadas e as alterações na Medida Provisória. Evidencia o conjunto dos interesses e disputas envolvidos no processo, seja aperfeiçoando ou desvirtuando. Ressalta os confrontos nas emendas que atendem a interesses corporativos e aquelas aliadas ao princípio constitucional da universalidade, resultando em mudanças principalmente no Capítulo da Formação Médica. Conclui que a polêmica e o acirramento entre posições ideológicas não comprometeram a iniciativa governamental de diminuir a carência de médicos e fixá-los em áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde (SUS).

PALAVRAS-CHAVE Saúde coletiva. Médicos de atenção primária. Médicos graduados estrangeiros.

ABSTRACT *Qualitative-quantitative documentary research, which aimed to analyze the Mais Médicos (More Doctors) Program legislative process and normative acts. The study categorizes the 575 amendments submitted and the changes in the Provisional Measure. It shows the set of interests and disputes involved in the process, resulting in changes mainly in the Medical Education Chapter. It highlights the clashes in the amendments that serve corporate interests and those allied to the constitutional principle of universal health. It concludes that the controversy, interests and dispute among ideological positions did not compromise the governmental initiative to reduce the shortage of doctors for the Public Health System (SUS).*

KEYWORDS *Public health. Physicians primary care. Foreign medical graduates.*

*Também contribuíram para o artigo Natália Regina Alves Vaz Martins e Leonor Maria Pacheco Santos.

[1] Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Centro de Ciências Médicas, Departamento de Promoção da Saúde – João Pessoa (PB), Brasil. *proenco@hotmail.com*

[2] Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal (ESCS) – Brasília (DF), Brasil. *dotorana@gmail.com*

[3] Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), Instituto de Humanidades, Artes e Ciências – Itabuna (BA), Brasil. *antoniojcardoso@gmail.com*

[4] Universidade de Brasília (UnB), Departamento de Saúde Coletiva – Brasília (DF), Brasil. *joselia.trindade@gmail.com*

[5] Universidade de Brasília (UnB), Departamento de Saúde Coletiva – Brasília (DF), Brasil. *iedavargasdias@gmail.com*

 DOI: 10.1590/0103-11042017S305

Introdução

Segundo pesquisa domiciliar realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2011) em todas as unidades da federação no período de 3 a 19 de novembro de 2010 com amostra de 2.773 pessoas, a falta de médicos era considerada o principal problema do Sistema Único de Saúde (SUS) por 58,1% dos entrevistados, enquanto aumentar o número de médicos foi a principal medida sugerida para melhorar o atendimento em centros de saúde (46,9%), serviços especializados (37,3%) e de urgência e emergência (33,0%).

O Programa Mais Médicos (PMM) integra um conjunto estratégico de ações do governo federal para melhorar o acesso e a qualidade do SUS por meio de mudanças na formação médica, investimentos em infraestrutura das unidades básicas de saúde e provimento de médicos para atuação nas regiões subservidas, de grande vulnerabilidade social e sanitária, seja em municípios pequenos ou médios, seja na periferia dos grandes centros (OLIVEIRA *ET AL.*, 2015; SANTOS *ET AL.*, 2015).

Segundo a pesquisa Demografia Médica no Brasil, publicada em 2013, havia uma razão média de 1,95 médico por mil habitantes (SCHEFFER, 2013). Esse número, porém, contabilizava médicos com duplo registro e sem limite de idade; o Ministério da Saúde utilizava a estimativa de 1,83 médico por mil habitantes (BRASIL, 2015). Esse indicador (seja 1,83 ou 1,95 médico por mil habitantes) é bem inferior ao de outros países da América do Sul, de Portugal e da Espanha (CARRYL; ROSSATO; PRADOS, 2016).

Com base nessas estimativas, o governo federal traçou metas e definiu estratégias para ampliar o provimento de profissionais médicos para atuação na atenção básica, visando atingir 2,7 por mil habitantes em 2026.

O PMM foi proposto pelo governo federal por meio da Medida Provisória (MP) nº 621, de 08 de julho de 2013, publicada no Diário Oficial da União em 09 de julho de 2013 (BRASIL, 2013B). Em 10 de julho, houve a republicação do inciso II do *caput* do art. 4º dessa MP, por ter sido constatada incorreção (ANDRÉS; CARVALHO, 2013). Após publicação, a MP passou a ser debatida pelo Congresso Nacional, tendo recebido 575 propostas de emendas. No dia 22 de outubro do mesmo ano, a MP foi aprovada com alterações, passando então à condição de Lei nº 12.871 (BRASIL, 2013A).

O Programa tem oito objetivos relacionados com a formação e desenvolvimento de recursos humanos para o SUS, a saber: diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS; fortalecer a prestação de serviços na atenção básica em saúde no País; aprimorar a formação médica no País e propiciar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação; ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS; fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço; promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras; aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e funcionamento do SUS; estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS (BRASIL, 2013A).

As chamadas para contratação de médicos, realizada por meio de editais, permitem a participação tanto de médicos brasileiros, formados no Brasil e em outros países, quanto de profissionais estrangeiros. Para atuar nos municípios que aderiram ao PMM, os médicos selecionados recebem uma bolsa mensal, que é paga pelo Ministério da Saúde, ficando o município responsável pelas despesas de moradia e alimentação, além de transporte para a realização das atividades de atenção à saúde (OLIVEIRA *ET AL.*, 2015).

O contrato tem duração de três anos, podendo ser renovado apenas uma vez, por igual período, para os médicos com registro no Brasil previamente ao Mais Médicos (BRASIL, 2013A). A possibilidade de prorrogação foi estendida para os médicos estrangeiros posteriormente, em 2016, por meio de nova MP apresentada pelo Governo Dilma

Rousseff. A MP foi aprovada sem modificações, tendo sido convertida na Lei nº 13.333, de 12 de setembro de 2016, possibilitando a permanência de todos os médicos por três anos além do período previsto inicialmente. No caso da cooperação com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), que viabilizou a participação dos médicos cubanos, decidiu-se pela prorrogação somente no caso de médicos que se casaram com brasileiros.

O médico estrangeiro selecionado pelo PMM desenvolve suas atividades autorizado por registro provisório que, segundo a MP nº 621, deveria ser fornecido pelos Conselhos Regionais de Medicina (CRM). Todavia, durante os debates para sua conversão na Lei nº 12.871, isso passou a ser responsabilidade do Ministério da Saúde. A licença permite atuar somente durante o prazo estabelecido no Programa e restringe o exercício das atividades clínicas às unidades básicas de saúde do município onde o profissional foi alocado.

Desde o início, quando da publicação da MP nº 621, determinou-se que as vagas seriam primeiramente destinadas aos médicos com registro no Brasil, ou seja, formados em instituições nacionais ou com diploma revalidado. Em um segundo momento, as vagas seriam ofertadas para médicos de nacionalidade brasileira com atuação profissional em outros países. As vagas restantes deveriam ser preenchidas por médicos estrangeiros que se formaram no exterior; e, somente em última instância, deve ser acionada a cooperação internacional com a Opas, que estabeleceu uma parceria com o governo cubano para essa finalidade.

O PMM estabelece ainda que os médicos selecionados devem obrigatoriamente participar de curso de especialização em saúde da família buscando integrar ensino e serviço. O Curso é oferecido na modalidade de educação a distância por meio da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). O acompanhamento do desempenho dos médicos, bem como o apoio à sua participação na especialização, é realizado por tutores e supervisores vinculados às universidades públicas que aderiram à iniciativa. Os médicos devem cumprir 32 horas semanais de atividades práticas nas unidades básicas de saúde e 8 horas de atividades teóricas no curso de especialização (BRASIL, 2013A).

No primeiro ano de implantação, de agosto de 2013 a setembro de 2014, houve o provimento de 14.462 médicos, sendo 1.846 médicos formados no Brasil, 1.187 intercambistas formados em outros países e 11.429 cooperados vindos de Cuba (BRASIL, 2015). O Programa atraiu médicos de 47 diferentes nacionalidades no período 2013-2014 (OLIVEIRA *ET AL.*, 2015). Completados dois anos, em 2015, havia 18.240 médicos atuando em 4.058 municípios (73% dos municípios brasileiros) e nos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (BRASIL, 2015). Se em um primeiro momento 85% das vagas demandadas pelos municípios foram preenchidas por médicos estrangeiros, a fase seguinte mostra um perfil com composição diferente, traduzindo a mudança de aceitação dos profissionais nacionais ao referido Programa, de início duramente criticado pelas entidades médicas (CARVALHO, 2014). Dessa forma, os médicos com registro no Brasil, que em 2014 eram 6,5% dos participantes no Programa, passaram a representar 29% em 2015 (BRASIL, 2015).

Diversos estudos que avaliaram o provimento de médicos pelo Programa demonstraram que houve redução no número de municípios com escassez de médicos, ocorreu uma expansão no acesso aos serviços de saúde nas regiões mais vulneráveis e houve redução nas internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde (APS) nos municípios participantes, com satisfação bastante positiva dos usuários e gestores (COMES *ET AL.*, 2016; GIRARDI *ET AL.*, 2016; SANTOS *ET AL.*, 2017).

Com o intuito de incidir sobre o processo de formação de profissionais médicos no Brasil, foi elaborado um plano de expansão de vagas na graduação e na residência em medicina em todo o País, envolvendo instituições públicas e privadas, proporcionando a descentralização da formação e a interiorização

das Instituições de Ensino Superior (BRASIL, 2015). Essas ações estão sob a responsabilidade do Ministério da Educação (MEC) em conjunto com o Ministério da Saúde.

Entretanto, nem todas as características do PMM relacionadas nos parágrafos acima integravam a redação do texto da MP nº 621. As emendas apresentadas para alteração da MP modificaram aspectos do Programa tanto no provimento emergencial de médicos, representado pelo Capítulo IV da Medida, quanto na abertura de cursos de medicina e formação médica no Brasil (Capítulos II e III), tendo sido incorporadas à versão final do texto da Lei nº 12.871.

Dessa forma, este artigo tem como objetivo analisar os avanços e retrocessos registrados nos atos normativos que instituíram o Programa, ou seja, os interesses em disputa identificados na análise das emendas à MP nº 621 até sua conversão à Lei nº 12.871, à luz dos princípios constitucionais do SUS.

Metodologia

Para realizar esta pesquisa documental, optou-se por abordagens quantitativa e qualitativa. Para fins de análise, o núcleo temático das 575 emendas propostas à MP foi classificado, de modo independente, por dois pesquisadores. Um terceiro autor deste estudo ajuizou os casos de classificação divergente. Os dados foram tabulados, e a frequência simples foi calculada.

O método qualitativo é adequado quando o objetivo é conhecer, descrever e interpretar um fenômeno. Para Minayo (2010), a pesquisa qualitativa constitui uma possibilidade para conseguir não só uma aproximação com aquilo que se deseja conhecer e estudar, mas também de criar o conhecimento partindo da realidade.

Realizou-se a análise das peças legislativas a partir da sua estrutura: epígrafe (natureza, número e data); ementa (descrição sucinta do seu conteúdo); preâmbulo (justificativa); corpo da norma (texto relacionado com a matéria); fecho (medidas necessárias à implementação, disposições transitórias, cláusula de vigência e cláusula de revogação); assinatura e anexos.

A análise da forma das emendas apresentadas à MP nº 621/2013 e da Lei nº 12.871/2013 foi orientada pela Lei Complementar nº 95/1998, que define o modo como devem ser grafados a epígrafe, a ementa e o preâmbulo de leis, decretos e demais atos de regulamentação expedidos por órgãos do Poder Executivo (BRASIL, 1998).

Quanto à análise do conteúdo, foram realizadas leituras sucessivas, identificação de núcleos de conteúdo, comparação, quantificação quando pertinente e interpretação (MINAYO, 2010). O objetivo da interpretação foi tentar perceber os significados muitas vezes não expressos no corpo da norma, à luz do contexto histórico e institucional, no cenário da dinâmica política registrada no processo parlamentar que tratou do PMM.

Resultados e discussão

O PMM foi instituído por MP sob a justificativa de relevância e urgência. Segundo o art. 62. da Constituição Federal (CF) de 1988, o Presidente da República pode adotar esse dispositivo, mas tais medidas perdem sua validade se não forem convertidas em lei no prazo de 60 dias. Houve pedido de solicitação do prazo inicial, fazendo com que a Lei fosse aprovada em outubro de 2013 em tempo hábil.

Identificaram-se significativas alterações entre os atos normativos referidos, evidenciando o conjunto dos interesses envolvidos no processo tanto no sentido de seu aperfeiçoamento como do seu desvirtuamento. Tais mudanças serão apresentadas conforme a ordem em que aparecem na Lei, acompanhadas de discussão sobre as emendas relacionadas e as motivações que levaram à redação final.

Os temas abordados pelas emendas propostas à MP foram classificados utilizando os passos descritos na metodologia e estão apresentados na *tabela 1* e na *tabela 2:*

Tabela 1. Emendas apresentadas à Medida Provisória nº 621/2013 segundo o Capítulo no qual a alteração foi proposta. Brasil, 2013

Capítulo da Medida Provisória	Nº de Emendas	Percentual
II Autorização para Funcionamento dos Cursos de Medicina	65	11,3
III Formação Médica no Brasil	95	16,5
IV Projeto Mais Médicos para o Brasil	357	62,1
V Disposições Finais	42	7,3
Emendas não relacionadas com o Programa Mais Médicos	16	2,8
Total	**575**	**100,0**

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 2. Emendas apresentadas à Medida Provisória nº 621/2013 segundo o núcleo temático de seu conteúdo e em ordem decrescente de ocorrência. Brasil, 2013

Capítulo	Núcleo Temático da Emenda	Quantidade	Percentual
IV	Exige revalidação dos diplomas médicos obtidos no exterior	90	15,6
II	Modifica critérios para os novos Cursos de Medicina	65	11,3
III	Modifica ou regulamenta o Segundo Ciclo do Curso de Medicina	64	11,1
IV	Veda a prorrogação do período de participação	37	6,4
IV	Dispõe sobre outras propostas relacionadas com o Projeto Mais Médicos para o Brasil	36	6,3
IV	Regulamenta valores de Bolsas e Ajudas de Custo para os Integrantes do PMM	34	5,9
IV	Garante direitos trabalhistas	32	5,6
III	Suprime o Segundo Ciclo do Curso de Medicina	31	5,4
IV	Responsabiliza o supervisor pelas ações do médico	28	4,9
Diversos	Dispõe sobre outras propostas não relacionadas com o Programa Mais Médicos	24	4,2
IV	Exige do médico intercambista proficiência em língua portuguesa	20	3,5
V	Retira do Ministério da Saúde e Ministério da Educação a possibilidade de acordos ou transferências para entidades privadas	18	3,1
IV	Institui por Lei o Revalida e o regulamenta	17	3,0
IV	Modifica documentação exigida para ingresso no programa	17	3,0
IV	Retira a obrigação do CRM de expedir o registro provisório	16	2,8
V	Suprime Bolsa da EBSERH	16	2,8
IV	Propõe critérios para Supervisão e Tutoria do Médico Intercambista	15	2,6
IV	Exige respeito aos Princípios de Reciprocidade entre os países	15	2,6
Total		**575**	**100**

Fonte: Elaboração própria.

Agregadas no núcleo temático 'Dispõe sobre outras propostas relacionadas ao Projeto Mais Médicos para o Brasil', encontram-se emendas com objetivos diversos: emendas que pretenderam modificar o mecanismo de avaliação no ingresso do médico intercambistas no Projeto, proibir que os dependentes legais do médico intercambista exercessem atividades remuneradas no Brasil e duas emendas que visavam substituir o Segundo Ciclo do Curso de Medicina por 'serviço social profissional obrigatório'.

Quanto ao 'serviço social profissional obrigatório', Rezende (2013) reconhece a validade da criação, por lei, de serviços civis obrigatórios, mas argumenta que a instituição de treinamento em serviço para estudantes de medicina desenvolvido exclusivamente no âmbito do SUS com um caráter híbrido de requisito de formação profissional e serviço civil obrigatório padeceria de vício de inconstitucionalidade por ausência do pressuposto de urgência, ao qual se refere o art. 62. da CF.

Já entre as emendas agrupadas no núcleo temático 'Dispõe sobre outras propostas não relacionadas ao PMM', chamou a atenção a diversidade das propostas do tipo 'jabuti' (como são tratados no jargão da Câmara), ou seja, aquelas emendas em completa dissonância em relação ao objeto da MP. Nesse grupo, destacam-se a 'isenção de multas de dívidas de estados e municípios' e a 'extinção do Exame da Ordem dos Advogados do Brasil', sendo esta última de proposição do Deputado Eduardo Cunha.

Ao comparar o texto da MP com a Lei, observa-se que, na epígrafe da Lei, foram introduzidas referências às modificações nas Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, que não existiam na MP. Os aspectos de acréscimos ou mudanças de legislação anterior que a MP incorporou são inerentes ao processo legislativo que sempre deve cuidar de verificar como o tema é tratado em outras leis para que não ocorram incoerências ou contradições.

Na Lei nº 8745, que dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender à necessidade temporária de excepcional interesse público, foi acrescida no art. 2º a admissão de professores para suprir demandas excepcionais de programas e projetos que visam ao aperfeiçoamento de médicos de atenção básica. A inclusão foi fruto de emendas que discutiam a necessidade de mais docentes em instituições federais de ensino superior para viabilizar a abertura de vagas em cursos públicos de medicina. Projetava-se na época a abertura de mais 38 cursos públicos de medicina, especialmente em regiões interioranas e de fronteira (COSTA *ET AL.*, 2015).

Na Lei nº 6.932, que dispõe sobre as atividades do médico residente, foi acrescido no art. 1º o parágrafo 3º que especifica que a residência médica constitui modalidade de certificação das especialidades médicas no Brasil e determina regras para as instituições certificadoras. Essa inclusão está diretamente relacionada com emendas que extinguiram o Segundo Ciclo formativo no PMM e que tiveram como consequência mudanças no formato de ingresso na residência médica por meio da especialidade de Medicina Geral de Família e Comunidade.

Apresenta-se a seguir a análise do corpo das normas.

Ao comparar o corpo da MP com a Lei, não se observam alterações no texto no Capítulo I – Disposições Gerais, tendo em vista que não foram apresentadas emendas relacionadas com esse capítulo.

No Capítulo II, que trata 'Da Autorização para o Funcionamento de Cursos de Medicina', foram acrescentados parágrafos que reafirmaram o disposto na MP sobre a obrigatoriedade de critérios de necessidade social para a oferta do Curso de Medicina, mas que se diferenciaram da MP ao permitir: a abertura de cursos a partir da iniciativa de unidades hospitalares que fossem certificadas como de ensino ou que possuíssem pelo menos dez programas de residência médica; e ao estender os parâmetros de rede de serviços de saúde aos cursos já existentes por

meio da incorporação desses requisitos no Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes). Tais conteúdos foram incorporados a partir de emendas que geraram o segundo principal núcleo temático analisado, relativo a modificações na abertura dos cursos de medicina.

Essas modificações definiram um novo marco regulatório para a abertura de cursos de medicina no Brasil, pois passaram a exigir que sejam avaliados critérios relacionados com a necessidade social dessa formação médica e a condicionar a criação do curso de graduação à estrutura da rede de serviços de saúde. Com isso, estabeleceu-se regulamentação específica para os cursos de graduação de medicina que extrapola a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional.

Tais mudanças estão em consonância com a proposição de uma comissão internacional de especialistas em educação médica que sugere uma terceira geração de reformas na educação médica, evoluindo de um primeiro modelo, fortemente influenciado pelo Relatório Flexner, em que os currículos são baseados no paradigma científico, passando por uma geração na qual as escolas adotam a formação baseadas em problemas e chegando no modelo mais atual de sistemas de educação integrados aos sistemas de saúde e de ciência, tecnologia e inovação, dialogando com a importância do desenvolvimento de competências locais que tenham um olhar global (FRENK *ET AL.*, 2010). Mesmo assim, as entidades corporativas foram contrárias às mudanças propostas, defendendo que novos cursos de medicina deveriam ser criados somente se houvesse hospitais universitários.

No Capítulo III, 'Da Formação Médica no Brasil', o texto sofreu significativas alterações. O art. 4º teve seu *caput* alterado, e foram retirados os incisos I e II, seguidos dos parágrafos 1º, 2º e 3º. Os parágrafos eliminados referiam-se à proposta de um Segundo Ciclo na formação médica envolvendo treinamento em serviço, exclusivamente na atenção básica à saúde e em urgência e emergência no âmbito do SUS, com duração mínima de dois anos. Nessa segunda fase, além da supervisão acadêmica da instituição de educação superior, o estudante se submeteria à supervisão técnica de médicos detentores de título de pós-graduação e receberia bolsa custeada pelo Ministério da Saúde (art. 4º, §§ 2º e 3º). A proposição do Segundo Ciclo foi uma das principais motivações para a Associação Brasileira de Educação Médica ter se posicionado contra a MP (GOMES; MEHRY, 2017).

Mesmo com a retirada do Segundo Ciclo, a Lei incorporou a necessidade de pelo menos 30% das atividades do internato ocorrerem em serviços de atenção básica e urgência e emergência no SUS (como previa o desenvolvimento de todo o novo ciclo de formação) e tornou obrigatório o cumprimento das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), as quais anteriormente só estavam previstas em portarias do MEC. Respeitou-se, ainda, o tempo mínimo de dois anos de internato, a ser disciplinado nas DCN.

Apesar da publicação por portaria das DCN de 2001 que preveem uma maior inserção dos estudantes na atenção básica, concluiu-se que ainda era insuficiente a atuação nesses serviços, mesmo em cursos orientados por essas diretrizes anteriores implantadas (ALMEIDA *ET AL.*, 2007). Portanto a disposição de um percentual em lei do período mínimo de atividades nesse nível de atenção configura-se como uma nova iniciativa de regulação da inserção nos serviços que precisará ser avaliada quanto a sua efetividade, ainda mais considerando as resistências quanto a práticas inovadoras de ensino.

O *caput* do art. 5º que trata sobre a residência médica foi modificado, e foram retirados os parágrafos 1º, 2º, 3º, 4º, mudanças realizadas com a finalidade de excluir o Segundo Ciclo da redação da Lei e incorporar as propostas relativas à formação no ingresso da residência médica. Dessa forma, manteve-se a duração do curso de medicina, que habilita o médico para o exercício

profissional, em seis anos, mas modificou-se o percurso para a formação do especialista, que passa a ter uma inserção importante na atenção básica com a Medicina Geral de Família e Comunidade (MGFC) e previsão de oferta de vagas para todos os concluintes da graduação, meta a ser implantada progressivamente até 31 de dezembro de 2018.

Estimava-se que o *deficit* na oferta de vagas para ingresso na residência médica no Brasil era de cerca de 4 mil em 2013 (BRASIL, 2015). Após a discussão no Congresso, a redação da Lei modificou a MP e incorporou um componente inédito na formação de especialistas médicos que é a universalização da residência médica, seguindo o exemplo do percurso formativo de outros países com sistemas universais de saúde onde há vagas de residência para todos os médicos que concluem a graduação (OECD, 2011).

Além disso, dialoga-se com a constatação de necessidade urgente de regular o acesso aos programas de residência médica, modificando a disponibilidade de vagas nos programas (AMORETTI, 2005). Dentro da estratégia discutida por Amoretti (2005), cita-se justamente a necessidade de ampliação de vagas na área de Medicina de Família e Comunidade (que na redação da Lei teve incluído o termo 'Geral' durante a relatoria do Congresso) já que o número de médicos com formação em atenção básica estava em patamares inferiores ao total de 5% dos médicos no Brasil (BRASIL, 2015).

O novo texto do art. 6º que orienta sobre as metas para a oferta de residência médica excluiu o parágrafo único e acrescentou os incisos I e II com as respectivas alíneas. Destaca-se a obrigatoriedade da residência em MGFC como critério de acesso à boa parcela das demais especialidades médicas. Os parlamentares, entretanto, mantiveram outras nove especialidades como de acesso direto, cabendo considerar que essas especialidades respondem por um número relativamente pequeno de vagas de residência:

> Para fins de cumprimento da meta de que trata o art. 5º, será considerada a oferta de vagas de Programas de Residência Médica nas seguintes modalidades: I - Programas de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade; e II - Programas de Residência Médica de acesso direto, nas seguintes especialidades: a) Genética Médica; b) Medicina do Tráfego; c) Medicina do Trabalho; d) Medicina Esportiva; e) Medicina Física e Reabilitação; f) Medicina Legal; g) Medicina Nuclear; h) Patologia; e, i) Radioterapia. (BRASIL, 2013A).

Acrescentou-se, ainda, o art. 7º que definiu que o 'Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade terá duração mínima de 2 (dois) anos' (BRASIL, 2013A), mas como pré-requisito para algumas especialidades consideradas básicas, definiu que somente o primeiro ano dessa residência será obrigatório:

> § 1º O primeiro ano do Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade será obrigatório para o ingresso nos seguintes Programas de Residência Médica: I - Medicina Interna (Clínica Médica); II - Pediatria; III - Ginecologia e Obstetrícia; IV - Cirurgia Geral; V - Psiquiatria; VI - Medicina Preventiva e Social. (BRASIL, 2013A).

Para as demais especialidades, deixou-se a critério do MEC, ouvidos a Comissão Nacional de Residência Médica e o Ministério da Saúde, o tempo de pré-requisito de MGFC, se um ou dois anos. Foi disciplinado ainda que o pré-requisito da MGFC seria válido somente a partir do momento em que houvesse a universalização da residência e que as atividades na rede saúde-escola dessa especialidade seriam coordenadas pelo Ministério da Saúde, que em conjunto com o MEC poderia complementar as bolsas de residência.

Ainda nesse Capítulo, outra importante mudança proposta pela relatoria do Congresso ao ouvir a Comissão de

Especialistas do MEC foi introduzida: as avaliações seriadas, a cada dois anos para o Curso de Graduação em Medicina e anualmente para os Programas de Residência Médica, sob responsabilidade de realização do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), órgão vinculado ao MEC. Essas mudanças estão em consonância com preocupações atuais na gestão acadêmica, a exemplo da implantação de instrumentos processuais como o teste de progresso (PINHEIRO *ET AL.*, 2015).

Por fim, no Capítulo III, vale destacar a inserção da Seção Única que criou o Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde (Coapes), também uma demanda apresentada pela Comissão de Especialistas do MEC à Relatoria do Projeto de Conversão em Lei com o objetivo de elencar diretrizes de pactuação entre as instâncias do SUS e as instituições de ensino, sob coordenação dos Ministérios da Educação e da Saúde:

> Art. 12º. As instituições de educação superior responsáveis pela oferta dos cursos de Medicina e dos Programas de Residência Médica poderão firmar Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde com os Secretários Municipais e Estaduais de Saúde, na qualidade de gestores, com a finalidade de viabilizar a reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas de Residência Médica e a estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade, além de permitir a integração ensino-serviço na área da Atenção Básica. (BRASIL, 2013A).

Conforme a *tabela 1,* 62% das emendas foram relativas ao Capítulo IV, 'Do Projeto Mais Médicos para o Brasil', tema de grande polêmica naquele momento por permitir o ingresso de médicos estrangeiros sem a realização do Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos (Revalida). Esse foi o Núcleo Temático com mais proposições conforme a *tabela 2*, com um total de 90 emendas solicitando a obrigatoriedade do exame. A exigência do Revalida foi um dos temas principais de mobilização das entidades médicas, que defendiam o exame como garantia de qualidade do médico que seria inserido no mercado de trabalho brasileiro (GOMES; MEHRY, 2017). Mesmo assim, a Lei não incluiu o Revalida, modificando somente o tempo de duração e o formato de avaliação do módulo de acolhimento e avaliação realizado quando do ingresso de médicos com registro no exterior.

O argumento que embasou a negativa dessas emendas era de que o Revalida era um exame de caráter restritivo, que não possuía um parâmetro de comparação com a formação no Brasil e que, ao mesmo tempo, autorizava para o médico aprovado o exercício da medicina em qualquer serviço e localidade, favorecendo assim a má distribuição de profissionais (BRASIL, 2015).

Também no que se refere ao ingresso do médico com registro no exterior, foi incluída a necessidade de que este, além de possuir conhecimento em língua portuguesa, deverá também, de acordo com inciso específico, conhecer as normas que organizam o SUS e os protocolos e diretrizes clínicas no âmbito da atenção básica. Tais necessidades apresentadas por emendas, ao serem incorporadas na Lei, geraram modificações no Módulo de Acolhimento e Avaliação, etapa inicial obrigatória para todos os médicos com registro no exterior que ingressam no Mais Médicos.

O art. 16. teve os parágrafos 2º, 3º, 4º e 5º alterados e excluiu o parágrafo 6º da MP, retirando o papel dos CRM na emissão do registro para exercício profissional dos médicos provenientes do exterior, ficando assim redigido:

> § 2º A participação do médico intercambista no Projeto Mais Médicos para o Brasil, atestada pela coordenação do Projeto, é condição necessária e suficiente para o exercício da Medicina no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil, não sendo aplicável o art. 17 da

> Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957.
>
> § 3º O Ministério da Saúde emitirá número de registro único para cada médico intercambista participante do Projeto Mais Médicos para o Brasil e a respectiva carteira de identificação, que o habilitará para o exercício da Medicina nos termos do § 2º. (BRASIL, 2013A).

Segundo essa nova redação, ao emitir o registro único do médico intercambista, o Ministério da Saúde passa a reconhecer o exercício profissional da medicina no Brasil, prerrogativa que era exclusiva dos CRM. Mesmo assim, o Ministério da Saúde tem a obrigatoriedade de informar aos CRM os registros emitidos, que seguem com a prerrogativa de fiscalização do exercício médico. O fato de o registro profissional deixar de ser prerrogativa exclusiva dos conselhos de medicina enfrentou resistência por parte das entidades médicas incialmente, mas acabou sendo aceito durante a negociação do texto final da Lei (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2013).

Foi acrescentado um artigo relativo à concessão de pontuação adicional nos processos seletivos da residência médica para profissionais que tivessem inserção na atenção básica. Isso fez reconhecer o que já ocorria na prática com o desenvolvimento de ações como o Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica (Provab), principal iniciativa de provimento do Ministério da Saúde antes do Mais Médicos e que foi incorporado a esse programa.

O Capítulo V, de 'Disposições Finais', teve somente 7,2% de emendas apresentadas ao texto da MP, mas acabou tendo acréscimos diversos, a exemplo do art. 26. que possibilita que, além da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) também possa conceder bolsas para ações de saúde.

No art. 27., foram acrescentados dois parágrafos que regulamentaram as atividades de fortalecimento da preceptoria já propostas na MP, mas que com a Lei também passaram a ser contabilizadas na avaliação de desempenho docente e na previsão de medidas que ampliam a formação de preceptores da residência médica.

A partir das emendas, foi incluído no art. 30. da Lei o número máximo de médicos estrangeiros no Programa, que não pode exceder o equivalente a 10% dos médicos com registro no Brasil inscritos nos CRM. Além disso, estabeleceu-se um prazo de cinco anos para qualificar as unidades básicas de saúde com equipamentos e infraestrutura.

Finalizando a comparação do Capítulo V, registra-se que foram acrescidos mais três artigos que tratavam da supervisão dos médicos no Programa e do Cadastro Nacional de Especialistas. Considerando o papel do supervisor e do tutor de acompanhar as atividades dos médicos na atenção básica, foi garantida na Lei a defesa desses profissionais pela Advocacia Geral da União como representação judicial e extrajudicial.

O Cadastro Nacional de Especialistas já estava previsto em portaria do Ministério da Saúde, mas, ao ser incluído na Lei (já que não constava na MP), dispôs que a certificação de especialistas médicas se submete às necessidades do SUS e obrigou as entidades médicas a encaminhar seus registros de especialistas para o Ministério da Saúde. Entende-se que a disponibilidade dessas informações é um passo fundamental para o planejamento da gestão do trabalho e da educação na saúde (BRASIL, 2015).

Cabe ressaltar também um dispositivo proposto na Relatoria e presente no Projeto de Lei de Conversão da MP nº 621 que é o Fórum Nacional de Ordenação de Recursos Humanos na Saúde, o qual acabou não sendo incluído no texto final da Lei por demanda das entidades médicas. O Conselho Federal de Medicina (CFM) apoiou a aprovação da Lei em virtude da retirada do Fórum (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2013), que teria composição multiprofissional, com caráter consultivo e teria a finalidade de propor diretrizes para a competência de cada profissão em saúde no Brasil.

A Associação Brasileira de Medicina defendeu que o PMM criava uma 'Medicina dos Pobres', e o CFM caracterizou a MP como a maior agressão sofrida pelos médicos do Brasil, representando grave risco à saúde da população e piora da formação médica. Avalia-se que a mobilização das entidades não foi suficiente para deter o Programa, e o apoio do CFM ao texto final gerou cisão no movimento médico (GOMES; MEHRY, 2017).

Para ter validade, os atos normativos devem ser assinados pela autoridade competente. Os dois textos jurídicos foram assinados pela Presidente Dilma Rousseff, pelo Ministro da Educação Aloízio Mercadante, pelo Ministro da Saúde Alexandre Rocha Santos Padilha e pela Ministra do Planejamento, Orçamento e Gestão Miriam Belchior, e a Lei também foi assinada por Luís Inácio Lucena Adams, Advogado Geral da União do Brasil.

Considerações finais

À guisa da conclusão, pode-se aludir que a baixa razão de médicos por habitante e sua má distribuição nas regiões e municípios brasileiros são importantes desafios à universalização do acesso ao SUS e que o PMM representou uma vigorosa iniciativa governamental voltada a sanar essa carência histórica de médicos em dezenas de regiões subservidas e/ou de grande vulnerabilidade social e sanitária.

O SUS constitucional tem como princípio a universalização e a integralidade da assistência à saúde, o que exige a conformação de redes de serviços acessíveis em todo o território nacional. Entretanto, registra-se a dificuldade de garantir a presença e a fixação de médicos e de outros profissionais da equipe de saúde em muitas regiões do País. Diagnosticada a escassez, o PMM incide sobre a falta de médicos em curto e médio prazo, ao associar o provimento à ampliação e mudanças na formação do profissional, o que parece essencial para a prestação de cuidados de forma continuada aos usuários e suas famílias.

A permanência de tais profissionais facilita a criação de vínculo com as comunidades, contribuindo para que a atenção primária se consolide e favorecendo que se torne a ordenadora do cuidado e a coordenadora das redes integrais. Também favorece a compreensão dos processos de saúde e doença, permitindo aos serviços incidir sobre o conjunto de seus determinantes sociais e culturais, auxiliando na formulação de estratégias mais adequadas às necessidades da população.

Os resultados deste estudo apontam que, a despeito de ter sido duramente criticada pelas entidades médicas por ocasião do debate parlamentar, o processo desenvolvido no Congresso Nacional permitiu avanços na legislação do PMM. Destaque particular deve ser dado às DCN e à interiorização das escolas médicas, que poderá contribuir para a fixação de médicos nos respectivos territórios. A Lei do Mais Médicos estabelece-se, assim, como marco para a criação ou aperfeiçoamento de condições para um maior acesso da população brasileira aos serviços de saúde.

Com disputas que seguiram além daquele momento, as mudanças na formação curricular também foram significativas na Lei, com acréscimos importantes após a MP. Elas passaram a ter uma quase exclusividade no debate a partir do momento em que o provimento se consolidou e recebeu a aprovação da sociedade. Com isso, setores que não concordavam com as mudanças na formação, e principalmente com a regulação da formação de especialistas no País, passaram a questionar mais fortemente as disposições da Lei nesse campo, as quais evidentemente apontam para uma escola médica vinculada ao sistema de saúde e, portanto, em consonância com o debate internacional. Proposições que excluam mecanismos de regulação da formação na Lei levariam a retrocessos importantes na gestão do trabalho e da educação na saúde no SUS.

Apesar de a legislação ser estanque e a realidade dinâmica, o aprimoramento do processo de construção social e da cidadania demanda o exercício democrático do debate e do contraditório, em nome do interesse público. O árduo caminho do processo legislativo no caso da MP nº 621, orientado por forte tensão corporativa e por posições francamente contrárias à estratégia de prover profissionais médicos aos municípios, representou um momento culminante do acirramento entre posições ideológicas antagônicas que sucederam naquela casa e no País. Por isso o tema aqui abordado merece mais estudos, sob outras perspectivas e olhares. ■

Referências

ALMEIDA, M. J. Implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais na Graduação em Medicina no Paraná. *Revista Brasileira de Educação Médica,* Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 156-165, 2007.

AMORETTI, R. A Educação Médica diante das Necessidades Sociais em Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica,* Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 136-146, 2005.

ANDRÉS, A.; CARVALHO C. V. *Medida Provisória 621, de 2013.* Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2013. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/documentos-e-pesquisa/publicacoes/estnottec/notas-descritivas-sobre-medidas-provisorias/2013>. Acesso em: 16 fev. 2016.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 3 fev. 2017.

_____. Lei nº 6.932, de 7 de julho 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 7 jul. 1981. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6932.htm>. Acesso em: 3 fev. 2017.

_____. Lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público, nos termos do inciso IX do art. 37 da Constituição Federal, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 9 dez. 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8745cons.htm>. Acesso em: 3 fev. 2017.

_____. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera a Lei 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 22 out. 2013a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm>. Acesso em: 16 fev. 2016.

_____. Lei Complementar nº 95, de 26 de fevereiro de 1998. Dispõe sobre a elaboração, a redação, a alteração e a consolidação das leis e estabelece normas para a consolidação dos atos normativos que menciona. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF,

26 fev. 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp95.htm>. Acesso em: 3 fev. 2017.

_____. Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 9 jul. 2013b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/mpv/mpv621.htm>. Acesso em: 3 fev. 2017.

_____. Ministério da Saúde. *Programa Mais Médicos – dois anos:* mais saúde para os brasileiros. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/03/livro-maismedicos-2015.pdf>. Acesso em: 3 fev. 2017.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Relator da MP do Mais Médicos fecha acordo com Conselho Federal de Medicina, 2013. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/SAUDE/454027-RELATOR-DA-MP-DO-MAIS-MEDICOS-FECHA-ACORDO-COM-CONSELHO-FEDERAL-DE-MEDICINA.html>. Acesso em: 3 fev. 2017.

CARRYL, J. A. M.; ROSSATO, L.; PRADOS, R. M. N. Programa Mais Médicos. *Revista Diálogos Interdisciplinares,* São Paulo, v. 5, n. 2, p. 1-8, 2016. Disponível em: <https://revistas.brazcubas.br/index.php/dialogos/article/view/161>. Acesso em: 26 jan. 2017.

CARVALHO, F. C. A Consolidação do Programa Mais Médicos na Opinião Pública e na Cobertura Jornalística. In: CONGRESSO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO NA REGIÃO SUL, 15., 2014, Palhoça, *Anais...* Palhoça: Unisul, 2014. Disponível em: <http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/37695555/INTERCOM_SUL_2014_-_MAIS_MEDICOS_E_OPINIAO_PUBLICA_-_FERNANDA_CAVASSANA.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2017.

COMES, Y. *et al.* Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2749-2759, 2016.

COSTA, A. M. *et al.* Mais (e Melhores) Médicos. *Tempus, actas de saúde coletiva,* Brasília, DF, v. 9, n. 4, p. 175-181, dez, 2015.

FRENK, J. *et al.* Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet,* Londres, v. 376, n. 9756, p. 1923-1958, 2010.

GIRARDI, S. N. *et al.* Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2675-2684, 2016.

GOMES, L. B.; MERHY, E. E. Uma análise da luta das entidades médicas brasileiras diante do Programa Mais Médicos. *Interface – Saúde, Educação, Comunicação,* Botucatu, jul. 2017.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). *Sistema de Indicadores de Percepção Social:* Saúde. Brasília, DF: IPEA, 2011. Disponível em: <http://agencia.ipea.gov.br/images/stories/PDFs/SIPS/110207_sipssaude.pdf>. Acesso em 26: jan. 2017.

MINAYO, M. C. S. (Org.). *Pesquisa social:* teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). *Health at a Glance 2011.* [S. l.]: OECD, 2011. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en>. Acesso em: 15 mar. 2016.

OLIVEIRA, F. P. *et al.* Mais Médicos: um programa brasileiro em perspectiva internacional. *Interface – Saúde, Educação, Comunicação,* Botucatu, v. 19, n. 54, p. 623-634, 2015.

PINHEIRO, O. L. *et al.* Teste de Progresso: uma Ferramenta Avaliativa para a Gestão Acadêmica. *Revista Brasileira de Educação Médica,* Rio de Janeiro, v. 39, n. 1, p. 68-78, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v39n1e02182013>. Acesso em: 26 jan. 2017.

REZENDE, R. M. A *Constitucionalidade dos Serviços Obrigatórios e o Programa Mais Médicos*. Brasília, DF: CONLEG, 2013. Disponível em: <http://www2.senado.leg.br/bdsf/item/id/496330>. Acesso em: 26 jan. 2017.

SANTOS, L. M. P. *et al*. Implementation research: towards universal health coverage with more doctors in Brazil. *Bull World Health Organ,* [S. l.], v. 95, p. 103-112, 2017.

_____. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, p. 3547-3552, 2015.

Disponível em: <http://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2015/12/artigo28_12-2015.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2017.

SCHEFFER, M. (Coord.). *Demografia Médica no Brasil*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina, 2013.

Recebido para publicação em fevereiro de 2017
Versão final em agosto de 2017
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: Pesquisa financiada no Edital nº 41 CNPQ/MCT/Decit/MS. Processo número 40351/2013

Análise do posicionamento das Entidades Médicas – 2015-2016

Positioning analysis of Medical Entities – 2015-2016

Catharina Matos Soares[1], Mayara Santana de Freitas[2], Carmen Fontes Teixeira[3], Jairnilson Silva Paim[4]

RESUMO O objetivo deste artigo é o de relatar pesquisa que analisou o posicionamento das Entidades Médicas (EM) sobre política e sistema de saúde no Brasil em 2015 e 2016. Realizou-se o acompanhamento, processamento e classificação das notícias publicadas em três sites oficiais de EM, totalizando 648 publicações. A maior parte das publicações se encontrava no Conselho Federal de Medicina (CFM) e na Federação Brasileira dos Médicos (Fenam), sendo 44% em cada *site*. O Programa Mais Médicos e o Movimento Médico foram os temas mais frequentes nas publicações, os quais manifestaram oposição das entidades às políticas estabelecidas pelo governo federal antes do *impeachment*. Os resultados indicam que as EM defendem interesses corporativos, distanciando-se dos princípios e diretrizes da Reforma Sanitária Brasileira.

PALAVRAS-CHAVE Política de saúde. Medicina. Reforma dos serviços de saúde.

ABSTRACT *The objective of this paper is to report a research that analyzed the Medical Entities (EM) understanding on health policy and the health system in Brazil in 2015 and 2016. Monitoring, processing, and classification of news released in three official MS sites were carried out, totaling 648 subjects. Most of the publications were found in Conselho Federal de Medicina (CFM) and Federação Brasileira dos Médicos (Fenam), being 44% in each site. 'More Medical Program' and 'Medical Movement' were the most frequent themes in the publications, which expressed opposition of the entities to the policies established by the Federal Government before the impeachment. The results indicate that EM advocate corporate interests, deviating themselves from the principles and guidelines inherent to the Brazilian Health Reform.*

KEYWORDS *Health policy. Medicine. Health care reform.*

[1] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil. *catharinamatos@gmail.com*

[2] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil. *mayarafreitas.ufba@gmail.com*

[3] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil. *carment@ufba.br*

[4] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil. *jairnil@ufba.br*

DOI: 10.1590/0103-11042017S306

Introdução

A Reforma Sanitária Brasileira (RSB) vem sendo estudada como processo desencadeado em meados dos anos 1970, que envolveu múltiplos atores e implicou a produção de um conjunto heterogêneo de fatos políticos em diversos espaços. Nascido no seio da sociedade civil, a partir da articulação de um conjunto de docentes e pesquisadores, ao lado do segmento estudantil e de grupos organizados da população, o projeto da RSB caracterizou-se pela mobilização de entidades profissionais e populares em defesa da democracia, configurando-se em amplo movimento pelo reconhecimento do direito à saúde e pela construção de um sistema universal de saúde (ESCOREL, 1998; PAIM, 2008; TEIXEIRA *ET AL.* 2014).

Em sua origem, a RSB contou, entre seus protagonistas, com a participação de Entidades Médicas (EM) articuladas em torno do movimento que ficou conhecido como Renovação Médica (CAMPOS, 1988). Essa iniciativa resultou na mobilização de muitos profissionais da categoria em torno das eleições para a direção de associações, sindicatos e conselhos, aglutinando segmentos insatisfeitos com a política de saúde vigente, as condições de trabalho e remuneração dos profissionais e a condução das EM durante o regime militar (ESCOREL, 1998).

De fato, as transformações ocorridas no mercado de trabalho médico em razão do processo de expansão das empresas médicas implicou o assalariamento de grande parte do contingente de profissionais, formados, inclusive, pelas novas escolas médicas criadas após a Reforma Universitária de 1968, a maioria delas privadas (DONNANGELO, 1975). Esse processo contribuiu para o questionamento da ideologia liberal que conforma a profissão médica e estimulou a criação e fortalecimento dos sindicatos da categoria (CAMPOS, 1988; DONNANGELO, 1975), facilitando, portanto, a adesão de jovens lideranças ao movimento pela RSB, culminando com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, cujo relatório sistematiza a proposta de mudança de política e a organização dos serviços de saúde.

Estudos mais recentes sobre a RSB (BAHIA, 2010; COSTA *ET AL.*, 2013; MACHADO *ET AL.*, 2012; OCKÉ-REIS, 2012; TEIXEIRA; PAIM, 2005;) indicam continuidades e mudanças, centrando-se nos processos desenvolvidos no âmbito do Ministério da Saúde (MS) sem aprofundar a análise da participação de outros atores no processo da RSB.

Objetivando preencher essa lacuna, elaborou-se projeto de investigação que contempla o mapeamento de diversos atores políticos e a análise do seu posicionamento diante da RSB e do Sistema Único de Saúde (SUS) no período 2013-2016, na tentativa de identificar suas possíveis relações com projetos políticos em disputa na sociedade brasileira. Este estudo faz parte do eixo da pesquisa 'Análise do Processo da Reforma Sanitária Brasileira no período de 2007 a 2016', disponível em www.analisepoliticaemsaude.org, e trata, especificamente, do posicionamento das EM nos Governos Dilma Rousseff e Michel Temer, particularmente nos anos 2015 e 2016, período marcado pela implantação do Programa Mais Médicos (PMM).

Sobre a atuação política das EM, o estudo de Gomes (2016) analisou a atual configuração da categoria médica no Brasil e concluiu que tanto as EM como os militantes que atuaram por fora delas, se articularam no período de implantação do PMM, as primeiras, contrárias à implantação do Programa, e os militantes, em boa parte, em sua defesa.

Na ausência de mais pesquisas sobre o tema, indagou-se acerca do posicionamento das EM com relação à política e ao sistema de saúde na conjuntura atual e os fatos políticos produzidos por esses atores, de forma a compreender e discutir as implicações desse posicionamento para o processo de consolidação do SUS e da RSB.

Neste estudo, tratou-se, ademais, de examinar o posicionamento das EM quanto a sua aproximação e distanciamento em relação ao projeto da RSB. Assim, o estudo teve como

objetivo identificar, sistematizar e analisar o posicionamento das EM, cotejando-o com as diretrizes emanadas do governo federal em relação ao SUS no biênio 2015-2016.

Metodologia

Foram analisados os fatos políticos produzidos por três EM de caráter nacional no período 2015 e 2016, compreendendo os Governos de Dilma Rousseff e Michel Temer. Acompanharam-se diariamente, de 1º de janeiro de 2015 a 31 de dezembro de 2016, as notícias que trataram das questões relativas às políticas e o sistema de saúde brasileiro em três sites de EM, quais sejam: Conselho Federal de Medicina (CFM), disponível em http://portal.cfm.org.br/, Associação Médica Brasileira (AMB), disponível em http://amb.org.br/, e Federação Brasileira dos Médicos (Fenam), disponível em http://www.fenam.org.br/.

As notícias foram coletadas na integra e na sequência, lidas e resumidas. O resumo foi processado em planilha Excel contendo os campos data, tema e notícia; acontecimento ou fato, no resumo da notícia; fonte; e *link* para a notícia. Excluíram-se notícias de eventos, de saúde geral sem correlação com as políticas ou com o sistema de saúde brasileiro, e notícias locais. Na matriz Excel, as notícias foram classificadas em dez categorias de análise *(tabela 1)*, por tema abordado.

Tabela 1. Número de publicações no período 2015-2016, por categoria de análise

Categorias	Nº de Matérias	(%)
Programa Mais Médicos	141	21,8%
Movimento Médico	96	14,8%
Atenção à saúde	79	12,2%
Outros	77	11,9%
Conjuntura nacional	68	10,5%
Gestão do trabalho em saúde	57	8,8%
Financiamento do SUS	44	6,8%
Vigilância em saúde	43	6,6%
Saúde suplementar	30	4,6%
Políticas de saúde específicas	13	2%
Total	648	100%

Fonte: AMB (2016); CFM (2016); Fenam (2016).

A análise do conteúdo das notícias foi feita tomando como referencial o entendimento das EM como organizações que representam os interesses dessa categoria profissional, e que, como tal, participam do processo político em saúde, interferindo, direta ou indiretamente, na tomada de decisões governamentais com relação a diversos aspectos do processo de gestão do sistema de saúde, especialmente às questões relacionadas à gestão do trabalho, isto é, à geração de empregos, à distribuição territorial da força de trabalho em saúde, à política salarial e a outros aspectos relacionados, como é o caso da política de formação profissional em nível da graduação e pós-graduação, que define o

volume da oferta e perfil profissional lançado ao mercado de trabalho.

Todos esses aspectos fazem parte da agenda política das EM e constituem objeto de debate, posicionamento e negociação com as instituições do Estado responsáveis pelas políticas econômicas e sociais, particularmente nas áreas de saúde e educação. Seus posicionamentos podem ser de apoio ou rejeição das políticas governamentais, o que, em última análise, contribui para a legitimação e fortalecimento ou invalidação das propostas apresentadas. Nesse particular, a relação entre EM e instituições do Estado geram fatos políticos em saúde, ou seja, aqueles produzidos no âmbito do Estado, por seus setores e organizações, a partir da interação de distintos agentes sociais com objetivos e interesses convergentes ou divergentes e com distintas capacidades acumuladas (ALENCAR, 2016).

Resultados

As publicações analisadas apresentaram igual número para o CFM e a Fenam, ambas com 285 publicações, representando 44 % das notícias cada, e a AMB dispôs de 78 notícias, totalizando 12% da produção. Dentre elas, o 'Programa Mais Médicos' relacionou 141 matérias, englobando 'Formação Médica' e 'Programa Mais Especialidades'. As matérias relacionadas ao 'Movimento Médico' ocuparam a segunda posição, agrupando 96 publicações. Já a categoria 'Outros', reuniu o quarto maior grupo de notícias, computando 77 publicações de temas variados, como diretrizes para o parto, bioética, judicialização da saúde, regulação, o mercado de órtese e prótese, dentre outros *(tabela 2)*.

Tabela 2. Número de publicações no período 2015-2016, por entidade

Entidades	Nº de Matérias	(%)
AMB	78	12 %
CFM	285	44%
Fenam	285	44%
Total	648	100%

Fonte: AMB (2016); CFM (2016); Fenam (2016).

A polêmica em torno do PMM

Por ocasião da comemoração do segundo aniversário do PMM, as EM, por meio da Fenam, afirmaram que o governo estava sendo oportunista pela tentativa de desviar a atenção do povo brasileiro da grave crise política enfrentada pela então Presidente da República, Dilma Rousseff. No artigo 'Menos médicos e menos saúde', o presidente do CFM, menciona que os projetos governamentais na área da saúde são elaborados com apriorística atenção ao 'tempo político', imprescindível ao êxito eleitoral. Segundo ele, a população carente, a que mais precisa do SUS, seria a mais prejudicada.

> [...] Não há políticas de Estado, apenas fragmentadas políticas de governo, sem continuidade nem reverência a princípios fundamentais, que não possuem financiamento compatível nem competência administrativa, é desprovido de controle, de avaliação e de planejamento adequados, submetido ao descaso. (CFM, 2016, N. P.).

> [...] Infelizmente, o programa foi usado política e eleitoralmente. Precisamos é sair do discurso enganoso de que isso vai melhorar a saúde no Brasil. [...] Defendemos o SUS como foi concebido, que é bastante diferente da propaganda e do que aflige e faz sofrer nosso povo. (AMB, 2016, N. P.).

A insatisfação das EM com base no relatório do Tribunal de Contas da União (TCU) e do Ministério Público do Trabalho que, revelou diversas falhas nos contratos dos médicos cubanos como também na atuação dos profissionais no PMM, reacendeu as tensões entre as EM e o MS.

No congresso, em apoio à visão liberal das EM, o senador Ronaldo Caiado (Democratas – DEM-GO) e outros senadores de partidos ditos democráticos, afirmaram que o programa é um disfarce para apoiar a ditadura cubana e mandar dinheiro àquele País; e que o termo de cooperação representa um "acordo bilateral realizado entre o governo brasileiro e o de Cuba com o objetivo de transferir dinheiro à ditadura cubana" (FENAM, 2016, N. P.). Houve crítica também à Medida Provisória nº 723/16, que prorrogou a permanência dos intercambistas cubanos no PMM. Segundo as EM, o governo estava ignorando o grande contingente de médicos formados no Brasil, com diplomas válidos.

> [...] O Brasil, que passa por um período de grave recessão, continuará a enviar bilhões de reais para o exterior por meio da Organização Pan-americana de Saúde (Opas), em vez de assegurar que esses recursos fiquem em sua integralidade dentro de nossas fronteiras. 'Ao fazer isso, o Governo daria emprego para nossos profissionais que, por sua vez, com seus rendimentos, ajudariam a aquecer a economia de Estados e Municípios'. (CFM, 2016, N. P.).

Já no governo Temer, a Fenam noticiou declarações do ministro da saúde Ricardo Barros, que afirmava que o PMM era provisório. Isso, porque, segundo ele, na organização dos serviços de saúde, cabe aos municípios e não ao governo federal a responsabilidade de contratar os profissionais, apoiando, de certa forma, o posicionamento das EM.

A formação médica, uma das diretrizes do PMM, foi objeto de debate desde a graduação até a residência médica e, especialmente, dos impactos do PMM sobre ambas. O CFM criticou a distribuição de vagas dos cursos de medicina oferecidas pelo Sistema de Seleção Unificada (Sisu) por todo o Brasil e a interiorização da medicina no País, já que essa expansão para o interior fica a cargo de instituições privadas. Para a entidade, o Sisu não confirma a interiorização proposta, dado que foram abertos poucos novos cursos públicos. Ademais, o Ministério da Educação (MEC) avalizou a aprovação de novas vagas da graduação em 36 cidades brasileiras sem cumprimento dos requisitos básicos de infraestrutura exigidos em edital. Dentre as cidades pré-selecionadas, só nove reuniam condições para abrigar o curso.

> [...] estão abrindo unidades em locais que claramente não têm condições de receber cursos de Medicina, por não haver a infraestrutura adequada. [...] O que fixa esses profissionais nessas áreas são as condições de trabalho, em primeiro lugar, acompanhadas pelas condições sociais e a remuneração. A residência médica também é importante. (CFM, 2016, N. P.).

Com efeito, o CFM ingressou na Justiça Federal, em Brasília, com duas ações de obrigação de fazer, com pedido de tutela antecipada contra o MEC e instituições de ensino superior, que, mesmo sem condições técnicas e legais, passariam a ofertar cursos de medicina. Nesse particular, o Tribunal de Contas da União (TCU) acabou por acatar a ação e suspendeu, em novembro de 2015, a abertura de 2460 vagas de medicina em universidades particulares no País devido a possíveis irregularidades na licitação.

Com o objetivo de mapear a qualidade no ensino médico no País, o CFM realizou

estudo denominado 'Radiografia das Escolas Médicas do Brasil', revelando que a quantidade de cursos particulares de medicina no Brasil, a partir do PMM, mais do que dobrou em relação ao ritmo de abertura de estabelecimentos públicos, contradizendo o posicionamento do governo federal que, à época, afirmara que estava fechando um 'balcão de negócios'.

> [...] Infelizmente, o que temos visto são faculdades desqualificadas, com corpo docente despreparado; algumas não possuem sequer hospital-escola. Isso resultará em médicos malformados, o que compromete a qualidade do atendimento. [...] Não se trata de reserva de mercado. O país precisa de mais profissionais sim, mas nossa preocupação é com a qualidade da formação. [...] Um estudante que não é avaliado, minimamente coloca em risco a vida dos pacientes [...]. As escolas são autorizadas a funcionar com pendências que não são resolvidas. Os cursos são criados mesmo sem hospital conveniado, insumos e materiais de laboratório. O MEC tem que visitar essas escolas, mas, muitas vezes, os primeiros cursos terminam, o aluno recebe o diploma e a avaliação não é feita. Há uma liberalidade indevida. (CFM, 2016, N. P.).

A criação de faculdades de medicina para fixar médicos em cidades pequenas é vista então como um erro do governo em análise

> [...] É mais um exemplo de uma política equivocada para a saúde no Brasil. Esse governo acredita que pode resolver problemas estruturais com uma canetada, sem discutir com quem conhece formação médica. (AMB, 2016, N. P.).

Também, a reformulação das diretrizes curriculares nacionais para a graduação em medicina foi objeto de crítica pelas EM. Criticaram a exclusão de docentes, discentes, médicos e sociedade do debate e construção da proposta. As novas Diretrizes, instituídas no bojo da formulação da Lei do 'Mais Médicos', apresentam, para as entidades, como alguns dos pontos críticos, a determinação de que 30% da carga horária do internato deverá ser cumprida no sistema público e que os estudantes sejam avaliados pelo governo a cada dois anos, em avaliação seriada. Ainda, a avaliação seria obrigatória e o resultado, contado como parte do processo de classificação para os exames dos programas de residência médica. O Conselho disse estar preocupado com os aspectos que serão reforçados neste formato de avaliação, visto que,

> na elaboração das diretrizes curriculares de 2001, tivemos autonomia, discutimos por três ou quatro anos como deveria ser o modelo da educação médica. (CFM, 2016, N. P.).

No que tange à avaliação seriada dos estudantes, o CFM proibiu os Conselhos Regionais de Medicina (CRMs) de implantar exames para avaliar os egressos dos cursos, em caráter obrigatório ou coercitivo, como exigência para registro ou inscrição do médico.

> [...] A Resolução 2.130/2015, do Conselho Federal de Medicina (CFM), que já está em vigor, torna sem efeito os atos normativos contrários. De acordo com a Lei 3.268/57, que trata do funcionamento dos Conselhos de Medicina, os atos normativos editados pelo CFM devem ser seguidos pelos CRMs, inclusive como parâmetro para formulação e edição de suas próprias decisões. (CFM, 2016, N. P.).

Como consequência do descontentamento gerado pelas mudanças produzidas pelo PMM na formação médica, as EM iniciaram um projeto piloto de acreditação de cursos de medicina por meio do Sistema de Acreditação das Escolas Médicas (Saeme), para fins de contribuição ao aperfeiçoamento do ensino médico no Brasil. Trata-se de um instrumento que promove maior participação da comunidade acadêmica e

da sociedade para o desenvolvimento de visão crítica sobre a qualidade dos cursos de medicina no Brasil.

O Exame Revalida, necessário para atuação de médicos estrangeiros no Brasil, foi também objeto de posicionamento das EM, que se articularam com a Comissão de Relações Exteriores e Defesa Nacional (CRE) do senado para aprovação do projeto que obriga os médicos formados em universidades estrangeiras a passar por esse exame. Todavia, as EM continuaram criticando, durante todo período de estudo, a decisão do governo em permitir que médicos formados em outros países atuem no Brasil antes de aprovação no Revalida por meio do PMM.

Em 2016, foi instituída a portaria 168 para regulamentação da Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina (Anasem), que prevê exames periódicos durante a graduação e ao final do curso. Para as EM, o exame representa um importante teste de progresso, embora a portaria 168 não se apresentasse de forma adequada. O embate entre EM e governo federal sobre o tema provocou o recuo do governo, que se comprometeu com a publicação de nova portaria.

> [...] é uma portaria muito polêmica, não esclarece como será no caso de o aluno ser reprovado, e como poderá fazer novamente a prova, dizem que é um teste de progresso, mas isto não é um teste de progresso, continuam permitindo a proliferação indiscriminada de faculdades, e quando são de má qualidade punem o aluno no final. (FENAM, 2016, N. P.).

Ainda no escopo do tema formação médica, em abril de 2015, o então ministro da saúde, Arthur Chioro, anunciou que preparava uma nova etapa do PMM, o Programa Mais Especialidades (PME), apresentando em 4 de agosto de 2015, por meio do Decreto nº 8497, que regulamentou o Cadastro Nacional de Especialistas. Para as entidades, as mudanças nas regras para formação de especialistas no Brasil eram uma interferência autoritária por parte do Poder Executivo na capacitação de médicos especialistas no País. Reclamaram, também, da ausência de diálogo entre o governo e os representantes das EM, das universidades e dos residentes. A partir daí, uma série de publicações foi veiculada nos sites das entidades médicas, posicionando-se e mobilizando-se contra tal Decreto.

A AMB classificou a proposta como um projeto desenfreado do governo de banalização e enfoque mercantilista da formação médica, com objetivo de formar pseudomédicos e pseudoespecialistas em escala industrial e permanecer ludibriando a população, sempre focando na quantidade, e irresponsável e descompromissado quanto à qualidade. Também criticou a falta de diálogo do governo com as EM, que há mais de 50 anos eram responsáveis pela formação de especialistas no País. Para eles, o decreto permitia interferência unilateral do governo nessa formação. As EM afirmaram, inclusive, que todos os especialistas com título válido já estavam registrados no CFM e que o Governo tinha acesso a esses dados. Dessa forma, para eles, o decreto escondia outros interesses, não apenas o de cadastrar os especialistas do País. A medida do governo federal se mostrava 'contra os médicos' (AMB, 2016).

A publicação desse documento mobilizou diversas entidades representativas da categoria médica em torno de propostas de mudança, tendo em vista a abertura de brechas nos critérios de formação de médicos especialistas no Brasil. Como consequência, as entidades se articularam com representações do legislativo, com o então Presidente da Câmara dos Deputados Eduardo Cunha, com a participação de outros deputados da oposição e lideranças de vários partidos no intuito de informá-los e sensibilizá-los dos perigos a respeito do Decreto nº 8.497/2015. De autoria do deputado Mandetta (DEM-MS), o Projeto de Decreto Legislativo (PDL 175/2015) atendia às reivindicações das entidades médicas contrárias à criação do cadastro. Cunha deu ao governo prazo de quinze dias para que o MS e as EM entrassem em

acordo. Como resultado desse processo houve recuo do governo federal e criação de Comissão composta por parlamentares, Ministérios da Saúde e da Educação e entidades médicas para que entrassem em consenso e construíssem um novo texto, o qual foi publicado no Decreto nº 8.516/15.

Movimento médico em 2015 e 2016

Em janeiro de 2015, ocorreu a retomada do diálogo entre categoria médica e MS, que, segundo as EM, foi interrompido em 2013 por ocasião do lançamento do PMM. Isso se deu por meio da Fenam e dos sindicatos médicos que participaram em Brasília de audiência com o então ministro da saúde, Arthur Chioro.

Esse processo de mobilização por condições de trabalho e salário para os médicos, desdobrou-se na criação da Frente Nacional em Defesa da Saúde, da Medicina e do Médico, lançada em 16 de junho de 2015. Essa Frente tinha como objetivo fortalecer e unir as instituições em defesa do médico e da medicina, e impedir que as EM fossem aparelhadas pelo governo e por partidos políticos. Contraditoriamente, para colocar a 'Frente' em ação, houve articulações das EM com parlamentares e representações de partidos considerados conservadores, opositores do governo em análise.

Cabe destacar o apoio recebido pelas EM de governantes e parlamentares em 2015, particularmente do então Vice-Presidente da República, Michel Temer. Em um encontro entre a Fenam e Temer, foram expostas as bandeiras de lutas defendidas pela Federação e as principais conquistas. Relataram-se, também, as dificuldades nas relações com o governo federal, em especial na questão dos vetos à Lei do Ato Médico e da implantação do PMM. Em outra oportunidade, a Fenam se reuniu com então Presidente da Câmara dos Deputados, Eduardo Cunha, para expor as preocupações da categoria com a saúde, com a democracia e questões relacionadas às liberdades individuais, a reforma política e a crise econômica (FENAM, 2016).

Como resultado do processo de mobilização e articulação entre EM e atores do poder legislativo, as entidades apoiaram a Proposta de Emenda Constitucional – PEC nº 454/09, de autoria do deputado Ronaldo Caiado (DEM/GO), que dispõe sobre a criação da carreira de Estado única para a categoria médica. Essa PEC estabelece diretrizes para a organização de uma carreira única de médicos mantida pela União, mas com exercício no serviço público federal, estadual e municipal; a remuneração respeitará um piso profissional nacional fixado por lei e valorizará o tempo de serviço e os níveis de qualificação na área médica.

Já no ano de 2016, com a crise política instalada no País e o afastamento da então presidente Dilma Rousseff em julgamento pelo *impeachment*, as EM anunciaram que iniciariam estratégias para se articularem com as pastas do governo interino de Michel Temer para seleção de pleitos para a categoria. A Federação expôs o interesse em marcar audiências com os titulares das pastas que interferem no trabalho do médico, como os ministros do trabalho, saúde e educação, dentre outros. O CFM noticiou que se reuniu com os ministros da saúde, Ricardo Barros, e da educação, Mendonça Filho, para discutir temas de interesse para a medicina, como o ensino e a oferta de assistência em regiões de difícil provimento.

Em julho de 2016, as EM iniciaram um período de mobilizações pela criação da Frente Parlamentar da Medicina (FPMed) com o objetivo de atuar junto ao Congresso Nacional em defesa dos médicos e da rede pública de saúde de todo Brasil. Segundo o CFM,

> a Frente será um espaço importante de interlocução dos médicos com o parlamento brasileiro e temos interesse que ela seja fortalecida. (CFM, 2016, N. P.).

Outro mecanismo de defesa dos interesses da categoria médica foi a criação da Confederação Nacional dos Médicos (CNM)

com o objetivo de ser o topo da representação sindical da categoria, respondendo nacionalmente pelos médicos brasileiros.

Atenção à saúde: a polêmica em torno da questão das cesarianas

Na categoria 'Outros', as novas diretrizes para o parto obtiveram maior expressividade nas notícias veiculadas pelas EM. A publicação da Resolução Normativa nº 368 pela Agência Nacional de Saúde (ANS) e MS com vistas a estimular o parto normal causou desconforto às EM. A resolução previa que as operadoras de planos de saúde, sempre que solicitadas, deveriam divulgar os percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais por estabelecimento de saúde e por médico. Também seriam obrigadas a fornecer o Cartão da Gestante e a Carta de Informação à Gestante, nos quais deveria constar o registro de todo o pré-natal, e exigir que os obstetras utilizem o 'partograma', documento gráfico onde é registrado tudo o que acontece durante o trabalho de parto. No entendimento do Conselho, para se reduzir o número de cesarianas realizadas no Brasil, a solução envolve o aperfeiçoamento dos fluxos de atendimento obstétrico, melhorando a qualificação do serviço de pré-natal e garantindo leitos para todas as gestantes.

A partir daí, intensa mobilização entre as EM começou a ser promovida com o intuito de cobrar ajustes nas normas sobre partos da ANS. Segundo o CFM, a resolução não era clara com relação à autonomia da mulher na realização de cesarianas, assim como o equívoco em condicionar a existência do 'partograma' ao pagamento dos honorários médicos. O único ponto da Resolução considerada como favorável pelo CFM foi o uso do cartão da gestante.

> É inadmissível colocar o médico como responsável pelo caos na saúde. Nós somos os verdadeiros heróis e fazemos milagres no atendimento às gestantes. (FENAM, 2016, N. P.).

Em abril de 2016, o MS publicou no Diário Oficial da União o Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para cesariana, trazendo os parâmetros que devem ser seguidos pelas Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios. A criação do novo documento ocorreu durante meses de discussão e de consulta pública e estabeleceu um modelo de regulação do acesso assistencial, autorização, registro, indicação e ressarcimento dos procedimentos realizados. Diversas entidades, como CFM, AMB e outras sociedades de especialistas, repudiaram o protocolo. Dentre os pontos que geraram grande discordância, estava a dispensa do pediatra na sala de parto nas cesarianas quando não houvesse risco ao feto ou à gestante. Após mobilização das EM, o MS garantiu que faria mudanças no texto.

Em dezembro, numa decisão considerada pelo CFM como 'um divisor de águas', a Justiça Federal determinou que a ANS colocasse em prática novas medidas para reduzir o número de cesáreas na rede particular de saúde. Com a decisão, em prazo máximo de 60 dias, os profissionais de saúde da rede particular que auxiliassem em parto normal deveriam receber dos planos de saúde, no mínimo, três vezes mais do que na realização de uma cesárea.

Em junho de 2016, o CFM publica a Resolução nº 2.144/2016, que define critérios para cesariana a pedido da paciente no Brasil. Estabelece que, nas situações de risco habitual e para garantir a segurança do feto, somente poderá ser realizada cesariana a partir da 39ª semana de gestação. Recomenda, também, que, nas primeiras consultas de pré-natal, o médico e paciente discutam sobre benefícios e riscos tanto do parto normal como da cesariana, bem como sobre o direito de escolha da via de parto pela gestante. Quando decidido pela

realização de parto cesariano a pedido, passa a ser obrigatória a elaboração de um termo de consentimento livre e esclarecido pelo médico para que seja registrada a decisão da parturiente.

Posicionamento das EM sobre a conjuntura nacional

No ano de 2015, após a reeleição da presidente Dilma Rousseff, as EM carregaram em críticas e posicionamentos desfavoráveis ao governo. A popularidade da então presidente Dilma Rousseff e do Partido dos Trabalhadores (PT) havia despencado e atingido a pior marca de seu governo. Por diversas ocasiões, as EM declararam apoio às manifestações contrárias ao governo vigente, bem como conclamaram os médicos a aderirem aos movimentos pró-*impeachment* sob o *slogan* 'corrupção faz mal à saúde!' Na ocasião, foi mencionado pelas EM o pronunciamento do senador Aécio Neves que "O Brasil despertou. É o povo na rua que vai permitir a superação da crise. Não é este governo, que não tem mais autoridade, nem credibilidade" (FENAM, 2016, N. P.).

Em apoio aas manifestações populares, a Fenam, afirmou:

> [...] dia 15 de março de 2015, dois milhões foram às ruas para resgatar o país e retomar a nossa tradição de respeito à liberdade, à democracia, aos valores morais, éticos e religiosos que forjam nossa nacionalidade. E o verde amarelo de nossa história inundou as cidades. Dia 15 de março marca o início de um novo tempo. (FENAM, 2016, N. P.).

Em 2016, a crise política e econômica se agravava no País, ocorre a abertura do processo de *impeachment* contra a presidente eleita e acirrou-se a efervescência da operação Lava Jato. À época, a Fenam manifestou-se afirmando apoio total e irrestrito ao juiz Sérgio Moro, ao Ministério Público Federal, à Polícia Federal e a toda equipe que faz as investigações dos envolvidos nos desvios de recursos do Estado.

Com o fim do julgamento do processo de *impeachment* da presidente Dilma Rousseff e o seu afastamento definitivo das funções presidenciais, a Fenam afirmou que estava otimista naquele momento de mudança de perspectiva sobre os novos rumos do País.

> [...] A categoria médica sofreu durante os últimos três anos uma perseguição, houve tentativas de culpar o médico pelo caos na saúde, e hoje se inicia um governo que será acompanhado de perto pela entidade. Segundo o presidente da Fenam, Otto Baptista, uma página está sendo virada para toda a classe médica. 'Acabamos de deixar para trás toda aquela perseguição em cima do Ato Médico, do sucateamento da própria saúde pública, o subfinanciamento, a abertura de escolas indiscriminada e até a entrada de intercambistas sem o revalida. Estaremos vigilantes, apoiando a classe médica e acompanhando o que vier de bom e melhor deste governo. Estamos juntos.', concluiu o presidente Otto. (FENAM, 2016, N. P.).

Discussão

A interferência das políticas governamentais sobre questões que envolvem o trabalho e a educação médica, isto é, a 'geração de empregos', a 'distribuição' territorial da força de trabalho em saúde, a 'política salarial', a 'formação' e outros aspectos relacionados foi a principal causa de rejeição do conjunto das EM. No período estudado, as EM foram ativas nas críticas 'negativas' apresentadas aos programas do governo federal e ao PMM em particular, de modo que o PMM e seus desdobramentos revigoraram a ideologia liberal em torno da prática médica presente nas origens da RSB (CAMPOS, 1988; DONNÂNGELO, 1975).

A polêmica em torno do PMM contém controvérsias na literatura. Enquanto as EM reforçam que o programa é uma farsa,

um reforço à ditadura cubana, dentre outras questões, os trabalhos produzidos sobre a implantação do PMM revelam melhoria dos indicadores de saúde (ALENCAR *ET AL.*, 2016), assim como da satisfação dos usuários atendidos pelo Programa (MELO *ET AL.*, 2016). Além disso, segundo Souza (2014), as EM representam um discurso discriminatório, de exaltação aos médicos brasileiros, enquanto desqualificam os médicos cubanos. Esse discurso é atenuado, segundo o mesmo autor, à medida que o Programa se consolida e a população defende a permanência dos médicos estrangeiros, particularmente os cubanos.

Por outro lado, a abertura de novos cursos de medicina e os argumentos das EM sobre a privatização do ensino médico encontram reforço nos resultados do trabalho de Silva Jr. *et al*. (2014), que comprovam que a abertura de cursos no interior do País não garante a fixação do médico no futuro. Para as EM, o PMM representa uma política de governo com 'claros' interesses políticos e cuja baixa adesão dos profissionais brasileiros no período estudado é fruto das 'péssimas' condições de trabalho na atenção primária no Brasil.

As tensões entre a EM e o governo federal permearam todo o Governo de Dilma Rousseff desde os vetos da então presidente a artigos da Lei do Ato Médico (GUIMARÃES; REGO, 2005). No período estudado, as EM reclamam por terem sido excluídas dos processos de negociação relacionados ao PMM e seus desdobramentos, quer seja da elaboração das novas diretrizes curriculares; da construção do cadastro nacional de especialistas; ou do debate sobre a distribuição das novas vagas em cursos de medicina. Essas questões geraram intensa oposição das EM ao governo Dilma, cujos embates foram responsáveis pelo apoio e mobilização das EM pelo processo de *impeachment* da presidente em 2016.

Nesse particular, as EM promoveram articulações com atores do legislativo, a exemplo daquelas com Eduardo Cunha (Partido do Movimento Democrático Brasileiro – PMDB), Michel Temer (PMDB), Luiz Henrique Mandetta (DEM) e Ronaldo Caiado (DEM) para viabilizar a implantação de projetos a favor dos interesses médicos ou, então, impedir aqueles que causaram descontentamento da categoria e seus interesses corporativos.

Tais articulações foram responsáveis pelo recuo do governo federal em determinados momentos, como no caso do decreto nº 8497/2015, embora as EM se posicionassem contra um suposto processo de 'aparelhamento' de entidades por políticos e seus partidos (FENAM, 2016). A posse do vice-presidente após o afastamento da presidente Dilma provocou mudança de discurso nas EM que vislumbravam maior vinculação e convergência entre o projeto político das forças que tomaram o poder e os interesses defendidos pela categoria.

O posicionamento das EM no período e a defesa das questões que envolveram a diminuição da autonomia do trabalho médico reforçam uma ideologia coorporativa e de oposição ao desenvolvimento de um sistema de saúde democrático, universal, público e pautado pelo direito à saúde e pela justiça social. O debate produzido acerca da suposta irresponsabilidade do governo federal em torno do PMM explicita prejuízos para a população carente e reforça O SUS como um programa para pobres (TEIXEIRA; SOUZA; PAIM, 2014), passando ao largo dos princípios e diretrizes da RSB, embora a RSB não se resuma ao SUS (PAIM *ET AL.*, 2011).

Os resultados desse trabalho, ademais, reforçam a reduzida preocupação das EM com a expansão da oferta de serviços para garantir a universalidade, a integralidade e a equidade do cuidado à saúde da população. Esse processo demanda a inserção de profissionais médicos nas unidades de produção de serviços, principalmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde, adotada pelo Estado brasileiro como estratégia de reorganização do sistema, tal como explicitada na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012).

Comentários finais

As evidências produzidas por este estudo mostram que as EM posicionaram-se em quase todo o período estudado contra as políticas de saúde do governo federal, particularmente aquelas que contrariavam os interesses da categoria médica. Nesse sentido, o PMM e seus desdobramentos foram temas por elas mais combatidos. Evidenciam, portanto, a manutenção dos interesses coorporativos de um segmento profissional e pouco compromissado com o sistema público de saúde. Ademais, a oposição das EM aos projetos do governo federal para a área da saúde, bem como as diversas alianças do segmento com parlamentares conservadores, foi gerada para benefício dos interesses da corporação. Os resultados deste trabalho evidenciam que as EM e seus projetos afastam-se dos princípios e diretrizes na RSB, assim como dos princípios de diretrizes do SUS.

Colaboradores

Catharina Matos: Contribuiu na concepção, planejamento e análise do artigo. Elaborou o rascunho e aprovou a versão final do artigo.

Mayara Freitas: Contribuiu na concepção, planejamento e análise do artigo. Elaborou o rascunho e aprovou a versão final do artigo.

Carmem Fontes Teixeira: Realizou a revisão crítica do artigo e a aprovação final do manuscrito.

Jairnilson Silva Paim: Realizou a revisão crítica do artigo e a aprovação final do manuscrito. ■

Referências

ALENCAR, A. P. A. *et al*. Impacto do Programa Mais Médicos na atenção básica de um município do sertão central nordestino. *Revista Eletrônica Gestão & Sociedade*, Belo Horizonte, v. 10, n. 26, p. 1290-1301, maio/ago. 2016.

ALENCAR, T. S. *A Reforma sanitária e a questão medicamento/assistência farmacêutica*. Salvador, 2016. 442 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA (AMB). Disponível em: <https://amb.org.br/category/noticias/>. Acesso em: 10 dez. 2016.

BAHIA, L. A saúde em banho-maria. In: OS ANOS Lula: contribuições para um balanço crítico 2003-2010. Rio de Janeiro: Garamond, 2010. p. 351-368.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF: MS, 2012.

CAMPOS, G. S. *Os médicos e a política de saúde*. São Paulo: Hucitec, 1988.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_noticias&buscaEfetuada=true&noticiasAno=&noticiasTexto=&noticiasExibir=20>. Acesso

em: 10 dez. 2016. Não paginado.

COSTA, A. M. Onde foi parar o sonho do SUS? *Le Monde:* Diplomatique Brasil, v. 69, p. 30-31, 2013. Disponível em: <http://diplomatique.org.br/onde-foi-parar-o-sonho-do-sus/>. Acesso em: 29 ago. 2017.

DONNANGELO, M. C. F. *Medicina e sociedade*: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Livraria Pioneira, 1975.

ESCOREL, S. *Reviravolta na saúde*: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS (FENAM). Disponível em: <http://www.fenam.org.br/site/noticias_fenam.php> Acesso em: 10 dez. 2016. Não paginado.

GOMES, L. B. *A atual configuração política dos médicos brasileiros*: uma análise da atuação das entidades médicas nacionais e do movimento médico que operou por fora delas. Rio de Janeiro, 300 f. Tese (Doutorado em Medicina) – Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2016.

GUIMARÃES, R. G. M.; REGO, S. O debate sobre a regulamentação do ato médico no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. supl., p. 7-17, 2005.

MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; LIMA, L. D. (Org.). P*olíticas de saúde no Brasil*: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

MELO, C. F.; BAIÃO, D. C.; COSTA, M. C. A percepção dos usuários cearenses sobre o Programa Mais Médicos. *Revista Eletrônica Gestão & Sociedade*, Belo Horizonte, v. 10, n. 26, p. 1302-1312, maio/ago. 2016.

OCKÉ-REIS, C. O. *SUS*: o desafio de ser único. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

PAIM, J. S. *Reforma sanitária brasileira*: contribuição para compreensão e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. *Saúde coletiva*: teoria e prática. Rio de Janeiro: Medbook, 2014.

PAIM, J. S. e*t al*. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. T*he Lancet,* Londres, v. 377, p. 1778-1797, 2011.

RIBEIRO, R. C. Programa Mais Médicos: um equívoco conceitual. C*iência & Saúde Coletiva, R*io de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 421-424, fev. 2015.

SILVA JUNIOR, A. G. e*t al*. Oferta de vagas de graduação e residência médicas no estado do rio de janeiro a partir do Programa Mais Médicos (2013-2015). R*evista Eletrônica Gestão & Sociedade,* Belo Horizonte, v. 10, n. 26, p. 1347-1359, maio/ago. 2016.

SOUZA, L. R*epresentação do Programa Mais Médicos pelo site do pragmatismo político e pelo portal do Conselho Federal de Medicina*. 2014. 144 f. Dissertação (Mestrado em Linguística) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2014.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. A política de saúde no governo Lula e a dialética do menos pior. S*aúde em Debate,* Rio de Janeiro, v. 29, n. 31, p. 268-283, 2005.

TEIXEIRA, C. F.; SOUZA, L. E. P. F.; PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS): a difícil construção de um sistema universal na sociedade brasileira. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). S*aúde Coletiva:* teoria e prática. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 121-137.

Recebido para publicação em julho de 2017
Versão final em agosto de 2017
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Avaliação da implantação da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde no Brasil

Evaluation of the Implementation of the National Policy on Science, Technology and Innovation in Health in Brazil

Ligia Maria Vieira-da-Silva[1], Gerluce Alves Pontes da Silva[2], Monique Azevedo Esperidião[3]

RESUMO Com o objetivo de analisar a implantação, no Brasil, de alguns componentes da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, no período compreendido entre 2004 e 2010, foi realizado um estudo de caso no âmbito do Departamento de Ciência e Tecnologia. Além das estratégias, os seguintes componentes foram analisados: a seleção de prioridades, a formulação dos editais, o acompanhamento e a avaliação da política. Esta encontrava-se implantada em relação à maioria das estratégias propostas, particularmente, no que diz respeito à indução, ampliação e descentralização do fomento. Discutem-se as condições históricas de possibilidade além dos problemas, obstáculos e limites da política, bem como a atualidade deste caso histórico, que pode ser considerado exemplar.

PALAVRAS-CHAVE Avaliação. Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação. Política pública.

ABSTRACT *With the aim of analyzing the implementation, in Brazil, of some components of the National Policy on Science, Technology and Innovation in Health, in the period between 2004 and 2010, a case study was carried out within the scope of the Department of Science and Technology. In addition to the strategies, the following components were analyzed: the selection of priorities, the formulations of calls for proposals, the monitoring and the evaluation of the policy. It was implemented in relation to most of the strategies proposed, particularly, with regard to the induction, expansion and decentralization of the fostering. It is discussed the historical conditions of possibility besides the problems, obstacles and limits of the policy, as well as the actuality of this historical case, that can be considered as exemplary.*

KEYWORDS *Evaluation. National Science, Technology and Innovation Policy. Public policy.*

[1] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil.
ligiamvs@gmail.com

[2] Ministério da Saúde (MS), Núcleo Regional da Bahia – Salvador (BA), Brasil.
gerluce.alves@gmail.com

[3] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil.
moniqueesper@yahoo.com.br

DOI: 10.1590/0103-11042017S307

Introdução

O complexo processo de construção social que resultou na formulação da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS) somente foi iniciado em 1994, com a realização da I Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde (CNCTS), cujas resoluções, contudo, não foram implementadas. Com a criação do Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit), em 2000, e da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação (SCTI), em 2003, foi possível realizar uma II CNCTS, na qual ocorreu a aprovação da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS) e das diretrizes da PNCTIS.

A política, assim formulada, tinha como objetivo geral induzir e financiar uma pesquisa relevante em saúde, não somente para o atendimento às 'necessidades de saúde da população', mas também para a produção de conhecimento novo. Para atingir esses objetivos, continha princípios, eixos condutores, estratégias e ações (BRASIL, 2008B). Entre esses objetivos, foram priorizados a indução e o fomento descentralizado à pesquisa (BRASIL, 2010A).

Diversos ensaios e investigações têm analisado, desde então, a PNCTIS, principalmente no que diz respeito à sua formulação e às principais estratégias de implantação da política em seus primeiros anos (ANDRADE; CARVALHO, 2014; GUIMARÃES *ET AL.*, 2006), além de analisar os resultados de alguns editais temáticos nacionais, a exemplo dos da área de biotecnologia em saúde (ALMEIDA-ANDRADE, 2015), o fomento aos estudos no campo da terapia celular e células-tronco, no Brasil (BRASIL, 2010A), e algum grau de institucionalização da avaliação de tecnologias em saúde e sua incorporação ao Sistema Único de Saúde (SUS) (SILVA; PETRAMALE *ET AL.*, 2012). Estes trabalhos revelam impactos positivos da PNCTIS no estímulo e no financiamento à pesquisa, em áreas estratégicas do País, particularmente no que diz respeito ao fato de que todas as subagendas que compunham a ANPPS, aprovada em 2004, receberam algum financiamento, no período compreendido entre 2003 e 2005 (SILVA; CAETANO, 2011).

A avaliação global da PNCTIS, porém, não havia sido feita de forma sistemática até 2009. Em dezembro daquele ano, o Decit solicitou à Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) a realização de uma avaliação externa de sua política (NATAL; HARTZ; SANTOS, 2010), que procuraria responder as seguintes questões: 'Em que medida as prioridades da agenda foram contempladas pelos editais e pelos projetos neles selecionados?'; 'Em que medida os recursos alocados foram suficientes para o desenvolvimento das investigações propostas?'; 'Em que medida a gestão do processo de fomento foi adequada?'; 'Em que medida os resultados decorrentes das investigações respondem aos problemas propostos?'. Em relação à primeira dessas questões, Barata (2008) observou que a seleção da maioria dos projetos financiados (90%) ocorreu por Editais Públicos, em cooperação com o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), com a Financiadora de Estudos e Projetos (Finep) ou com as Fundações Estaduais de Amparo à Pesquisa (FAPs), cobrindo todas as subagendas.

O presente artigo apresenta os resultados do subprojeto que analisou a implantação de alguns componentes da PNCTIS entre 2004 e 2010.

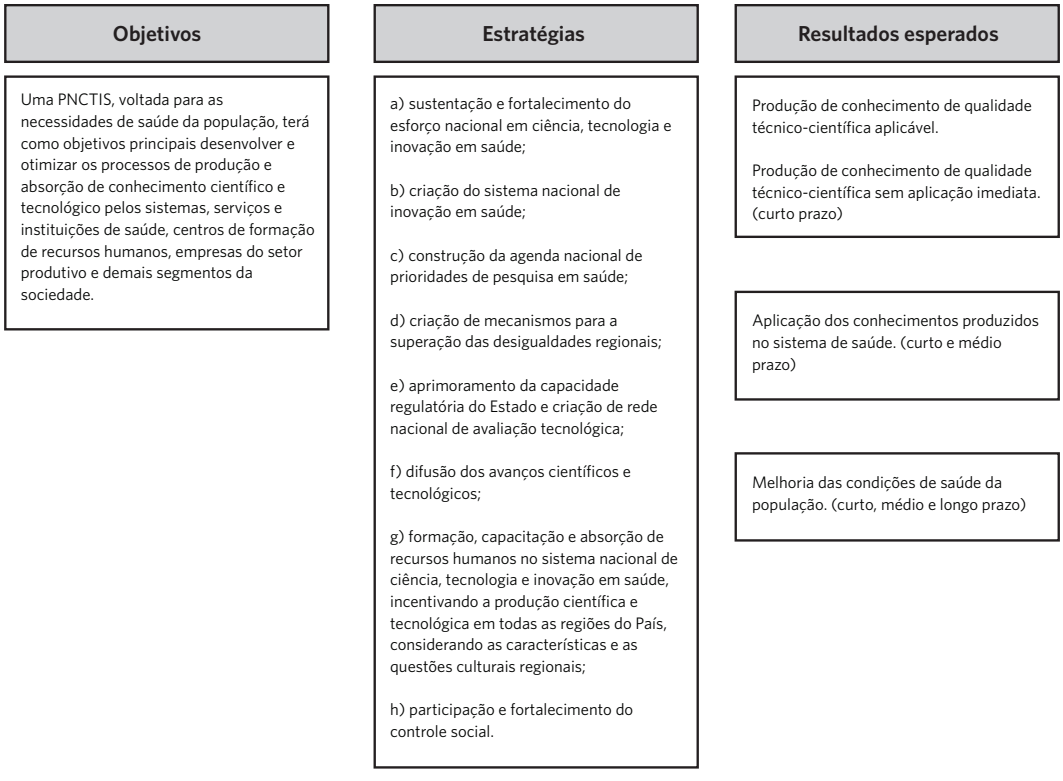
Metodologia

Realizou-se uma análise da implantação da PNCTIS, no período compreendido entre 2004 e 2010, por meio de um estudo de caso. Os componentes selecionados para a avaliação foram: a) As oito estratégias contidas no documento da política (BRASIL, 2008B); b) As ações relacionadas com a gestão do fomento, a saber: a seleção de prioridades, a formulação dos editais, o acompanhamento e a avaliação da política. Considerou-se a avaliação da implantação como o julgamento acerca da adequada

operacionalização da intervenção, tendo por parâmetros os documentos da política, bem como a imagem-objetivo desenhada com base nos referenciais teóricos do estudo.

Inicialmente, procedeu-se a uma avaliação do grau de implantação das oito estratégias propostas no documento base, 'Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde' (BRASIL, 2008B). Foram, também, avaliadas as 11 ações relativas à estratégia "Sustentação e fortalecimento do esforço nacional em ciência, tecnologia e inovação em saúde" (BRASIL, 2008B, P. 21). Com essa finalidade, foi elaborado um modelo lógico preliminar (*figura 1),* que correspondeu a um macromodelo derivado dos objetivos, estratégias e resultados esperados (BRASIL, 2008B). Foi considerado como implantado o componente da PNCTIS para o qual existia informação completa sobre a execução da ação em documentos. Em outras palavras, a informação documental foi considerada suficiente como evidência da implantação. Para aquelas estratégias ou ações nas quais as informações eram incompletas ou insuficientes, a classificação atribuída foi de 'parcialmente' implantado. A informação foi considerada insuficiente quando não pôde ser considerada como evidência conclusiva da implantação.

Figura 1. Modelo lógico da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS)

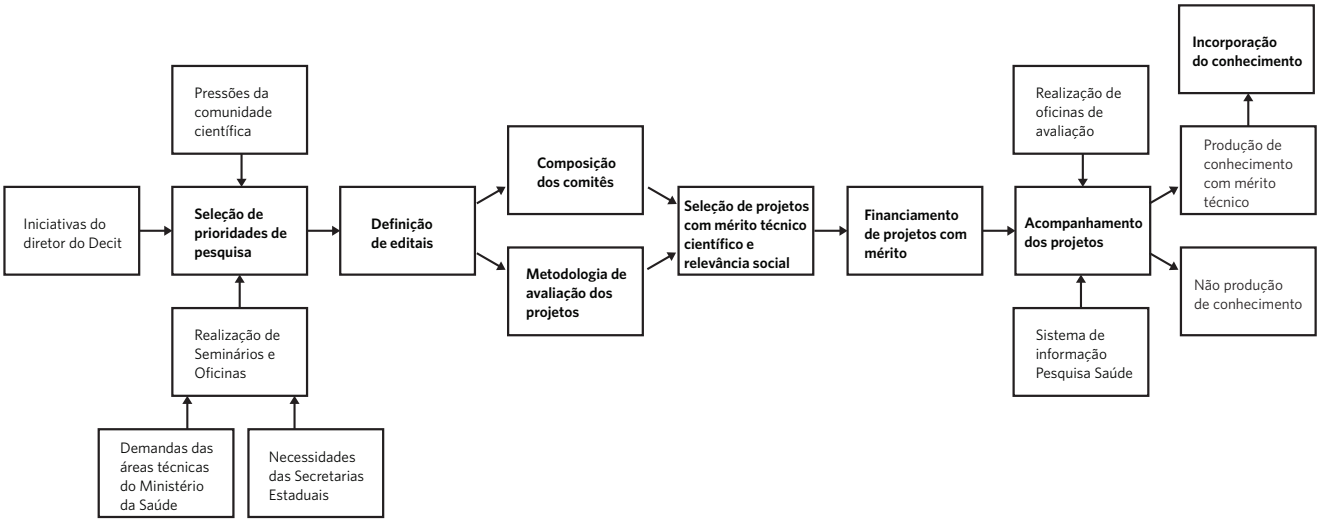


Fonte: Elaboração própria.

As informações foram obtidas com a análise das seguintes fontes documentais e bibliográficas: relatórios de gestão do Decit, de 2004 a 2008 (BRASIL, 2005, 2007A, 2007B, 2008A, 2009); Editais Nacionais; relatórios das Conferências de Ciência e Tecnologia; relatório de avaliação dos dez anos do Decit (BRASIL, 2010B); e os currículos Lattes dos membros dos comitês julgadores. Também foram consultadas notas técnicas produzidas pelo departamento (BRASIL, 2006A, 2006B, 2010C, 2010A), bem como os sites dos projetos e as redes de pesquisadores criados em função da implantação da política.

Em seguida, foi realizada a análise da implantação da gestão do fomento, no âmbito do Decit. A análise da implantação, além da aferição da sua adequada operacionalização, procura relacioná-la com o contexto da implantação. Com essa finalidade, foi elaborado um segundo modelo lógico (*figura 2*). Esse modelo correspondeu a uma imagem-objetivo das ações consideradas necessárias e pertinentes para o alcance dos objetivos relativos à indução, seleção e ao julgamento dos editais, financiamento da pesquisa e à utilização dos resultados. Priorizou-se pela análise do processo de gestão relacionado com a seleção de prioridades, pela formulação dos editais, pelo acompanhamento e pela avaliação da política.

Figura 2. Modelo lógico: indução, julgamento e acompanhamento dos produtos da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS) no âmbito do Decit (MS)



Fonte: Elaboração própria.

Considerou-se o 'contexto' da implantação como as condições históricas de possibilidade da implantação da política. Essa análise foi feita buscando identificar os eventos históricos relacionados com a gênese da política, que não somente criaram as condições estruturais para a sua formulação e operacionalização, mas que também influíram nas concepções e práticas dos agentes envolvidos. Estes, por sua vez, estruturaram e construíram socialmente essas condições.

Foram realizadas 11 entrevistas em profundidade, em 2010, com o Secretário de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde

(MS), diretores, subcoordenadores (coordenadores substitutos) e profissionais que trabalhavam nos diversos setores do Decit, identificados por meio da técnica da bola de neve. Foram, ainda, realizadas 2 entrevistas com antigos gestores, e obtidas informações por e-*mail* de um terceiro, o que totalizou 14 entrevistas. O roteiro que orientou as perguntas foi personalizado para cada coordenador/técnico. Termos de Consentimento Livre e Esclarecido foram assinados pelos entrevistados. Embora todos eles tenham concordado em ser identificados, optou-se por manter o anonimato dos entrevistados, que serão identificados como E1...E14. As informações foram complementadas com a análise das fontes documentais e bibliográficas já mencionadas.

As entrevistas forneceram informações sobre o processo de implantação, trajetórias sociais, profissionais e políticas dos entrevistados e concepções sobre ciência e tecnologia, bem como o ponto de vista dos gestores sobre os obstáculos à implantação. As trajetórias profissionais, analisadas por meio da formação acadêmica e dos cargos ocupados na universidade e em instituições de saúde, permitiram classificar a inserção predominante dos entrevistados nos campos científico e/ou burocrático. A coleta de dados foi feita em setembro e outubro de 2010.

Resultados e discussão

A situação da implantação e a gestão do fomento

A PNCTIS encontrava-se implantada com razoável consistência, no período investigado (2004 a 2010), no que diz respeito a grande parte dos seus objetivos, particularmente àqueles referentes à indução, ampliação, descentralização e busca da redução das desigualdades regionais no fomento da pesquisa (*quadro 1)*.

Tendo em vista a amplitude dos objetivos da política, para a elaboração da matriz de implantação foram consideradas as estratégias e diversas ações propostas, através das quais aparecem, de forma implícita, objetivos mais específicos (BRASIL, 2008A). A análise desse quadro revela que, para a maioria das estratégias e ações propostas, foram encontrados registros documentais indicativos da sua operacionalização completa ou parcial (*quadro 1)*.

Quadro 1. Estratégias, objetivos e ações da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação, segundo situação da implantação (2004-2010)

Estratégias	Implantação			Evidências
	Sim	Parcial	Não	
a) sustentação e fortalecimento do esforço nacional em Ciência, Tecnologia e Inovação (CTI) em saúde;		X		
a.1) articulação com os órgãos responsáveis pela formação de novos pesquisadores e apoio à iniciação científica em todos os níveis de ensino, bem como nos polos de educação permanente em saúde, respeitando as necessidades regionais e criando canais de participação para os novos pesquisadores;		X		Termo de Cooperação e Assistência Técnica entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação. Diário Oficial da União – Seção 3, de 30 de maio de 2008; Termo de Cooperação assinado em 14 de abril de 2009, que instituiu o Programa de Estágios Pós-Doutorais em Saúde Humana (Pós-Doc SUS); produzidas publicações para apoiar a capacitação de membros de Comitês de Ética em Pesquisa, em temas de análise ética e metodológica dos protocolos de pesquisa (BRASIL, 2006A).
a.2) criação de prêmios de incentivo ao desenvolvimento científico e tecnológico em saúde;	X			Lançado o Prêmio de Incentivo em Ciência e Tecnologia para o SUS, em 2002.

Quadro 1. (cont.)

a.3) criação, ampliação, diversificação e garantia de continuidade das fontes de financiamento para ações de Pesquisa e Desenvolvimento (P&D) em saúde;		X	Termo de Cooperação e Assistência Técnica entre os MS e o MCT, a partir de 2004; em 2005, os parceiros CNPq, Finep e Unesco investiram R$ 127,8 milhões; em 2006, o CNPq e a Finep investiram R$ 125 milhões **(DECIT, 2006B)**; editais em parceira com o CNPq, com R$ 18 milhões e 148 projetos aprovados (**BRASIL, 2011; DECIT, 2006A**).
a.4) desenvolvimento da capacidade de gestão e realização das ações de CTI nas três esferas político-administrativas do SUS;	X		Criação do Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS) – Início em 2001, alcançando todos os Estados brasileiros em 2004. Com as seguintes parcerias: CNPq, FAPs, SES e Secretarias de Ciência e Tecnologia.
a.5) fortalecimento das parcerias entre as instituições públicas para o fomento à pesquisa em saúde;	X		Desde 2005, o Decit fomenta editais em Avaliação Tecnológica em Saúde (ATS), em parceria com o CNPq **(BRASIL, 2011; DECIT, 2006A)**; parceria com as FAPs, SES e Secretarias Estaduais de Ciência e Tecnologia **(BRASIL, 2006B)**
a.6) incentivo à criação ou apoio aos núcleos de ciência, tecnologia e inovação em saúde nas secretarias de saúde, articulados às instituições de ensino superior e instituições de pesquisa;		X	Referência à instalação de núcleos em diversas SES **(BRASIL, 2010**), no entanto, poucos sites localizados, a exemplo do núcleo da SES de Santa Catarina (http://200.19.222.8:8080/outplan/); implantação das Bibliotecas Virtuais em Saúde (BVS): 71 estações BVS; 27/SES; 16/SMS; 6 parceria/BVS-Psicologia; 7/hospitais do SUS; e 4/escolas técnicas do SUS **(BRASIL, 2010)**.
a.7) incentivo à criação de conselhos municipais e estaduais de ciência, tecnologia e inovação;		X	Não obtidas evidências nos documentos analisados.
a.8) estímulo à participação dos trabalhadores do setor saúde em pesquisas científicas e tecnológicas;		X	Não obtidas evidências nos documentos analisados.
a.9) investimento continuado na melhoria da infraestrutura de P&D tecnológico em saúde, com especial atenção para os hospitais de ensino/ rede SUS, institutos de pesquisa, centros federais de educação tecnológica, conselhos de saúde, Instituições de Ensino Superior (IES) e serviços de saúde de natureza pública;	X		Criação da Rede Nacional de Pesquisa Clínica (RNPC) (Chamada pública MCT/MS/Finep – Ação Transversal – implantação de unidades de pesquisa clínica – 04/2005); criação das redes temáticas para a pesquisa de problemas priorizados na ANPPS: Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (Rebrats), Rede Multicêntrica de Avaliação de Implantes Ortopédicos (Remato), Rede Nordeste de Biotecnologia (Renorbio).
a.10) esforços para a criação de parcerias e redes de pesquisas nos países da América Latina, África e Ásia, visando a problemas de saúde comuns;		X	Não obtidas evidências nos documentos analisados.
a.11) promoção e realização da CNCTIS a cada quatro anos;			Realizadas a I e II Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (CNCTIS).
b) criação do sistema nacional de inovação em saúde;		X	a) Criação de Fundos Setoriais em Saúde e em Biotecnologia (Finep); b) abertura de linhas de créditos; c) regulamentação do FNDCT; d) Programa de Autossuficiência Nacional em Imunobiológicos (Pasni); http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0204/pdfs/IS24(2)049.pdf.
c) construção da agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde;	X		Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS) aprovada na II CNCTIS.
d) criação de mecanismos para a superação das desigualdades regionais;	X		Contemplada pelas ações do PPSUS **(BRASIL, 2006B, 2008)**.
e) aprimoramento da capacidade regulatória do Estado e criação de rede nacional de avaliação tecnológica;	X		Conselho de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde/MS (CCTI) **(BRASIL, 2003)**; Coordenação de Avaliação de Tecnologias em Saúde e Seminário de Gestão de Tecnologias em Saúde (2005); Comissão para Incorporação de Tecnologias em Saúde (Citec) **(BRASIL, 2006C)**; Formação da Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (Rebrats) **(DECIT, 2006A)**.
f) difusão dos avanços científicos e tecnológicos;		X	Presença no Decit de uma Coordenação de Gestão do Conhecimento, contudo, essa atividade não se encontrava estruturada; Implantação das Bibliotecas Virtuais em Saúde (BVS Saúde Pública); Criação do Sistema de Informação de Ciência e Tecnologia em Saúde (SISC&T), que gerencia o Programa Pesquisa para o SUS, o Prêmio de Incentivo em Ciência e Tecnologia para o SUS (http://portal2.saude.gov.br//sisct/login.cf).

Quadro 1. (cont.)

g) formação, capacitação e absorção de Recursos Humanos (RH) no sistema nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde, incentivando a produção científica e tecnológica em todas as regiões do País, considerando as características e as questões culturais regionais;	X	Consolidação da produção científica e da qualificação de recursos humanos, caracterizadas pela formação de 668 novos mestres e 332 doutores, pós-graduandos que tiveram suas pesquisas concluídas com o apoio recebido de projetos financiados pelo PPSUS **(BRASIL, 2010B)**.
h) participação e fortalecimento do controle social.	X	A aprovação da PNCTIS contou com a participação de segmentos organizados da sociedade na CNCTIS.

Fonte: Elaboração própria.

O principal componente implementado foi a indução do fomento, orientada pela ANPPS, por meio de estratégias diversas de aproximação entre a comunidade científica e os gestores governamentais das instituições de saúde. A prioridade dada pelo MS à PNCTIS expressou-se tanto na sua progressiva institucionalização, materializada pela criação da Secretaria de Ciência e Tecnologia, em 2003, como no volume de recursos orçamentários destinados ao setor, que se elevou de R$ 23.177.321,00, em 2003, para R$ 125.209.209,00 em 2004, atingindo R$ 387.345.796,00, em 2010, obtendo, portanto, um aumento de 1.571%, no período analisado (SILVA; CAETANO, 2011).

Por outro lado, verificou-se a ampliação do fomento à pesquisa para diversos estados, por meio do Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS). Também a constituição de diversas redes temáticas, tais como a Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (Rebrats), a Rede Multicêntrica de Avaliação de Implantes Ortopédicos (Remato), a Rede Nacional de Pesquisa Clínica (RNPC) e a Rede Nordeste de Biotecnologia (Renorbio), foram iniciativas com potencial de contribuir para o desenvolvimento da pesquisa nas diversas regiões do País. Essa descentralização do fomento, contudo, não significou a redução esperada das desigualdades regionais previstas, conforme mostrado por Danda, Queiroz e Hoffmann (2016). Segundo esses autores, as transferências dos recursos federais para as FAPs, no período de 2004 a 2012, foram maiores nos estados que possuíam melhores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) e maior concentração de doutores (DANDA; QUEIROZ; HOFFMANN, 2016). Estes resultados reforçam a tese de que o financiamento da pesquisa não pode estar dissociado de investimentos na formação de pesquisadores.

Para a avaliação dos projetos a serem financiados, além da avaliação do mérito científico, em geral por consultores a*d hoc,* foi incorporado o critério do mérito social e econômico ou a aplicabilidade. Porém, o que seria o mérito social e econômico não estava muito claro na fala dos entrevistados. Aparecia como algo evidente, do senso comum. Também na análise dos relatórios dos Comitês Julgadores dos Editais não estava explicitado como a relevância social havia sido incorporada.

O sistema de informação, denominado Pesquisa Saúde (SILVA; CAETANO, 2011), criado para o acompanhamento dos projetos aprovados nos diversos editais, apresentava muitas lacunas, entre as quais baixos percentuais de preenchimento de algumas variáveis. Além dessa iniciativa, havia várias maneiras de incorporação, tanto da comunidade científica quanto das áreas técnicas do MS na avaliação, tais como seminários e oficinas (E8).

Apesar da existência dessas ferramentas, o processo de acompanhamento dos projetos não era sistemático nem os produtos finais estavam facilmente acessíveis. As informações disponíveis foram produzidas, na sua maioria, por meio de estudos acadêmicos de técnicos do departamento (ELIAS; SOUSA, 2006).

Relações com CNPq/Finep/FAPs

O estabelecimento de parcerias entre o Decit e os órgãos de fomento à pesquisa do governo, nos seus diversos níveis, não apenas resultaram em maior aporte de recursos como em qualificação da gestão do fomento. A parceria com o Ministério de Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI) se deu por meio de um termo de cooperação técnica com o MS. O Decit realizava transferências orçamentárias para o MCTI, que os alocava no CNPq e na Finep para financiar os editais conjuntos. Em 2005, os parceiros CNPq, Finep e Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco) investiram R$ 127,8 milhões e, em 2006, o CNPq e a Finep investiram R$ 125 milhões (BRASIL, 2006B), montantes estes superiores ao orçamento do Decit para aqueles anos, que foi da ordem de R$ 66 milhões, em 2005, e de 73 milhões, em 2006 (BRASIL, 2010B).

O CNPq foi considerado importante para o gerenciamento do processo de seleção de pesquisas por ser uma instituição com expertise e infraestrutura adequada para esta atividade. Havia, contudo, um outro ponto de vista, segundo o qual a situação ideal seria de autonomia do Decit em relação ao fomento, o que implicaria na criação de agência própria de fomento à pesquisa, para que os investigadores não ficassem na dependência da estrutura burocrática do MS (E6).

Por outro lado, do ponto de vista dos entrevistados do CNPq, a parceria com o Decit foi referida como muito importante para a instituição, não somente no que diz respeito à definição das prioridades, mas, também, na divulgação científica que o Decit fazia por meio do seu portal (E12).

Já a parceria desenvolvida entre o Decit e as FAPs também teria resultado em ampliação dos recursos alocados para a pesquisa no âmbito local, resultando no fortalecimento do Sistema Nacional de Ciência e Tecnologia, em todo o País, e na redução das desigualdades regionais no fomento das pesquisas, na perspectiva dos entrevistados (E4, E12).

Do ponto de vista dos gestores entrevistados, os obstáculos à implantação da política estavam relacionados com a precariedade do vínculo empregatício da maioria do quadro técnico do Decit e a ausência de uma política de pessoal (E4, E6). Como em outros órgãos do MS, o quadro estava constituído por profissionais com formação e competência técnica, porém com contratos temporários, levando a uma alta rotatividade da equipe (E2, E4, E5, E12). Eram poucos os profissionais concursados, e a seleção da maior parte do grupo se deu por meio de chamadas públicas (E10). A não existência de uma burocracia estável provocava a descontinuidade de processos e afetava o acúmulo de capacidade técnica, no período estudado.

A implantação de grande parte dos objetivos da PNCTIS, verificada no período (2004 a 2010), é consistente com outros estudos que investigaram a mesma temática (ALMEIDA-ANDRADE, 2015; GUIMARÃES *ET AL.*, 2006; NATAL; HARTZ; SANTOS, 2010; SILVA; PETRAMALE; ELIAS; 2012; TENÓRIO; MELLO; VIANA, 2017). Além disso, a referida política ampliou o apoio à infraestrutura da pesquisa em saúde no que diz respeito à pesquisa clínica e à constituição de diversas redes temáticas, por meio dos editais (TENÓRIO; MELLO; VIANA, 2017). A prioridade dada pelo MS à PNCTIS se expressou na sua progressiva institucionalização, bem como no volume de recursos orçamentários destinados ao setor.

A definição de uma ANPPS, na II CNCTS, cumpriu o papel de possibilitar o encontro e o diálogo entre pesquisadores e gestores, o que foi retomado em eventos posteriores. Esses espaços criados, ao lado dos acordos de cooperação técnica firmados com o MCTI (CNPq e Finep), trouxeram para o MS alguns elementos da lógica do campo científico, por meio do julgamento por pares, baseado principalmente no mérito. Por outro lado, o CNPq passou a participar da definição de editais juntamente com gestores e técnicos das instituições de saúde – MS e Secretaria Estadual de Saúde (SES). Como decorrência

desse fato, seus comitês assessores buscaram incorporar a 'relevância social' e a equidade regional nos critérios de julgamento, aproximando-se, assim, do mundo do trabalho.

Apesar da importância da ANPPS, a seleção de prioridades concretamente sofreu influências de diversas ordens, desde iniciativas pessoais e/ou coletivas dos diretores do Decit e da equipe técnica até o resultado da pressão de pesquisadores e das áreas técnicas do MS.

Esses resultados são o produto de um processo de construção social que se iniciou no momento da transição democrática, quando da realização da I Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia, em 1985, convocada pelo Ministro Renato Archer para subsidiar as ações do recém-criado MCTI (BRASIL, 2002B). Por outro lado, o seu desdobramento em ações concretas, principalmente no que diz respeito à ampliação e a indução do fomento, somente se consolidou posteriormente, com o advento da legislação que criou os fundos setoriais, bem como o fundo horizontal destinado à infraestrutura para a pesquisa, em 1999 (PACHECO, 2007). Essa legislação também determinava a indução, a ênfase na produção tecnológica e a descentralização. A criação do Decit, em 2000, ainda como Departamento da Secretaria de Políticas de Saúde, sofreu influência desse processo. Porém, foi apenas em 2003, com a criação da SCTI, que o volume de recursos próprios do Decit apresentou aumento considerável e a implantação da política foi ampliada.

Entre os principais obstáculos identificados pela equipe do Decit estava a pequena institucionalização do próprio departamento, no qual a maioria dos técnicos possuía contratos temporários, o que gerava descontinuidade, perda de memória institucional e instabilidade. Como consequência, a organização dos processos de trabalho variava muito, havendo relatos de sobrecarga, centralização e ausência de rotinas de arquivamento de documentos.

Embora o montante de recursos destinados à pesquisa em saúde tenha aumentado consideravelmente, no período analisado, as necessidades identificadas demandavam ainda maior ampliação, tendo em vista, em vários editais analisados, as referências a projetos aprovados no mérito, mas não financiados por falta de recursos.

No que diz respeito ao acompanhamento e à avaliação, embora existissem iniciativas variadas com esse objetivo, a localização dos principais resultados das pesquisas financiadas era difícil, tendo em vista que os sites das redes criadas e o 'Pesquisa Saúde' não se encontravam atualizados.

As limitações da presente avaliação estão relacionadas, em primeiro lugar, ao seu escopo relacionado à necessária delimitação da análise da implantação ao componente gestão do fomento. Os demais componentes do processo, que complementam o fomento à pesquisa, explicitados no segundo modelo lógico *(figura 2)*, incluem: a seleção e o julgamento dos projetos com mérito, sua execução, a produção de conhecimento relevante, até a incorporação desse conhecimento na prática dos serviços de saúde. Todos estes momentos requerem investigação específica adicional, em diversos âmbitos. Em segundo lugar, a incipiência do sistema 'Pesquisa Saúde', bem como a dificuldade de obtenção do conjunto de documentos e informações necessárias à análise.

Conclusões

Os achados da presente avaliação trouxeram evidências sobre a implantação da maioria dos objetivos da PNCTIS, no período compreendido entre 2004 e 2010. As condições de possibilidade que influenciaram este resultado relacionaram-se com diversos fenômenos articulados, como a diversidade de trajetórias dos dirigentes do Decit e a influência das CNCTS. Também possibilitaram a coexistência entre o apoio à pesquisa básica, e a indução do fomento sintonizada com as prioridades das políticas de saúde. Por outro

lado, o processo de redemocratização do País iniciou a incorporação da comunidade científica ao debate sobre a questão. Já a criação dos fundos setoriais, com aporte de um maior volume de recursos para a pesquisa, ao lado da elevação do orçamento próprio do Decit, criaram as condições materiais para o fomento.

Naquele momento histórico, a criação do Decit e da SCTI no MS permitiram a formulação e institucionalização da PNCTIS. A ocupação dos cargos dirigentes dessas instâncias por gestores com trajetória mista, tanto no campo científico como no campo burocrático, com inserção no movimento sanitário, institucionalizaram não somente a consulta aos pesquisadores, por meio da elaboração da ANPPS, como descentralizaram e reduziram as desigualdades, por meio do PPSUS. Desta forma, a gestão do fomento da PNCTIS pode ser caracterizada como exitosa e inovadora, tendo em vista ter conseguido articular a indução do financiamento, visando ao aperfeiçoamento do SUS com o apoio estruturante a grupos de pesquisa consolidados. A despeito destes resultados, seu aperfeiçoamento e sua expansão requerem a ampliação do volume de recursos destinados ao financiamento da pesquisa em saúde, principalmente voltando-se para os projetos estratégicos e de longo prazo.

A finalização da redação do presente artigo ocorreu em um momento de ajuste fiscal e de cortes orçamentários, no ano de 2016, o que poderá impactar sobre o financiamento global de ciência, tecnologia e inovação no País. A análise do período histórico aqui feita, contudo, mantém-se atual como caso exemplar das possibilidades históricas de formulação e implementação de uma PNCTIS capaz de influir no desenvolvimento nacional.

Colaboradores

Ligia Maria Vieira-da-Silva concebeu o desenho da pesquisa, participou da coleta e análise de dados e redação do manuscrito. Monique Azevedo Esperidião contribuiu com a concepção do desenho da pesquisa, participou da coleta e análise de dados e redação do manuscrito. Gerluce Alves Pontes da Silva contribuiu com a concepção do desenho da pesquisa, participou da coleta e análise de dados e redação do manuscrito. ■

Referências

ANDRADE, P. A.; CARVALHO, D. B. B. D. Formulação da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde: retrospectiva do movimento dos grupos de interesse. *Revista de Políticas Públicas*, São Luís, v. 18, n. 2, p. 573-585, 2014.

ALMEIDA-ANDRADE, P. *Avaliação da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde:* contribuições para a pesquisa & desenvolvimento em biotecnologia em saúde (2004-2014). 2015. 269 f. Tese (Doutorado em Política Social) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2015.

BARATA, R. B. *Análise da implementação da Agenda de Prioridade de Pesquisa em Saúde* – produto II. Brasília, DF: Ministério da Saúde – DECIT (47º Termo de Cooperação da OPAS e o Ministério da Saúde), 2008.

BRASIL. Ministério da Ciência e Tecnologia. Centro de Estudos e Gestão Estratégica. *Memórias da Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia*. Brasília, DF: MCTI, 2002. Disponível em: <http://www.cgee.org.br/arquivos/plenarias.pdf>. Acesso em: 30 out. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. Avaliação de Tecnologias em Saúde: institucionalização das ações no Ministério da Saúde. *Revista de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 743-747, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. Fomento às pesquisas em terapia celular e células-tronco no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 44. n. 4, p. 763-764. 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. Da política à ação institucional: prioridades de pesquisa no Ministério da Saúde. *Revista de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, p. 548-552. 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. Rede Nacional de Pesquisa Clínica do Brasil: respostas e redução da dependência estrangeira. *Revista de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 44, n. 3, p. 575-578, 2010c.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.418, de 24 de julho de 2003. Institui o Conselho de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde do Ministério da Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 25 jul. 2003. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_1418_2003.pdf>. Acesso em: 11 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 152/GM, de 19 de janeiro de 2006. Institui o fluxo para incorporação de tecnologias no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 20 jan. 2006c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0152_19_01_2006_comp.html>. Acesso em: 11 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Relatório de Gestão 2008*. Brasília, DF: MS, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_2008_cgsh.pdf>. Acesso em: 5 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. *Decit 10 anos*. Brasília, DF, 2010b. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. *Relatório de Gestão 2005*. Brasília, DF: MS, 2007a. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_decit_2005.pdf>. Acesso em: 5 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. *Relatório de Gestão 2006*. Brasília, DF: MS 2007b. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_decit_2006.pdf>. Acesso em: 5 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. *Relatórios de Gestão 2007*. Brasília, DF: MS, 2008a. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: <http://bvsms.

saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_decit_2007.pdf>. Acesso em: 5 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. *Relatório de Gestão 2004*: Departamento de Ciência e Tecnologia em Saúde. Brasília, DF: MS, 2005. (Série C Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_decit_2004.pdf>. Acesso em: 5 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde*. Brasília, DF: MS, 2008b.

DANDA, G. N.; QUEIROZ, L. F. N.; HOFFMANN, V. E. A hélice do poder público: padrões de distribuição de recursos federais para as Fundações de Amparo à Pesquisa Estaduais. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro, v. 50, n. 5, p. 843-865, 2016.

ELIAS, F. S.; SOUSA, L. E. P. Indicadores para monitoramento de pesquisa em saúde no Brasil. *Ciência da Informação*. Brasília, DF, v. 35, n. 6, p. 218-226, 2006.

GUIMARÃES, R. *et al.* Defining and implementing a National Policy for Science, Technology and Innovation in Health: lessons from the Brazilian experience. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1775-85, 2006.

NATAL, S.; HARTZ, Z.; SANTOS, S. M. C. *Avaliação da Política de Ciência Tecnologia e Inovação em Saúde Implementada pelo Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde, no período de 2003 a 2010*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

PACHECO, C. A. *Manual de Políticas Públicas:* As reformas da política nacional de ciência, tecnologia e inovação no Brasil (1999-2002). Santiago: Cepal, 2007.

SILVA, H. P.; PETRAMALE, C. A.; ELIAS, F. T. S.Avanços e desafios da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v. 46, n. supl., p. 83-90, 2012.

SILVA, R. M.; CAETANO, R. Um exame dos fluxos financeiros do Ministério da Saúde em pesquisa e desenvolvimento (2003-2005), segundo a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 687-700, 2011.

TENÓRIO, M.; MELLO, G. A.; VIANA, A. L. D'Á. Políticas de fomento à ciência, tecnologia e inovação em saúde no Brasil e o lugar da pesquisa clínica. C*iência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1441-1454, 2017.

Recebido para publicação em abril de 2017
Versão final em agosto de 2017
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: Convênio Fiocruz/Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde (Decit). Projeto (Ensp-008-LIV-11)

Política Nacional de Atenção Hospitalar: con(di)vergências entre normas, Conferências e estratégias do Executivo Federal

National Policy for Hospital Care: con(di)vergences among the Federal Executive's rules, Conferences and strategies

Thadeu Borges Souza Santos[1], Isabela Cardoso de Matos Pinto[2]

RESUMO Objetivou-se analisar a formulação da Política Nacional de Atenção Hospitalar e suas convergências e divergências com as Conferências Nacionais de Saúde e aos Planos Nacionais de Saúde no pós Constituição Federal de 1988. Os documentos foram coletados entre janeiro e junho de 2016 e tratados e analisados até dezembro de 2016. Os resultados quanto à formulação da política foram subdivididos nos períodos de pré-decisão, de 1988 a 2002, e decisão, de 2003 a 2013. No primeiro, foi marcante o caráter normativo voltado para a contratualização e descentralização da gestão hospitalar em nível estadual. Na decisão, houve crescimento da gestão indireta, aprofundando o tensionamento frente às deliberações das Conferências.

PALAVRAS-CHAVE Políticas públicas de saúde. Formulação de políticas. Hospitais públicos.

ABSTRACT *This paper is aimed at analyzing the National Policy for Hospital Care and its convergences and divergences regarding National Health Conferences and National Health Plans in the 1988 Brazilian Federal Constitution. Documents were collected from January to June 2016, then processed and analyzed until December 2016. Results on policy making were subdivided into pre-decision and decision periods. In the first one, the normative character pointing to the formalization of contracts and the decentralization of hospital management at the state level can be highlighted. During the decision period, the indirect management model was strengthened, thus enhancing tensions involving decisions made in Conferences.*

KEYWORDS *Public health policy. Policy making. Public hospitals.*

[1] Universidade do Estado da Bahia (Uneb), Departamento de Ciências da Vida – Salvador (BA), Brasil.
thadeu100@gmail.com

[2] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil.
isabelacmp@gmail.com

Introdução

A atenção hospitalar é temática importante na análise de políticas públicas de saúde e objeto de constante preocupação por parte dos gestores, tendo em vista a complexidade e os desafios existentes na área. Seu fomento é histórico no Brasil desde o período colonial e fortaleceu o modelo assistencial médico-hospitalocêntrico e liberal nas repúblicas e ditaduras dos séculos seguintes.

A organização hospitalar se transformou durante os séculos. Da concepção religiosidade e destinada aos moribundos, tornou-se instrumento da prática médica terapêutica-curativa e investigativa que marcou o nascimento da clínica e alcançou a concepção moderna do Século XIX, quando se desenvolveu o modelo disciplinar fundamentado nas relações de poder (FOUCAULT, 2015). Na segunda metade do Século XX, a partir do pós-guerra, ampliou-se o porte estrutural e número de leitos, tornando-se preocupação central dos sistemas de saúde nacionais (BRAGA NETO *ET AL.*, 2012).

Diante dos desafios postos sobre sustentabilidade financeira, relevância social e responsabilização do Estado brasileiro com o direito à saúde, foram exigidas readequações ao perfil dos hospitais de modo a assumir novas funções (RIBEIRO; DACAL, 2012). Esse fenômeno sócio-histórico, associado à readequação da organização hospitalar brasileira, se desenvolveu em meio ao processo de criação e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRAGA NETO *ET AL.*, 2012).

A partir da última década do Século XX, esse nível de atenção se mostrava hegemônico, com alto custo de financiamento, adotando sobreposição de variadas tecnologias e exigindo formação de pessoal especializado (SOLLA; CHIORO, 2012). À gestão, implicava baixa autonomia técnico-administrativa dos diretores, entraves burocráticos da responsabilidade fiscal, exigências licitatórias e processo de contratualização de pessoal (NOGUEIRA, 2011).

Ao final da primeira década dos anos 2000, as internações se concentravam nas regiões Sudeste e Nordeste, a baixa cobertura dos leitos públicos exigia contratação complementar para melhoria da densidade de leitos por habitantes e houve criação de novos Hospitais, principalmente de Pequeno Porte (HPP), a partir da descentralização da gestão (PAIM *ET AL.*, 2011).

Deve-se ressaltar que o setor privado vem mantendo e inovando suas formas de relação com o setor público (PAIM *ET AL*, 2011), situação que coloca a relação público-privado dentre as dimensões analíticas da implantação do SUS e do papel do Estado nesse processo (HEIMANN *ET AL.*, 2011). Assim, é relevante compreender o processo de formulação da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) de 2013.

Considerando que a regulamentação da atenção hospitalar no SUS se iniciou a partir da Constituição Federal Brasileira de 1988 (CFB/1988), nestes 25 anos, entre 1988 e 2013, foram instituídos documentos legais oriundos do Poder Executivo Federal que formularam processualmente as bases regulamentadoras à atenção hospitalar no SUS. Desse modo, evidenciado o fenômeno da formulação da política de atenção hospitalar brasileira no período pós-constituinte e tendo em vista a lacuna identificada na produção cientifica, o este artigo objetivou analisar a formulação da PNHOSP e suas convergências e divergências em relação às Conferências Nacionais de Saúde (CNS) e aos Planos Nacionais de Saúde (PNS) pós Constituição Federal de 1988.

Métodos

Trata-se de análise documental de natureza qualitativa e exploratória (MINAYO, 2012) e de análise de política pública (PINTO; VIEIRA-DA-SILVA; BAPTISTA, 2014). Adotou-se a concepção teórica do Ciclo da Política Pública, em específico, da fase de formulação da política como referencial de análise (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013).

A temporalidade considerada foram os 25 anos compreendidos entre a CFB/1988 e a PNHOSP em 2013. A pesquisa documental

foi realizada eletronicamente entre janeiro e junho de 2016 por meio de *site* público que incluiu 39 documentos, sendo três leis, dois decretos, 24 portarias, sete relatórios de Conferências Nacionais e três Planos Nacionais de Saúde. Seu tratamento consistiu em leitura exaustiva para identificação dos aspectos inerentes à gestão da atenção hospitalar e organização cronológica dos conteúdos documentais que foram alinhados aos respectivos períodos de governo federal, do Governo Sarney ao Governo Dilma 1, até dezembro de 2016. A perspectiva crítica se fundamentou na triangulação desses achados com as recomendações das CNS de 1988 a 2013 e com as estratégias definidas nos PNS de 2004 a 2015 e suas con(di)vergências com a PNHOSP. Assim, apresenta-se o *quadro 1*, contendo a síntese da reflexão sobre períodos político-administrativos, marcos normativo-legais da saúde e desalinhamentos das estratégias governamentais.

Este estudo vincula-se ao projeto Análise de Políticas e Saúde no Brasil (2003-2017), faz parte da pesquisa intitulada 'Modelos alternativos de gestão na Atenção Hospitalar do SUS Bahia' e tem aprovação do Comitê de Ética na Pesquisa (CAAE 41872715.2.0000.5030).

Quadro 1. Con(di)vergências entre normas, Conferências e estratégias do Executivo Federal na formulação da PNHOSP, por períodos do governo federal

Períodos	**Primeiro período normativo da formulação**					**Segundo período normativo da formulação**		
Governos	**Sarney**	**Collor**	**Itamar**	**FHC 1**	**FHC 2**	**Lula 1**	**Lula 2**	**Dilma 1**
Dimensões	**1985-89**	**1990-92**	**1992-94**	**1995-2002**		**2003-10**		**2011-14**
Político-administrativas	Em meio ao processo de redemocratização, este período se constituiu na perspectiva legitimadora através da sanção da CFB e LOS. Criou o SUS como parte da seguridade social e com diretrizes de descentralização, integralidade e controle social. Iniciou a implantação do SUS com as NOB e Noas. Suas eleições sucederam cinco períodos do governo federal que se caracterizaram como: desenvolvimentista, com agenda neoliberal, controle inflacionário, tributação específica à saúde, normatização dos processos de compras e contratos pelo poder público e modernização administrativa. Implementou-se o novo gerencialismo a medida que fundamentou o neo-desenvolvimentista com plano de privatizações, diminuição do funcionalismo público, seletividade de políticas sociais e reforma previdenciária. **Marcos administrativos:** - CFB/1988: expondo os princípios da administração pública (legalidade, impessoalidade, moralidade e publicidade) e sua configuração como caráter direto ou indireto (por autarquias e fundações); - Lei nº 8.666/1993: instituiu normas para licitações e contratos da administração pública; - EC nº 01/1994: criação do Fundo Social de Emergência (FSE); - Mare/1995: ministério criado e responsável pelo Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE); - EC nº 19/1998: inclui o princípio da eficiência na administração pública; - Lei nº 9.637/1998: criou as OS com o Programa Nacional de Publicização; - Lei nº 9.790/1999: criou as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip) e o Termo de Parceria; - Lei nº 101/2000: estabeleceu normas públicas à responsabilidade de gestão fiscal; - EC nº 27/2000: renomeado Fundo Social de Emergência (FSE) para Desvinculação da Receita da União (DRU).					Iniciado no quinto governo eleito pós-constituinte, caracterizou-se pela continuidade denominada de neo-desenvolvimentismo, caráter sócio-liberal. Consequentemente, estruturou agenda de inclusão, políticas sociais e incentivos de redistribuição de rendas. Administrativamente, aperfeiçoou a transparência e controle do Estado e ampliou estratégias de gestão pública por parcerias e concessões. Foi marcante no remodelamento normativo da atenção à saúde, e especificamente à atenção hospitalar, com valorização da intersetorialidade e relação entre os níveis de atenção. **Marcos administrativos:** - Lei nº 1.1079/2004: instituiu normas gerais para licitação e contratação de PPP no âmbito da administração pública; - Portaria nº 161/2010: estabeleceu a cooperação entre entes públicos; - Portaria nº 1.034/2010: dispôs sobre participação complementar das instituições privadas ou sem fins lucrativos; - Lei Complementar nº 141/2012: regulamentou valores mínimos a serem aplicados em serviços de saúde pelas esferas de governo; - Lei nº 12.550/2011: cria a EBSERH; - Lei nº 13.019/2014: cria a Organização da Sociedade Civil (OSC); - EC nº 42/2003, EC nº 56/2007, EC nº 68/2011: renovações da DRU.		

Quadro 1. (cont.)

Marcos Normativo-legais daPolítica de Saúde	1986: VIII CNS; 1988: Instituída a nova CFB, onde a saúde é considerada direito social e dever do Estado, os serviços se vinculam ao SUS e podem ser público e privado, exercidos com caráter de público direto, complementar e suplementar; 1990: LOS no 8.080 e no 8.142; 1991: NOB 91; 1993: NOB 93; 1996: NOB 96; 2000: EC no 29 que altera artigos e assegura constitucionalmente recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde; 2001: Noas 01; 2002: Noas 02;	2003: PNAU; 2004: RAHB, PNH, PN-HPP; 2006: Pacto Saúde; PPI-Assistência; 2008: PN-Regulação; 2009: Certificação das Entidades Beneficentes; 2010: RAS/SUS; Termo de Cooperação entre Entes Públicos; Participação complementar das instituições privadas ou sem fins lucrativos; 2011: RAU/SUS; Regulamenta LOS; Conitec; Rede Cegonha; Rede Psicossocial; RDC Boas Práticas de Funcionamento; Readéqua PNAU, RAU, PNAB e a Certificação das Entidades Beneficentes; 2012: Rede de Cuidado a Pessoa com Deficiência; Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde; 2013: Redefine Atenção Domiciliar; Rede Atenção às Doenças Crônicas; Institui a PNHOSP, contratualização de hospitais/SUS.
Convergências e/ou Divergências Estratégicos	As deliberações tomadas entre as VIII e XI CNS evidenciaram importantes (des)alinhamento com a formulação da PNHOSP. Entre os alinhamentos, destacam-se: participação orgânica da sociedade no SUS, descentralização na perspectiva da municipalização. Como desalinhamentos: priorização da saúde frente ao cenário de crise política e econômica, mudança do modelo de atenção hegemônico e financiamento tripartite, complementaridade de serviços serem com caráter de direito público ou convênio, melhoria na qualidade e cobertura assistencial, contrário às múltiplas formas de privatizações e modelos alternativos de gestão, ampliação da autonomia, inadequados instrumentos de acompanhamento, avaliação e regulação.	Ocorreram da XII a XIV CNS. Houve alinhamento quanto ao movimento sanitarista brasileiro, desburocratização, descentralização à regionalização, reforço a seguridade social, fluxos de pactuações e financiamento tripartite, melhoria à gestão de RHS, ampliação da cobertura e fortalecimento dos HPP. Como desalinhamentos: reforma tributária e adequação da responsabilidade social, iniciativa privada em financiamento e regulação, mercantilização da saúde, função regulatória e proibição de privatização, não à DRU e gerencialismo.

Fonte: Conass (1986, 1992, 1998, 2001, 2004, 2008, 2012); Brasil (2005, 2010, 2011).

Resultados e discussão

É importante apresentar os achados desta pesquisa iniciando pela compreensão da PNHOSP e seus dois períodos normativos de formulação. Posteriormente, houve condições de perceber e analisar as convergências e divergências com as deliberações das CNS e estratégias do Executivo Federal expostas nos PNS.

Sobre a Política Nacional de Atenção Hospitalar

A PNHOSP considera os hospitais organizações complexas, destinadas à prestação de assistência conforme perfil epidemiológico e demográfico da Rede de Atenção à Saúde (RAS) regional. Suas diretrizes atendem aos (1) princípios da universalidade, equidade, integralidade e controle social, (2) regionalização da atenção e continuidade da atenção por meio da articulação regulada com os outros serviços, (3) modelo de atenção centrado no cuidado humanizado e interdisciplinar, (4) financiamento tripartite conforme pactuação e (5) monitoramento, avaliação, transparência e eficiência na aplicação dos recursos (BRASIL, 2013).

Três eixos estruturantes da política se destacam. A gestão hospitalar que versa sobre qualidade da assistência, cumprimento de metas contratualizadas, eficiência e transparência, planejamento participativo, papel na RAS, fluxos regulatórios e critérios de monitoramento e avaliação. O financiamento tripartite e os instrumentos formais de contratualização que regularizam a relação entre o gestor e os hospitais públicos e privados por meio de critérios regionais, orçamentários, de monitoramento e cumprimento das metas, aprimoramento assistencial e efetivação do controle social e transparência. E a responsabilidade das esferas de gestão que especifica competências das Secretarias Estaduais de Saúde frente a metas e prioridades para

atenção hospitalar, co-financiamento, contratualização e monitoramento ou avaliação.

Quanto à contratualização, fica estabelecido que o ente contratante regulará ações, serviços e responsabilidades dos contratados quanto à assistência, ensino-pesquisa, cumprimento dos compromissos, metas e serviços contratualizados e monitoramento, avaliação e auditorias.

Períodos normativos da formulação da PNHOSP

A pesquisa retrospectiva e organização cronológica permitiu o aprofundamento em dimensões importantes para a análise das bases que sustentam a Política. Nesse sentido, a referencialidade legal e regimental da atenção hospitalar foi dividida em dois períodos analíticos.

PRIMEIRO PERÍODO NORMATIVO DA FORMULAÇÃO

Constituiu-se pela perspectiva da legitimação, por meio das Leis Orgânicas da Saúde (LOS) e início da implantação do SUS pelas Normas Operacionais Básicas e de Assistência de Saúde (NOB e Noas), e foi delimitada entre 1988 e 2002, períodos dos Governos Sarney, Collor, Itamar e Fernando Henrique Cardoso 1 e 2 (FHC1 e FHC 2).

O Governo Sarney (1985-1989) marcou o movimento pré-constituinte que conduziu à nova CFB de 1988 (DAVID, 2011), conhecida como Constituição Cidadã por ter resultado da redemocratização do País, do fortalecimento da participação da sociedade brasileira e do movimento vitorioso das eleições presidenciais conhecido como 'Diretas, Já!' (PAIM, 2013).

Constitucionalmente, o SUS foi criado como parte da seguridade social, sendo as organizações hospitalares definidas como unidades da rede hierarquizada e regionalizada do sistema, que inaugurou o novo caráter de Estado brasileiro, agora orientado ao bem estar-social, possibilitando legitimação da seguridade social que assegurou o direito à saúde (FLEURY; OUVERNEY, 2012).

Na primeira eleição direta pós-constituinte, foi eleito Fernando Collor de Melo, que permaneceu por aproximadamente dois anos (1990 a 1992), manteve o processo de desenvolvimentismo e adotou agenda de governo com caráter neoliberal, conforme Programa de Desestatização do Estado (PDE) (DAVID, 2011). Com o seu *impeachment*, Itamar Franco (1992 a 1994) assumiu a gestão focado no controle inflacionário por meio do Plano Real e da criação de normas para compras e contratos no setor público por meio da Lei de Licitações nº 8.666/1993. No que tange ao setor saúde, esses governos foram responsáveis pela sanção das LOS e NOB1991 e NOB1993, inaugurando a implantação do SUS e criando a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), primeiro tributo destinado à saúde.

A partir de 1995, iniciaram-se os Governos FHC1 e 2 (1995 a 2002), quando foi criado o Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (Mare), erguendo a bandeira da modernização administrativa e implantando com vigor a agenda reformista da administração pública gerencialista. O neo-desenvolvimentismo emplacou às custas de privatizações infra-estrutural, diminuição do funcionalismo público, seletividade de políticas sociais e reforma previdenciária (COSTA; LAMARCA, 2013). Como instrumentos legais, destacam-se a Emenda Constitucional nº 19/1998, que incluía o princípio da eficiência na administração pública, e as Leis de Responsabilidade Fiscal e de readequação do PDE.

Como marcos normativos da atenção hospitalar destacam-se a continuidade do processo de implantação do SUS com a descentralização da gestão por esferas de governo por meio das NOB e Noas. Elas foram documentos importantes por iniciarem a reforma da saúde e representam perspectiva verticalizada (ANDRADE, 2001) do Poder Executivo Federal na implantação das políticas de saúde do primeiro período desta análise. Os

documentos permitem agrupar tais períodos de governo quanto à regulação do sistema de saúde e atenção hospitalar no SUS.

A NOB 1991 não rompeu com a lógica reguladora estabelecida pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps), conduziu à equiparação dos prestadores públicos e privados quanto ao repasse orçamentário para atenção hospitalar e conformou o Sistema de Informação Hospitalar (SIH) via Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Na NOB 1993, criaram-se os mecanismos de descentralização da gestão e capacidade regulatória aos municípios e estados e o orçamento por meio de repasses aos respectivos Fundos de Saúde, sendo histórico desse ano a extinção do Inamps e criação do Sistema Nacional de Auditoria; além das Agências Nacionais de Saúde (2000) e de Vigilância Sanitária (1999), que reiteram a concepção regulatória do Estado sobre o setor saúde (SANTOS; MERRY, 2006).

Destaca-se que foi por meio da NOB 1996 que se reajustou o orçamento da saúde à nova concepção baseada na densidade demográfica e série histórica. E atenta-se à coincidente relação entre instrumentalização dos processos de descentralização dependente, quer tutelada ou vinculada, com a transversalidade reformista da administração pública do período, que criava as Organizações Sociais como um dos modelos alternativos de gestão indireta; via governamental denominada como publicização.

A regulação sobre a rede hospitalar pública e privada ficou sob a responsabilidade do nível estadual da gestão do SUS na Noas 2001, recomendação orientada pelo processo de regionalização e que se instrumentalizou com a Noas 2002 por meio de pactos entre os três níveis de gestão (SANTOS; MERRY, 2006).

Entre 1988 e 2002, foram então sancionados documentos jurídico-normativos com o objetivo de implantar o SUS, dos quais somente as LOS foram consideradas na PNHOSP, definindo que a gestão do sistema hospitalar deve ser de competência estadual e que o Fundo Nacional de Saúde (FNS) componha o seu orçamento; revelando que a não inclusão das normas operacionais ocorre como possível ruptura entre o primeiro e segundo períodos desta análise.

Muito embora, com olhar retrospectivo, perceba-se que nesse primeiro período houve manutenção de uma espécie de 'patrimônio normativo', em que entraram na agenda governamental: a responsabilização dos implementadores estaduais e municipais vinculados à formalização da contratualização por meio de termo de compromisso; o planejamento integrado com pactuações de redes assistenciais microrregionais que tenham leitos de internação hospitalar; o financiamento submetido a critérios tais como parecer da auditoria do SUS, notificação no sistema de informação e pagamento dos prestadores dos serviços; e o fortalecimento do controle social.

SEGUNDO PERÍODO NORMATIVO DA FORMULAÇÃO

Esse período se iniciou com a mudança presidencial ao Governo Lula 1, em 2003, e durou até o ano da tomada de decisão pela PNHOSP em 2013, no Governo Dilma 1. O Governo Lula permaneceu por dois mandatos (de 2003 a 2010) e de natureza liberal com ajustamento à dimensão social, de modo que foi um misto de continuidades e mudanças (COSTA; LAMARCA, 2013).

No início de seu primeiro mandato, em 2003, reunião governamental coordenada pela Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS) desenvolveu o plano da Reforma da Atenção Hospitalar Brasileira (RAHB), publicado em 2004, objetivando indicar direções de esforços governamentais à recondução da atenção hospitalar. Constituiu-se como marco histórico da formulação de políticas, pois apresentava proposta de readequação do modelo de atenção à saúde e normatização à política pública de atenção hospitalar no Brasil. Foi amplamente discutida na Comissão Intergestora Tripartite

(CIT) e posteriormente aprovada por unanimidade pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) (REIS; CECICLIO, 2009).

Conjuntamente, incluía-se o fomento, a intersetorialidade e a inter-relação com os níveis de atenção no processo de recondução da atenção hospitalar por meio da Política Nacional de Humanização (PNH) de 2003; documento marcante por conduzir alinhamentos que as futuras normatizações pré-decisórias deveriam respeitar. Juntos, inauguraram o segundo período da formulação da PNHOSP e perseguiram a formulação da política com dimensão social, atuação em rede solidária e protagonismo dos sujeitos, diretrizes da reestruturação e estratégias de adequação dos serviços hospitalares no SUS.

Destaca-se que a saúde foi o principal setor com processo de descentralização da gestão nesse período (COSTA; LAMARCA, 2013), sendo relevante destacar a via da contratualização como estratégia escolhida e incluída na RAHB (REIS; CECICLIO, 2009). Outros documentos normativos, que remetem à inovação do modelo de atenção hospitalar no SUS e a partir da RAHB, sancionados nos governos Lula 1 e 2 são as Políticas Nacionais de Atenção às Urgências (PNAU), de Hospitais de Pequeno Porte (PNHPP) e de Regulação do SUS, Pacto pela Saúde e de Gestão, Programação Pactuada Integrada (PPI) da Assistência e as Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Outros instrumentos regulamentadores da relação entre as esferas públicas estatal e não estatal foram o Termo de Cooperação entre Entes Públicos, Certificação da Beneficência na Seguridade Social e reestabelecimento sobre participação complementar das instituições privadas; documentos vocacionados à continuidade descentralizadora das funções estatais que marcaram a década de 1990 e continuaram como fenômeno nos anos 2000 (COHN, 2011).

Sucedido nas eleições, o Executivo Federal seguiu com Governo Dilma Rousseff 1 (2011 a 2014), que se caracterizou pela continuidade da agenda de inclusão com as políticas sociais e incentivos de renda redistributivas, aperfeiçoamento da transparência e controle do Estado, bem como ampliação das estratégias de gestão pública por parcerias e concessões (PESSOA, 2015).

Dezoito documentos analisados neste estudo foram sancionados nesse governo. Iniciaram-se com as Redes de Atenção as Urgências (RAU), Cegonha e de Atenção Psicossocial, regulamentação da LOS nº 8.080, composição, competências e funcionamento da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (Conitec) no SUS, boas práticas de funcionamento dos serviços, readequação das Políticas Nacionais de Atenção as Urgências (PNAU) e de Atenção Básica (PNAB) e da Certificação das Entidades Beneficentes. Foram estratégias de grande relevância nesse período de análise.

Destaca-se, na PNAU e RAU, o protagonismo do governo federal frente ao financiamento, regionalização, processos formativos e implantação de comitês regionais. O enfrentamento contemporâneo em adotar fluxos de incorporação e divulgar avaliações de tecnologias no SUS e fortalecimento da institucionalização do SUS com responsabilização de gestores, garantia de recursos e estratégias de acompanhamento das ações planejadas.

Em 2012, ascendeu na agenda a importância do cuidado à pessoa com deficiência, instituída como rede de atenção. A oportunidade foi aproveitada, também, para regularizar as ações e serviços aos usuários, com tabelas de preços e financiamento tripartite, por meio da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases). Em 2013, redefiniu-se a Atenção Domiciliar (AD) no âmbito do SUS e instituiu-se a Rede de Atenção às Doenças Crônicas e o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

O conteúdo desses documentos normativos do segundo período de análise pode ser organizado em três grupos: a) ajustes na determinação contratual das relações assistenciais e de gestão; b) aperfeiçoamento do planejamento da atenção hospitalar frente às redes de atenção; e c) redefinição conceitual da atenção assistencial hospitalar no âmbito do SUS.

Vale ressaltar que a PNHOSP não explicita consideração sobre a Portaria nº 1.034/2010, que versa sobre a participação complementar das instituições privadas ou sem fins lucrativos de assistência à saúde no âmbito do SUS. Ela é importante porque conceitua os instrumentos de contratualização, como convênio – quando a parceria é firmada com instituição privada sem fins lucrativos– e contrato administrativo – quando estabelece relação de compra de serviços entre o ente público e instituições privadas com ou sem fins lucrativos. Outra relevância dessa portaria está no fato de ela obrigar o ente público a respeitar requisitos da Lei nº 8.666/1993, que dispõe sobre normas para licitações e contratos da administração pública.

CNS E A PNHOSP: CONVERGÊNCIAS E DIVERGÊNCIAS

Com o objetivo de se criarem articulações e convergências entre o marco normativo-jurídico e as deliberações das CNS, podem-se destacar importantes aspectos em relação à gestão da atenção hospitalar. Conforme estruturados os períodos e análises, apresenta-se primeiramente o conjunto de deliberações produzidas entre a VIII e a XI CNS, cujos temas emergiram da conjuntura de redemocratização política do País e implantação do SUS. Em seguida, o período iniciado em 2003, com a mudança governamental ocorrida na esfera federal, responsável pela realização da XII a XIV CNS.

Registra-se que houve continuidade do tensionamento provocado pelas CNS no primeiro período, decorrente da falta de convergências do Poder Executivo Federal com o processo de implementação do SUS. Essas considerações sobre a atenção hospitalar nos respectivos relatórios das CNS pós-constituintes constituíram o *quadro 2*.

Quadro 2. Deliberações das Conferências Nacionais de Saúde – períodos de formulação da PNHOSP, no pós Constituição Federal do Brasil de 1988

Período	CNS	Deliberações
Primeiro período normativo da formulação	VIII CNS	Ocorrida durante a constituinte, esta conferência representa um marco decisivo à formulação e inclusão do SUS na CFB de 1988. Nela foram estabelecidas diretrizes, sistematização dos níveis ascendente de gestão, complexidade dos problemas de saúde, fomento ao caráter público estatal e necessidade de unificação dos hospitais ao SUS.
	IX CNS	Foi a primeira a acontecer no contexto de implantação do SUS, da implementação da Lei Orgânica da Saúde e primeira NOB e oportunizou intensos debates à priorização da saúde, em meio aos contornos dramáticos do cenário de recessão e desemprego da época. Posicionou-se resistência às múltiplas formas de privatizações (recomendando caráter de direito público ou convênio nos contratos de complementaridade de serviços. Apontou-se necessidade de mudanças quanto ao modelo hegemônico que vigorava, dependência do setor privado e restrita cobertura assistencial.
	X CNS	Houve manifestação contrária às NOB, definiu atribuições aos gestores e apontou preocupação com o curso da Reforma Administrativa do Estado (RAE) que já se caracterizava pela ampliação da relação entre público e privado. Defendeu, assim, o caráter estritamente complementar e rejeitando contratos de gestão, terceirização e privatização dos serviços públicos.
	XI CNS	Frente aos ajustes fiscais impulsionados pela reforma do Estado, cenário de crescimento dos planos e seguros privados, desarticulação entre os níveis de atenção, precariedade do acesso e insuficiente regulação governamental. De tal modo, recomendou fortalecimento da regulação, melhoria do serviço público, inclusão da cultura de avaliação/auditoria/controle, novos mecanismos de controle social e rejeição a LRF.
Segundo período normativo da formulação	XII CNS	Ao processo reforma tributária, defende-se a democracia, efetivação da integralidade e seguridade social, reitera-se a importância de garantir o controle social, regionalização, descentralização e desburocratizar gestão dos serviços e fundos da seguridade social. Posicionou-se contrário à atuação da iniciativa privada nas atividades de intermediação do financiamento e regulação da assistência médico-hospitalar. No que tange a gestão da saúde, defende-se a consolidação do SUS através da descentralização, com mecanismos que impeçam o clientelismo e mercantilização da saúde, regulamentação dos fluxos de pactuações. Redefinição da relação dos hospitais universitários e integração da Rede Sarah ao SUS. Garantia de recurso para investimento e custeio dos serviços de urgência e emergência, internação domiciliar e ampliação da média e alta-complexidade e necessidade de redefinir formas de pagamento e recomendada criação de incentivos financeiros aos hospitais de referência públicos com menos de 50 leitos, incentivo financeiro aos que atingirem metas estabelecidas pelo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH) e tratar equitativamente os hospitais de ensino públicos e filantrópicos nas transferências de recursos.

Quadro 2. (cont.)

Segundo período normativo da formulação	XIII CNS	Destacou que o SUS é uma política de Estado e, especificamente sobre a gestão e atenção hospitalar, aponta para necessidade de redes assistenciais, humanização, integração dos HU ao SUS, existência de conselho gestor e prestação de contas nos serviços financiados pelo SUS, apoio estadual e municipal aos HPP, estabelecimento de protocolos assistenciais e de referencialidade, bem como ampliação de leitos e cobertura.
	XIV CNS	Considerou o SUS como política pública e patrimônio do povo brasileiro. Rejeitou as alternativas de gestão por Organizações Sociais, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, Fundações Estatais de Direito Privado e criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Preocupou-se com a DRU, a regulamentação da EC nº 29, garantia do financiamento a saúde na Reforma Tributária, custeio especifico do Complexo Regulador e exclusão do gasto com o pessoal da saúde na Lei de Responsabilidade Fiscal. Recomendou a instituição dos Contratos Organizativos da Ação Pública (conforme Decreto nº 7.508/2011) e agenda do Pacto pela Saúde. Manteve a sugestão de criação da Lei de Responsabilidade Sanitária, implantar um Sistema Nacional de Regulação do SUS e estruturação do Sistema Nacional de Auditoria (ampliando controle, avaliação, ouvidoria e auditoria sobre os contratos e gastos). Quanto a rede de atenção à saúde e hospitalar, recomendou que hospitais universitários públicos sejam 100% SUS; implantação de Programa de Internação Domiciliar (PID) e do Tratamento Fora do Domicílio (TFD); otimização de fluxos e criação de centrais de regulação regionais. Preocupou-se com a qualificação da rede hospitalar de urgência e emergência e ampliação da oferta de leitos (UTI, trauma-ortopedia, perinatal, infantil, obstetrícia, oncológico e reabilitação), procedimentos e exames de alta complexidade. Apontou necessidade de ampliação dos recursos para aquisição de equipamentos e materiais permanentes, de debates sobre integração das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) com a rede de atenção básica e deatualização anual das tabelas de procedimentos do SUS de acordo com os índices de inflação.

Fonte: Brasil (1986, 2012).

A VIII CNS foi arena constituinte da saúde (ANDRADE *ET AL.*, 2013) que oportunizou a sociedade civil, participação orgânica na redemocratização e construção do que seria o SUS na CFB de 1988. A XIX CNS ocorreu em meio aos intensos debates de crise do Estado, sendo relevante pela defesa da descentralização municipalizada, participação da comunidade nas políticas públicas, mudança no modelo de atenção, financiamento tripartite e que a complementaridade privada fosse por contrato de direito público ou convênio (ANDRADE *ET AL.*, 2013).

A X CNS foi reforçada com a importância do ajuste do modelo de atenção, ampliação da autonomia e do controle social nos serviços públicos de saúde, e se posicionou contrária aos modelos alternativos de gestão. E defendeu-se, na XI CNS, o financiamento definitivo e suficiente, suspensão dos contratos e convênios que substituíssem a gestão pública (CONASS, 2009). Destacando como problemas, houve falta de modelo de gestão para efetivação do SUS, inadequados instrumentos de acompanhamento, avaliação e regulação e continuidade do modelo hospitalocêntrico de atenção à saúde (ANDRADE *ET AL.*, 2013).

Com a mudança política no Executivo Federal ocorrida em 2003, as seguintes CNS pós-constituintes mantiveram a militância sanitarista e firmeza na posição contrária aos modelos alternativos de gestão. Mas novos tensionamentos se estabeleceram.

Na XII CNS, a expressiva participação popular teve alinhamento com o movimento sanitário brasileiro, merecendo destacar quatro dos dez eixos centrais do seu relatório: enfrentamento ao processo de reforma tributária, gestão do sistema, aspectos da atenção hospitalar e financiamento (CONASS, 2009). Posicionou-se contrariamente à atuação da iniciativa privada, defendeu a necessidade de Lei de Responsabilidade Social (ANDRADE *ET AL.*, 2013), melhoria do monitoramento-fiscalização dos contratos e da qualidade e prestação de contas dos entes filantrópicos e conveniados, proibição de privatização ou terceirização de serviços hospitalares. À atenção hospitalar, destaca-se a necessidade de ampliação da cobertura com integralidade, melhoria da capacidade instalada e responsabilidades na referencialidade.

Na XIII CNS, emergiram como desafios

a serem enfrentados: gestão de recursos humanos, qualidade da atenção e acesso, mecanismos de controle, ampliação dos recursos e sua alocação eficiente. Intensificou-se a preocupação quanto aos problemas de financiamento, Desvinculação de Recursos da União (DRU) e combate à racionalização neoliberal e privatista. Assim, rejeitou-se a adoção de modelos de gerenciamento por Fundação Estatal de Direito Privado, Organizações Sociais e da Sociedade Civil de Interesse Público e regimes de concessão pública de modo a não privatizar o SUS, aspecto que motivou três moções.

Uma das quinze diretrizes temáticas da XIV CNS teve foco na atenção hospitalar. Rejeitou as alternativas de gestão indireta e se preocupou com a continuidade dos problemas relacionados ao financiamento (ANDRADE *ET AL.,* 2013). Defendeu o SUS 100% frente à expansão dos convênios e contratos no SUS. Aprovou a necessidade de fortalecimento do caráter regulatório do Estado e definiu como alternativas a serem adotadas para atenção hospitalar: a implantação da internação domiciliar e tratamento fora do domicílio, criação de Centrais de Regulação Regionais e qualificação da rede e ampliação da oferta de leitos hospitalares de urgência e emergência, e estabeleceu que o perfil epidemiológico e sociodemográfico fosse parâmetro para construção de hospitais e unidades de média complexidade.

Neste segundo período analítico, a relação entre os marcos normativos e o fomento das CNS revela existência de um misto entre convergência e divergência. Dentre os alinhamentos, estão a maior preocupação do governo federal em normatizar processos que aperfeiçoam a capacidade de gestão pela pactuação, implantação de novos processos de financiamento (CARVALHO, 2007) e legitimação da Emenda Constitucional nº 29, embora tenha frustrado as expectativas sobre a vinculação financeira do nível federal às despesas com ações e serviços públicos de saúde. Também, houve correlação do processo de implantação das RAS, como: reestabelecimento da relevância dos HPP na rede, ampliação da cobertura assistencial com estabelecimento de fluxos regulatórios, priorização de populações anteriormente negligenciadas, como as pessoas com deficiências, processo de aperfeiçoamento da gestão participativa com os colegiados gestores e avanços sobre a contratualização de modo a favorecer a ação reguladora do Estado (CARVALHO *ET AL.*, 2012).

Todavia, dois desalinhamentos foram centrais: a continuidade da DRU como opção da política econômica adotada nestas décadas dos anos 2000, o que agravou o subfinanciamento da Seguridade Social (PAIM, 2013) e, consequentemente, o orçamento contínuo e garantido à atenção hospitalar. O outro foi a ampliação das alternativas de gestão pública indireta, com consequente sanção das leis que criaram as leis das Parcerias Público Privada (PPP), da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e da Organização da Sociedade Civil (OSC), marcante caráter descentralizador à via da flexibilização administrativa (PESSOA, 2015).

ESTRATÉGIAS DO EXECUTIVO FEDERAL ÀS CNS E PNHOSP

Considerando o importante papel das CNS na inclusão de questões relevantes à agenda governamental, o processo de formulação de políticas públicas de saúde e ponderando que o período governamental iniciado em 2003 se caracterizou como janela de oportunidade (PINTO, 2008) à PNHOSP, tornou-se relevante cotejar as prioridades tomadas como ações estratégicas a serem implantadas no segundo período de formulação, compreendido entre 2003 e 2013.

A síntese dos PNS 2004, 2008 e 2012 (*quadro 3)* revela que a atenção hospitalar foi um dos enfrentamentos do segundo período governamental analisado. Houve alinhamento entre marcos normativos e CNS, quando o governo reconhece a necessidade de mudanças do modelo de atenção, direcionando

à: integração entre os níveis de atenção e esferas de gestão, incorporação de modelos gerenciais com melhoria do desempenho e cogestão e redefinição do papel dos hospitais como referências nas linhas de cuidados (DEUS; MELO, 2015). Esta última foi experiência voltada à superação da fragmentação sistêmica por meio das RAS, principalmente de atenção às urgências e emergências que qualificariam as unidades para as linhas de cuidado traumato-cérebro-cardiovascular e de leitos de retaguarda para internação e cuidados intensivos (SOARES; SCHERER; O'DWYER, 2015).

Quadro 3. Estratégias de planejamento em saúde pelo Executivo Federal brasileiro à formulação da PNHOSH entre 2003 e 1013

Período	PNS	Estratégias
Primeiro período normativo da formulação	PNS 2004-2007	Destaca como base da sua fundamentação o Plano Plurianual e a XII CNS. O documento menciona a necessidade de consolidação da Reforma Sanitária Brasileira e apresenta as seguintes ações estratégicas: readequação da alocação de recurso, regulamentação da EC 29 e reforma do modelo de atenção. Para tanto, destaca aspectos que devem ser priorizados: aperfeiçoamento da gestão, financiamento e controle social e reorganização da atenção hospitalar com ampliação da cobertura e alinhamento entre as atenções ambulatorial, de urgência e emergência e de alta complexidade.
	PNS 2008-2011	Um dos objetivos foi fortalecer a gestão do SUS nas três esferas de governo, reconhecendo os desafios da atenção hospitalar, necessidade de aperfeiçoamento da capacidade resolutiva, ampliação do acesso, reestruturação da contratualização e qualificação da função regulatória. Aspectos que fundamentam a sua 4ª diretriz, abarcando a organização dos serviços em rede de atenção que envolva atenção pré-hospitalar móvel e fixo, hospitalar, de reabilitação e captação e transplante de órgãos, ampliação de leitos intensivos. Destaca-se o fomento as contratualizações com formas de gestão que permitam aos hospitais públicos prestar serviços resolutivos.
	PNS 2012-2015	Considerou a relevância das unidades hospitalares na conformação das RAS, estando mais associada à de atenção a urgência e emergência. Assim, prioriza ampliação da função regulatória, remodelação da rede de modo a melhorar sua qualidade, resolutividade, distribuição territorial e aumento no número de leitos de alta complexidade. Referente à gestão, destaca o Pacto pela Saúde com a prerrogativa do termo de compromisso de gestão, adoção dos instrumentos de contratualização e constituição de colegiados de gestão regional, fortalecimento do Sistema Nacional de Auditoria e qualificação de instrumentos de execução direta. Pretende-se com isto melhorar a atenção hospitalar através de ganhos de produtividade e eficiência. Assim, como intervenções planejadas, destacam-se: (1) o acompanhamento, avaliação e controle interno da gestão do SUS com foco em resultados e com referência em contrato organizativo de ação pública e garantia de acesso; (2) implantação da gestão por competências e modernização administrativa; e (3) qualificação e racionalização dos gastos e ampliação das fontes de recursos.

Fonte: Brasil (2005, 2010, 2011).

Fato que remodelou o processo de descentralização do SUS e empoderou estados e municípios às pactuações com vistas à regionalização da saúde. Os avanços mencionados foram alcançados em decorrência da reestruturação dos aportes financeiros do Ministério da Saúde por meio dos recursos destinados à implantação das PNAU e RAS e pela aprovação da EC-29, embora esta não especificasse os percentuais de investimentos (CARVALHO, 2007).

Quanto ao aperfeiçoamento da gestão e contratualização apresentados nos PNS, os achados revelam uma espécie de 'continuum da gestão contratualizada' em duplo sentido, i.e., pela municipalização-regionalizada e pelas alternativas de gestão indireta. Planejou-se inicialmente o fomento ao aperfeiçoamento da gestão e perpassou-se pela qualificação regulatória, embora incipiente, e pela reestruturação contratual por meio de formas de gestão que permitissem aos serviços ser mais resolutivos. Por fim, com o PNS 2012-2015, priorizou-se como ação estratégica a modernização administrativa, introduzindo-se termo de compromisso e instrumentos de contratualização com vistas

à racionalização de recursos com ganhos em produtividade.

Sabe-se que os contratos de gestão devem ser instrumentos gerenciais capazes de medir os resultados alcançados tanto quantitativa como qualitativamente, além de ser estratégia da 'nova administração pública' para alcançar a melhoria dos serviços públicos, inclusive das organizações do setor saúde. Trata-se ainda de fortalecer a concepção descentralizadora da gestão, atribuindo responsabilidades e fortalecendo a transparência e controle social.

Outro aspecto que chama à atenção no período analisado é a introdução de alternativas de gestão, tais como a criação de fundação estatal de direito privado para hospitais públicos federais; a criação da EBSERH como novo modelo de gestão com caráter de empresa pública de direito privado para os hospitais universitários (SODRÉ *ET AL.*, 2013); e a formulação de marco legal de concessão por parceria público-privada, que possibilitou ao Executivo Federal atrair investimentos privados para desenvolvimento de infraestrutura e gestão de serviço (GIAMBIAGI, 2004), que, inclusive, viabilizou a abertura do Hospital do Subúrbio, nova unidade da rede pública do estado da Bahia.

As evidências produzidas a partir da análise dos documentos revelam que o aperfeiçoamento da gestão e a contratualização foram aspectos estratégicos dos PNS no segundo período de formulação da PNHOSP, assim como a complementaridade adotada pelo governo no que tange à coexistência da dupla via descentralizadora: por municipalização-regionalizada e por parcerias com entes públicos não estatais ou privados sem ou com fins lucrativos. De fato, esses aspectos constituem o eixo central do desalinhamento entre os três PNS analisados e as deliberações das Conferências, que assumiram o posicionamento contrário às alternativas indiretas de gestão pública apresentados da IX a XIV CNS. Da mesma forma, frente aos desafios enfrentados com a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), chama à atenção outro desalinhamento: o não avanço do pleito pela construção da Lei de Responsabilidade Social.

Conclusões

Entendendo política de saúde como ação governamental capaz de explicitar ou omitir ações, estratégias, serviços e regulação de serviços frente às necessidades e condições de saúde (PAIM, 2013), pode-se afirmar que a atenção hospitalar se definiu anteriormente aos aspectos constitutivos e às diretrizes das suas Portarias nº 3.390/2013 e nº 3.410/2013. Principalmente quanto à contratualização. Considerando as correlações entre as conjunturas sócio-políticas, os marcos jurídico-normativos e as deliberações das Conferências pós 1988, analisou-se a formulação da PNHOSP considerando dois períodos governamentais: de 1988 a 2002 e entre 2003 a 2013.

Observa-se que a PNHOSP foi instituída após dez anos da proposta de RAHB, documento que marca de alguma forma uma estratégia governamental de recondução normativa da atenção hospitalar brasileira, não sendo de fato uma abertura de janela de oportunidade, mas possibilitando a primeira consideração: os elementos balizadores da formulação da política foram construídos essencialmente pela organicidade dos atores governamentais que assumiram o Poder Executivo Federal a partir de 2003.

Uma dimensão transversal à formulação nesses 25 anos analisados é a implementação de estratégias descentralizadoras e fomento ao controle social. No primeiro período analisado, o processo da formulação foi conduzido à luz do projeto governista de terceirizações, privatizações e reforma administrativo-financeira que criou a via da publicização na gestão pública dos serviços de saúde. No segundo, reconduziu-se à municipalização e regionalização e ao fortalecimento da contratualização como instrumentos de melhoria e aperfeiçoamento da administração pública, por meio dos

termos de compromisso entre entes públicos e contratos de gestão, e ao fortalecimento das alternativas de gestão indireta.

Aspectos que subsidiam duas considerações deste estudo: houve concomitante desenvolvimento de duas vias de descentralização – por municipalização-regionalizada e por alternativas de parceria de gestão pública indireta – e se manteve o patrimônio administrativo formulado no primeiro período de análise, com destaque à criação de novas personalidades jurídicas.

A linha do tempo mostra fomento ao aprimoramento da gestão e fortalecimento da função regulatória estatal em 2004, contratualização com vistas à melhoria dos resultados em 2008 e, finalmente, em 2012, aprovou-se a busca pelos instrumentos de contratualização hospitalar que permitissem ganhos de produtividade e eficiência. O Executivo Federal fez, então, alusão à implantação de gestão por competências, modernização administrativa e racionalização de gastos. Assim, a alternativa de publicização por OS foi reafirmada e desenvolveram-se outras personalidades jurídicas com caráter de gestão indireta, i.e., concessão por PPP e parcerias por Fundações Estatais, EBSERH e OSC.

As alternativas estratégicas adotadas pelo governo conduzem à quarta consideração: no segundo período, a estratégia do Executivo Federal de desenvolver o c*ontinuum* da gestão contratualizada em dupla via de descentralização tem nas modalidades não estatais e de direito privado o desalinhamento às deliberações contrárias apontadas deste a IX CNS.

As considerações levantadas por este estudo registram os avanços jurídico-normativos sancionados entre 1988 e 2013 e os efeitos que produziram no processo de formulação da PNHOSP. Marcadamente, as conjunturas político-administrativas foram determinantes nas estratégias governamentais. Todavia, deve-se reconhecer que a mudança do Poder Executivo Federal ocorrida em 2003 não representou ruptura normativa à implantação da atenção hospitalar. Pelo contrário, representou avanço apara a nova administração pública, de modo que se alinhou à concepção gerencialista, fenômeno que retrocedeu aos anos 1990 sob o ponto de vista das deliberações de resistência à gestão indireta pelas CNS pós-constituintes.

Colaboradores

Thadeu Borges Souza Santos contribuiu substancialmente para concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados, assim como na elaboração do rascunho, revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito.

Isabela Cardoso de Matos Pinto contribuiu substancialmente para concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados, assim como na elaboração do rascunho, revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

ANDRADE, F. A. G. Esculpindo o SUS a golpes de portaria...: considerações sobre o processo de formulação das NOBs. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 292-318, 2001.

ANDRADE, L. L. *et al*. As Conferências Nacionais de Saúde, após a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). *Rev Tempus Actas Saúde Col*., Brasília, DF, v. 7, n. 1, p. 263-279, 2013.

BRAGA NETO, F. C. *et al*. Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências. In: GIOVANELLA, L. *et al*. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 577-608.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Saúde – PNS:* 2012-2015 Brasília, DF: MS, 2011. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PNS_2012-2015__Revisao_2013.pdf>. Acesso em: 11 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Saúde:* um pacto pela saúde. Brasília, DF: MS, 2005. (Série B Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_pacto_saude_Brasil.pdf>. Acesso em: 11 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. *Sistema de Planejamento do SUS:* uma construção coletiva: Plano Nacional de Saúde. Brasília, DF: MS, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Cadernos de Planejamento; v. 9). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_planejamento_sus_v9.pdf>. Acesso em: 11 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.390, de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 30 dez. 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html>. Acesso em: 4 set. 2017.

CARVALHO, A. L. B. *et al*. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 17, p. 4, p. 901-911, 2012.

CARVALHO, D. M. T. Financiamento da assistência médico-hospitalar no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 879-892, 2007.

COHN, A. Questionando conceitos: o público e o privado na saúde no século 21. In: SANTOS, N. R., AMARANTE, P. D. C. (Org.). *Gestão pública e relação público privada na saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2011. p. 244-251.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). *As Conferências Nacionais de Saúde:* Evolução e perspectivas. Brasília, DF: CONASS, 2009.

_____. 8ª Conferência Nacional de Saúde. *Relatório final*. Brasília, DF: CONASS, 1986.

_____. 9ª Conferência Nacional de Saúde. *Relatório final*. Brasília, DF: CONASS, 1992.

_____. 10ª Conferência Nacional de Saúde. *Relatório final*. Brasília, DF: CONASS, 1998.

_____. 11ª Conferência Nacional de Saúde. *Relatório final*. Brasília, DF: CONASS, 2001.

_____. 12ª Conferência Nacional de Saúde. *Relatório final*. Brasília, DF: CONASS, 2004.

_____. 13ª Conferência Nacional de Saúde. *Relatório final*. Brasília, DF: CONASS, 2008.

_____. 14ª Conferência Nacional de Saúde. *Relatório final*. Brasília, DF: CONASS, 2012.

COSTA, N. R.; LAMARCA, I. Os Governos FHC e Lula e a política para a força de trabalho civil do Governo Central Brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1601-1611, 2013.

DAVID, M. O governo Collor e o neoliberalismo no Brasil (1990-1992). *Revista UFG*, Goiânia, v. 13, n. 11, p. 98-108, 2011.

DEUS, A. D.; MELO, E. M. Avaliação de uma experiência de gestão hospitalar participativa no âmbito do SUS: produção de saúde, sujeitos e coletivos. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 601-615, 2015.

FLEURY, S.; OUVERNEY, A. M. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. *et al*. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 25-58.

FOUCAULT, M. O nascimento do hospital. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015. p. 171-189.

GIAMBIAGI, F. A política fiscal do governo Lula em perspectiva histórica: qual é o limite para o aumento do gasto público? *Planejamento e políticas públicas*, Brasília, DF, v. 27, n. 2, p. 5-60, 2004.

HEIMANN, L. S. *et al*. A relação público-privado e o pacto pela saúde: novos desafios para gestão em saúde. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (Org.). *Gestão pública e relação público privada na saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2011. p. 208-219.

HOWLETT, M.; RAMESH, M.; PERL, A. *Política pública:* Seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integradora. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

NOGUEIRA, R. P. O desenvolvimento federativo do SUS e as novas modalidades institucionais de gerência das unidades assistenciais. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (Org.). *Gestão pública e relação público privada na saúde*. Rio de Janeiro: Cebes; 2011. p. 24-47.

PAIM, J. S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1927-1953, 2013.

PAIM, J. S. *et al*. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet,* [S. l.], v. 377, n. 9779, p. 11-32, maio, 2011. Disponível em: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60054-8/references>. Acesso em: 20 fev. 2017.

PESSOA, R. S. Disputa política e agenda administrativa: do governo FHC à gestão Lula-Dilma. *Arquivo Jurídico*, Teresina v. 2, n. 1, p. 61-81, 2015.

PINTO, I. C. M.; VIEIRA-DA-SILVA, L.; BAPTISTA, T. V. Ciclo de uma política pública de saúde: problematização, construção da agenda, institucionalização, formulação, implementação e avaliação. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). *Saúde coletiva:* teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014, p. 69-82.

REIS, A. A. C.; CECILIO, L. C. O. A política de reestruturação dos hospitais de ensino: notas preliminares sobre os seus impactos na micropolítica da organização hospitalar. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 88-97, 2009.

RIBEIRO, J. C. S.; DACAL, M. D. P. O. A instituição hospitalar e as práticas psicológicas no contexto da Saúde Pública: notas para reflexão. *Rev. SBPH*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 65-84, 2012.

SANTOS, F. P.; MERHY, E. E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro – uma revisão. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 10, n. 19, p. 25-41, jan./jun. 2006.

SOARES, E. P.; SCHERER, M. D. A.; O'DWYER, G. Inserção de um hospital de grande porte na Rede de Urgências e Emergências da região Centro-Oeste. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 616-626, 2015.

SOLLA, J. J. S. P.; CHIORO, A. Atenção ambulatorial especializada. In: GIOVANELLA, L. *et al*. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 547-576.

Recebido para publicação em abril de 2017
Versão final em agosto de 2017
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

A terapia antirretroviral combinada, a política de controle da Aids e as transformações do Espaço Aids no Brasil dos anos 1990

Antiretroviral combination therapy, national anti-Aids policy and transformations of the AidsSpace in Brazil in the 1990s

Sandra Garrido de Barros[1], Ligia Maria Vieira-da-Silva[2]

RESUMO Estudo sócio-histórico, utilizando o referencial teórico de Bourdieu, que analisou as condições de possibilidade para a construção da estratégia de distribuição universal de Antirretrovirais (ARV) no Brasil e as transformações do Espaço Aids. A oferta de ARV não era uma proposta inicial e resultou da pressão dos movimentos sociais, mas também do campo médico e da mídia. Mais tarde, a partir da articulação entre militantes da Reforma Sanitária, foi elaborado o projeto de lei que proporcionou uma situação diferenciada de acesso a ARV, impôs importantes transformações no Espaço Aids e sepultou a possibilidade de uma política de controle da Aids sem acesso ou com acesso restrito a ARV.

PALAVRAS-CHAVE Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Antirretrovirais. Política de saúde. História.

ABSTRACT *Socio-historical study, using the theoretical framework of Bourdieu, that analyzed the possibility conditions that allowed the construction of an Antiretroviral (ARV) universal distribution in Brazil and the transformations of the AidsSpace. The supply of ARV drugs was not an initial proposal and resulted from the pressure of social movements, but also from the medical field and the media. Later, from the articulation between militants of the Brazilian Health Reform, the law project that provided a different situation of access to ARV drugs was drafted, imposed major changes in the AidsSpace and buried the possibility of an Aids policy without access or with restricted access to ARV drugs.*

KEYWORDS *Acquired Immunodeficiency Syndrome. Anti-Retroviral Agents. Health policy. History.*

[1] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC), Programa Integrado de Pesquisa em Planejamento, Gestão e Avaliação – Salvador (BA), Brasil. *sgb@ufba.br*

[2] Universidade Federal da Bahia (UFBA),Instituto de Saúde Coletiva (ISC), Programa Integrado de Pesquisa em Planejamento, Gestão e Avaliação – Salvador (BA), Brasil. *ligiamvs@ufba.br*

 DOI: 10.1590/0103-11042017S309

Introdução

Entre 1980 e junho de 2014, foram registrados no Brasil 757.042 casos de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) (BRASIL, 2014). A estimativa de prevalência de Vírus da Imunodeficiência Humana – HIV/Aids em indivíduos de 15 a 49 anos tem-se mantido estável em 0,6% desde 2004, com cerca de 734 mil indivíduos vivendo com HIV/Aids no Brasil em 2014 (BRASIL, 2014), bem abaixo da expectativa do Banco Mundial em 1993, que previa 1,2 milhão de brasileiros infectados no ano 2000 (WORLD-BANK, 1993). A taxa de detecção também se encontra estabilizada desde 2000, tendo sido de 20,5 por 100 mil habitantes em 2013 (BRASIL, 2014). Essa tendência à estabilização da epidemia teve início em 1997, coincidindo com a introdução da terapia antirretroviral universal no País (DOURADO *ET AL.*, 2006). Desde 1996, a distribuição gratuita e universal de medicamentos constituiu-se em componente central do programa nacional (GALVÃO, 2000), a despeito do fato de o Banco Mundial, principal agência financiadora das políticas de HIV/Aids no mundo, ter sempre priorizado a prevenção, em detrimento de gastos com assistência e tratamento, considerados caros, em especial nos países em desenvolvimento (GALVÃO, 2000; WORLD-BANK, 1993).

A preocupação com a oferta de medicamentos, desde o final da primeira década de adoção de medidas de controle da Aids, aponta para uma especificidade da política brasileira: a incorporação da diretriz da integralidade da atenção, que busca articular prevenção e tratamento. Característica esta que associada ao enfrentamento dos preços impostos pela indústria farmacêutica contribuiu também para a regulamentação dos medicamentos genéricos no País (LOYOLA, 2008).

Nesse sentido, o Brasil assumiu importante papel na luta pela redução dos preços dos medicamentos antirretrovirais (ARV), evidenciada pela disputa entre 2000 e 2001 no âmbito da Organização Mundial do Comércio (OMC) com os Estados Unidos da América (EUA) pela questão da licença compulsória de medicamentos, pela sua efetivação em 2007 (LOYOLA, 2008) e manutenção, mais recentemente, em 2012 (BRASIL, 2012).

A política nacional de controle da Aids tem sido considerada como de bom desempenho sobre indicadores de morbimortalidade (estabilização da incidência, redução de doenças oportunistas (MALTA; BASTOS, 2008), aumento da média de sobrevida (MALTA; BASTOS, 2008; ROSSI *ET AL.*, 2012), redução da letalidade (ROSSI *ET AL.*, 2012), ainda que apresente limitações no que tange à manutenção e controle do estoque de medicamentos, infraestrutura dos serviços, treinamento adequado para profissionais de saúde, além das questões relacionadas com o financiamento (MALTA; BASTOS, 2008). Também há que se notar que se existe uma tendência nacional a declínio e estabilização da epidemia, a grande diversidade e extensão territorial do País podem mascarar desigualdades regionais (entre 1999 e 2008, Norte e Nordeste ainda apresentavam epidemia em expansão) que devem ser consideradas na implementação das políticas de saúde (TEIXEIRA *ET AL.*, 2014).

Principalmente em função dos resultados obtidos com a distribuição universal de ARV (HACKER *ET AL.*, 2004; OLIVEIRA-CRUZ; KOWALSKI; MCPAKE, 2004), a política brasileira de controle da epidemia de Aids tem sido citada como modelo para outros países em desenvolvimento como Costa Rica, El Salvador, Panamá (PIOT; SECK, 2001) e China (WU *ET AL.*, 2007), assim como para os EUA (GOMEZ, 2010; NUNN, 2009). O President's Emergency Plan for Aids Relief (PEPFAR), projeto do governo norte-americano, iniciado em 2003 para reduzir o sofrimento das pessoas vivendo com HIV/Aids no mundo, por meio do qual os EUA fornecem medicamentos para Aids para países africanos e caribenhos, e a iniciativa 3 *by* 5 da Organização Mundial da Saúde (OMS), que previa um incremento de 3 milhões de pessoas fazendo uso de ARV no final de 2005, são citados como exemplos de iniciativas que sofreram influência da estratégia brasileira (OKIE, 2006).

Desde 1991, o programa brasileiro passou a fornecer Zidovudina (AZT) para pessoas vivendo com HIV/Aids; e a partir de 1996, a distribuição universal de ARV, estratégia reconhecida internacionalmente, foi incorporada à política brasileira. De acordo com a literatura, contribuíram para a implementação dessa estratégia a pressão social exercida por inúmeros processos judiciais contra as três esferas do governo para garantir terapia ARV por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS) para pessoas vivendo com HIV/Aids (BRASIL, 2005; GALVÃO, 2000) assim como manifestações em espaços públicos, ambas as ações promovidas pelas Organizações Não Governamentais (ONGs/Aids), e algumas iniciativas individuais de artistas e intelectuais protestando contra a dificuldade de acesso e o alto custo dos medicamentos (BRASIL, 2005).

Alguns autores (GRANGEIRO; SILVA; TEIXEIRA, 2009; MALTA; BASTOS, 2008) sugerem que os princípios da universalidade do acesso, integralidade das ações e participação social propostos pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira e inseridos na Constituição Federal de 1988 influenciaram a formulação e implementação da resposta brasileira à epidemia da Aids. A despeito dessa ter sido uma influência importante, o complexo processo de formulação e implementação da política de controle da Aids não tem sido analisado orientado por referenciais teóricos e apoiado em fontes orais e documentais.

Dessa forma, o presente estudo busca suprir essa lacuna mostrando como a participação de agentes inseridos no campo médico, o surgimento da terapêutica específica antirretroviral e a pressão dos movimentos sociais no Espaço Aids levaram à ênfase na universalização do tratamento. Com esse objetivo, foram analisadas as condições de possibilidade para a construção da estratégia de distribuição universal de medicamentos ARV no Brasil, bem como as transformações do Espaço Aids decorrentes desse fato, utilizando o referencial teórico da sociologia reflexiva de Bourdieu (1996, 2012).

Aspectos teóricos e metodológicos

Este artigo apresenta os resultados para a década de 1990 de estudo sócio-histórico sobre a resposta brasileira à epidemia da Aids, que compreendeu o período entre 1981, quando foram publicados os primeiros relatos de casos de Aids na literatura científica internacional, e 2001, ano de assinatura do acordo entre Brasil e EUA no âmbito da OMC acerca da licença compulsória de medicamentos, que assegurou a sustentabilidade da estratégia de acesso universal à terapia ARV. A descrição desse espaço de lutas no momento de emergência da política de controle da Aids no País (1981-1989), bem como o detalhamento da metodologia do estudo, já foi objeto de publicação anterior (BARROS; VIEIRA-DA-SILVA, 2016) e subsidia a análise da arquitetura do Espaço Aids no período ora apresentado.

O Espaço Aids brasileiro constituiu-se como espaço de lutas pela organização da resposta à epidemia de Aids, mas também espaço de intervenção sanitária, em que estava em disputa a autoridade de falar sobre o significado da doença, suas formas de prevenção, controle e tratamento. Foi conformado em 1983, inicialmente no estado de São Paulo, onde foram registrados os primeiros casos da doença, envolvendo agentes de diferentes subespaços sociais. No seu desenvolvimento, incorporou movimentos de hemofílicos, talassêmicos e profissionais do sexo e, mais tarde, as ONGs/Aids, tornando-se um espaço de relações complexas, que sofre influência dos campos político, religioso e jurídico (BARROS; VIEIRA-DA-SILVA, 2016).

A dinâmica do Espaço Aids foi analisada em relação às condições históricas de possibilidade. O conceito de espaço social segundo Bourdieu (2012), por vezes usado como sinônimo de campo, corresponde a um microcosmo de relações entre agentes e instituições que possuem um *habitus*, princípio gerador e organizador de práticas e de representações

produzidas pelos condicionamentos sociais associados a uma determinada condição, e nas tomadas de posição dele decorrentes e *illusio*, no sentido de interesse (BOURDIEU, 1996). No caso específico do Espaço Aids, este correspondia a um espaço de lutas no qual articulavam-se agentes de vários campos, com *habitus* distintos, porém portadores de um interesse em comum: a luta pela organização da resposta à epidemia (BARROS; VIEIRA-DA-SILVA, 2016). Assim os agentes que compunham o Espaço Aids estavam inseridos em diferentes campos sociais: médico, científico, burocrático, político e espaço associativo ou militante (BARROS; VIEIRA-DA-SILVA, 2016).

A análise do espaço social específico, ao interior do qual ocorreu a emergência da política e suas transformações, foi feita por meio da identificação dos principais agentes envolvidos, posições ocupadas no espaço social em questão e tomadas de posição, decisões em relação às questões em disputa no momento histórico estudado. Buscou-se também identificar possibilidades de desenvolvimento das políticas que não chegaram a ser realizadas, denominadas por Bourdieu de 'possíveis mortos' (BOURDIEU, 2012). A importância dessa busca está em afastar a tendência em aceitar que o que ocorreu era o que deveria ter acontecido (BOURDIEU, 2012). Trata-se de importante estratégia de ruptura com o senso comum.

Foram ainda considerados, para fins de análise, os processos comuns à emergência das políticas públicas de saúde, propostos por Pinell (2010) a partir da epistemologia e da teoria bourdieusiana. Para este autor, a evolução de uma política de saúde é produto da dinâmica de um complexo jogo social, e sua análise deve considerar: os efeitos concretos da implantação da política (novas instituições, desenvolvimento de grupos profissionais, emergência de novas estruturas associativas) e os obstáculos encontrados; as mudanças no governo (manutenção ou mudança da maioria política); as mudanças que independentemente da política afetam as instituições do campo médico (reformas hospitalares, estudos científicos) ou de outros campos implicados naquela política (educação, justiça etc.) e mais globalmente toda a sociedade (guerras ou mudanças de costumes e nas formas de controle social) (PINELL, 2010).

O estudo apoiou-se em fontes documentais e orais. Foram realizadas entrevistas em profundidade com 33 agentes de diferentes campos ou subespaços sociais envolvidos em diferentes momentos da formulação da Política Nacional de DST/Aids. Os agentes foram identificados pela análise documental e pela metodologia da bola de neve, na qual todos os entrevistados indicam indivíduos a serem entrevistados. Todas as entrevistas foram realizadas pela autora principal, e o tamanho da amostra foi delimitado pela saturação de informações. Para este artigo, foram consideradas 30 entrevistas de indivíduos que participaram do Espaço Aids no momento em que teve início a oferta de AZT pelo Ministério da Saúde (1991) e/ou na formulação da política de distribuição universal de medicamentos ARV (1996) *(quadro 1)*.

Quadro 1. Perfil dos entrevistados, segundo graduação, pós-graduação, trajetória dominante, relação com Espaço Aids, tomada de posição com relação à distribuição universal de ARV

E	Graduação (ano)	Pós-graduação	Trajetória dominante	Relação com o espaço aids
E1	Ciências Sociais (1992)	E	B	Profissional
E3	Direito (S/I)	-	Mi	Profissional/Pessoal
E4	Medicina (1969)	D	C	Profissional
E5	Ciências Sociais (1988)	D	Mi	Profissional
E6	Filosofia (S/I)	-	Mi	Pessoal HIV+
E7	Medicina (1976)	D	C	Profissional
E8	Psicologia Social (1968)	D	Mi	Política
E9	Medicina (1965)	D	C	Pesquisa
E12	Administração (2009)	-	Mi	Pessoal HIV+
E13	Hotelaria (1994)	-	Mi	Pessoal HIV+
E14	Administração (2004)	M	Mi	Pessoal
E15	Turismo (S/I)	-	B	Profissional
E16	Medicina (1981)	D	C	Profissional
E17	Sociologia (S/I)	E	B	Profissional
E18	Matemática (1972)	D	Mi	Pessoal HIV+
E19	Medicina (1961)	D	C	Profissional
E20	Ciências Sociais (1968)	D	Mi	Política
E21	Economia (após 2001)	-	B	Profissional
E22	Psicologia (1991)	-	Mi	Pessoal
E23	Medicina (1989)	D	B	Profissional
E24*	Medicina (1975)	D	B	Profissional
E25	Ciências Sociais (1987)	M	C	Pessoal
E26	Medicina (1973)	E	B	Profissional
E27	Medicina (197?)	E	B	Profissional
E28	Tecnólogo em processamento de dados (S/I)	E	B	Profissional
E29	Psicologia (1978)	M	Mi	Profissional
E30	Medicina (1985)	M	C	Profissional
E31	Medicina (1973)	D	C	Profissional
E32	Psicologia (1977)	D	C	Profissional
E33	Psicologia (1985)	D	Mi	Política

Pós-graduação: E – especialização; M – mestrado; D – doutorado.
Trajetória dominante: B – burocrático; C – científico; Mi – militante.
* Contato por meio de correspondência eletrônica.

A posição ocupada pelos agentes no espaço social global em relação aos diferentes campos foi definida de acordo com o volume de capital científico, burocrático, militante e político, conforme proposta de Vieira-Da-Silva e Pinell (2013) adaptada. A origem social dos agentes foi

aferida por meio da profissão dos pais e avós; o capital científico foi analisado a partir dos títulos de pós-graduação (mestrado e doutorado), coordenação de projetos de pesquisa e publicações; o capital burocrático, compreendido como poder de definição e imposição de categorias estatais legítimas, foi aferido por meio dos postos ocupados na burocracia estatal; já o capital militante foi aferido pelas posições na administração das ONGs (BARROS; VIEIRA-DA-SILVA, 2016). Foi ainda caracterizado o sentido dominante da trajetória no Espaço Aids (se nos campos científico ou burocrático ou ao interior do espaço associativo ou militante); indicadores de disposições políticas (filiação, militância ou voto em partido político, participação no movimento sanitário, em movimentos profissionais e sociais); disposições sobre a organização do sistema de saúde e disposições específicas sobre a Aids.

Foi feita uma triangulação entre as fontes a fim de reunir elementos capazes de caracterizar as condições de possibilidade históricas para a formulação da estratégia de distribuição universal de medicamentos ARV no Brasil.

Todos os entrevistados assinaram o termo de consentimento informado e manifestaram o acordo com a divulgação do seu nome por tratar-se de informações relacionadas com o exercício de cargos ou posições públicas. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (CAAE 0061.0.069.000-10).

Resultados e discussão

Transformações no Espaço Aids e a oferta inicial de medicamentos

Os anos de 1985 a 1989 no Brasil foram um período de construção da política nacional de controle da Aids (BARROS; VIEIRA-DA-SILVA, 2016; LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015), baseada principalmente em ações de vigilância epidemiológica e medidas preventivas, ante a ausência de tratamento medicamentoso eficaz, no qual a Comissão Nacional de Aids (CNAIDS), criada em 1986, caracterizou-se como importante espaço de definições técnicas e políticas a esse respeito (BARROS; VIEIRA-DA-SILVA, 2016). Embora seu papel fosse consultivo, diversos documentos discutidos e propostos pela comissão formaram a base do discurso oficial (BRASIL, 2003). As suas discussões pautavam a elaboração de recomendações técnicas que eram adotadas pelo Programa ou na constituição de subcomissões de especialistas que incluíam membros e não membros da comissão para a definição de normas, tendo como base essas recomendações, como no caso da definição dos critérios para uso da zidovudina (AZT) (BRASIL, 1994).

Com o surgimento do AZT, em 1987, teve-se a primeira possibilidade de tratamento da Aids. A distribuição de medicamentos para doenças oportunistas que acometiam pacientes com HIV acontecia desde 1988 pelo Ministério da Saúde, de forma muito tímida. A partir de 1989, algumas unidades da federação, de forma incipiente e, em especial, devido às ações judiciais, começaram a disponibilizar o AZT na rede pública (BRASIL, 2005). O Ministério da Saúde só iniciaria a distribuição de AZT ampliando a oferta de medicamentos para o tratamento da Aids para todos os estados do País no início da década de 1990.

O período de 1990 a 1992 foi marcado pela política neoliberal e pelo desfinanciamento do SUS (PAIM, 2008). Particularmente, no que diz respeito ao Programa Nacional de Aids, esse período foi marcado pela quebra nos canais de comunicação anteriormente estabelecidos com as ONGs, secretarias estaduais, médicos e pesquisadores, inclusive com a desativação da CNAIDS, em decorrência da mudança de toda a equipe gestora da política, bem como seu quadro técnico-administrativo, o que também foi destacado por Laurindo-Teodorescu e Teixeira (2015). As ONGs/Aids criticavam a omissão do governo

e a campanha educativa 'Se você não se cuidar, a Aids vai te pegar', considerada disseminadora de pânico e medo (GALVÃO, 2000).

Paradoxalmente, dois eventos ocorridos entre 1990 e 1992 implicaram transformações importantes que estruturaram a base para a consolidação da política nacional de Aids na gestão seguinte:

— O início da distribuição na rede pública de AZT, pentamidina e ganciclovir em 1991 (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015; TEIXEIRA, 1997);

— O início das negociações para o primeiro acordo de empréstimo no Banco Mundial.

> *Quando o programa de Aids passou a ser prioridade no Ministério da Saúde* [em 1991]*, sabe, aí nós fomos incluídos para o financiamento do Banco Mundial.* (E7, 07-08/12/2011).

> *Uma outra coisa que o Alceni fez foi aceitar uma proposta do Banco Mundial para firmar um acordo de empréstimo para o 'PN'* [Programa Nacional]. *Ele indicou [...] o Edmur Pastorello, para negociar junto ao Banco. O Edmur me chamou. Foi o Edmur e eu que fizemos a carta de intenção para apresentar ao Banco, com 'palpites' do Pedro Chequer. [...] o Acordo de Empréstimo com o Banco Mundial só foi assinado, que passa pelo Senado, o Ministério da Fazenda e tudo mais, pelo Ministro Adib Jatene, mas foi uma iniciativa do Ministro Alceni Guerra. A verdadeira iniciativa, por parte do Banco Mundial, foi da Maureen Lewis, uma norte-americana que passou a adolescência aqui no Brasil.* (E9, 05/05/2011).

> *Na época, Edmur Pastorello, que é da USP, trabalhava como assessor do ministério para o Alceni Guerra. Ele convidou o Euclides. Eu era uma pessoa [...] antes eu trabalhei [...] como diretor do Cenepi* [Centro Nacional de Epidemiologia], *na época do cólera. E como o ministro Alceni Guerra quis esconder os óbitos, eu denunciei, [...] ele me mandou para o Acre, não podia me demitir porque eu era estável no governo e aí o Euclides me chamou escondido porque ele não podia saber que eu estava envolvido. Aí se fez as duas, três primeiras páginas do que seria o embrião do projeto de acordo do Banco Mundial, que o Dr. Adib Jatene assumiu. [...]. Nós fizemos uma reunião no prédio da Funasa* [Fundação Nacional de Saúde], *no anexo que ficou a Funasa, onde depois passou a ser Cenepi [...]. E nós discutimos alguns princípios e tal, que o Pastorello utilizou e depois o Pastorello continuou com o Adib porque como era da USP, terminou continuando e a coisa aconteceu do primeiro acordo de empréstimo.* (E27, 03/08/2011).

Nesse sentido, pode-se inferir que a conjuntura político-administrativa do Estado Brasileiro não teve uma relação direta com a política de controle da Aids nesse período. A trajetória dos agentes e a criação de um Espaço Aids com relativa autonomia, do qual participavam militantes de associações específicas de luta contra a Aids, do movimento homossexual, de hemofílicos e do movimento sanitário, bem como médicos clínicos e pesquisadores, permitiram que a política de controle da Aids incorporasse o tratamento com medicamentos além das ações preventivas previstas inicialmente. Estudo recente evidencia que o tratamento com ARV, associado a estratégias preventivas (aconselhamento e fornecimento de preservativos), reduz a transmissão do HIV em 96% (COHEN *ET AL.*, 2015).

A oferta de medicamentos ARV pelo Ministério da Saúde não era uma proposta inicial, nem em 1988 na gestão de Lair Guerra (DROGA... 1988), nem no plano de governo do então candidato à presidência da República Fernando Collor de Mello. Em 1989, em consulta realizada pelo Grupo de Apoio à Prevenção da Aids (Gapa-SP) a cinco dos candidatos a presidente (CANDIDATOS... , 1989), Collor considerava que a aquisição do AZT deveria ser encargo dos doentes, das empresas, das instituições privadas de assistência e de fontes não exclusivamente governamentais.

A decisão em adquirir e disponibilizar medicamentos para a Aids na rede pública sem uma articulação prévia com outros

setores do governo, como o Ministério do Orçamento, Planejamento e Gestão, teria sido do Ministro Alceni Guerra (E7). A pressão da mídia e das ONGs, bem como a figura de um médico clínico na gestão do Programa Nacional, com experiência no tratamento de pacientes com HIV/Aids na Universidade da Califórnia, em uma realidade diferente da brasileira, com acesso a medicamentos para o tratamento dos doentes, contribuiu para o início da implantação de uma política nacional de acesso a medicamentos para o tratamento da Aids (E7).

> *Eu fiz uma previsão de custos e de remédios, eu tinha isso pronto. No dia que o* [ministro] *Alceni* [Guerra] *me chamou lá porque a televisão estava lá e ia cobrar dele e ele me perguntou quanto custaria os remédios, eu disse '30 milhões de dólares'. [...] A nossa média de sobrevida era seis meses. [...] Eu vi as pessoas morrerem aos quilos, não tinha remédio, não tinha nada, não é AZT, eu estou falando de remédio, não tinha remédio pra tuberculose pras pessoas, [...] você via as pessoas morrerem por falta de remédio! [...] antes do AZT, eu já tinha conseguido aprovar pra tratar todas as infecções dos doentes de Aids e isso foi assim uma mudança enorme. [...].* (E7, 07-08/12/2011).

A conjuntura sanitária daquele momento, de desfinanciamento e retrocesso na implementação de projetos de mudança de modelos assistenciais, possivelmente influenciaram os limites da iniciativa de incorporação da distribuição do AZT para doentes com Aids.

Novas correlações de forças e novas instâncias de participação

Entre 1992 e 1995, a primeira gestora do Programa Nacional retornou à sua coordenação, bem como toda a sua equipe técnica. Com a maior estruturação da política nacional, bem como os avanços no saber médico sobre a doença e seu tratamento, entre 1992 e 1993, o Espaço Aids tornou-se mais complexo. Surgiram outras instâncias de assessoramento ao Programa Nacional: comitê de vacinas, comissão para estudos e ações no sistema penitenciário, comitê de pesquisa e um setor específico de articulação com as ONGs. Alguns entrevistados (E1, E3, E13) relacionaram o surgimento dessas novas instâncias à complexidade que a resposta governamental adquiriu; à entrada de novos agentes no Espaço Aids e aos avanços no saber médico acerca da doença, bem como a formação de uma expertise em diversas áreas. A especialização desse espaço, seja no campo médico (surgimento de uma nova especialidade – a infectologia, desenvolvimento de testes diagnósticos e medicamentos, e a realização de estudos de vacinas) ou no burocrático (técnicos que fizeram carreira assumindo diferentes posições na gestão da política de Aids, alguns inclusive oriundos dos movimentos sociais), levou ao surgimento de novas instâncias de participação e articulação do Estado com os demais agentes interessados no controle da epidemia. Essa nova configuração refletia as disputas ao interior do Espaço Aids entre o discurso médico, sanitarista e militante e levou à criação de instâncias técnico-científicas (Comitê de Vacinas, Comitê Assessor para Terapia Antirretroviral, Comitê Técnico Assessor de Gestores). A diversificação e especialização das comissões tornava mais ágil a discussão dos processos, mas, por outro lado, o desmembramento em diferentes fóruns de decisão da política pulverizou o poder, antes concentrado na CNAIDS.

O Comitê Assessor para Terapia Antirretroviral, instalado a partir de 1996, foi caracterizado como uma "comunidade de especialistas" no estudo realizado por Lago e Costa (2017, p. 1487), com dominância do campo médico, em especial infectologistas, que influenciavam fortemente a tomada de decisão. O estudo verificou ainda que apenas a partir das reuniões para discussão do consenso 2002/2003 houve participação de

representantes da sociedade civil, apesar do protagonismo dos movimentos sociais para o desenvolvimento da resposta à epidemia da Aids no País (LAGO; COSTA, 2017).

A arquitetura do Espaço Aids brasileiro mostrou-se bastante dinâmica no período estudado (1981-2001). Novos grupos, como hemofílicos e outros receptores de sangue e hemoderivados, profissionais do sexo e pessoas vivendo com HIV/Aids, foram incorporados ao espaço militante a partir das mudanças observadas no comportamento epidemiológico da doença (BARROS; VIEIRA-DA-SILVA, 2016). Mais especificamente entre 1990 e 2001, pode-se destacar o estabelecimento de relações com agentes e instituições de outros espaços, como a indústria farmacêutica, organismos internacionais externos ao setor saúde, a exemplo da OMC, e um maior envolvimento do poder legislativo (campo político) com a criação da Frente Parlamentar de Luta Contra a Aids ao final do período.

O financiamento do Banco Mundial por meio de acordos de empréstimo, a partir de 1993, apesar de polêmico e de ter suscitado reações diversas, foi considerado como facilitador da expansão e consolidação das ONGs/Aids, bem como contribuiu para a estruturação inicial de uma rede de serviços de saúde e apoio diagnóstico, e para a capacitação técnica de profissionais, questões fundamentais à universalização do tratamento, viabilizada por intermédio de recursos do tesouro nacional.

> *[...]* [os acordos de empréstimo] *representaram e representam ainda hoje a execução da política. Eles representaram a possibilidade de ter financiamento de projetos de diversas áreas. [...] os empréstimos vêm diminuindo ao longo do tempo, mas eu acho que existem indicadores de que ele de fato foi usado de uma forma que hoje a gente tem resultados positivos em várias áreas: capacidade instalada, formação de recursos humanos, no Brasil inteiro, nas mais diversas áreas desde a área do cuidado, da epidemiologia, da prevenção.* (E16, 05/09/2011).

> *[...] só prevenção, prevenção, prevenção, nada de tratamento, tratamento não valia a pena, que era caro e os países não iam ter condições disso. [...] Era a lógica do Banco e se isso era ruim, por outro lado, foi bom porque evitou que se utilizasse recurso do banco para comprar remédio, e isso criou o embrião da garantia do Tesouro Nacional. [...].* (E27, 03/08/2011).

A ampliação da contrapartida governamental nos dois últimos acordos diminuiu o impacto na redução do montante de recursos repassados pelo Banco Mundial e assegurou maior autonomia, bem como o aumento da sustentabilidade e independência financeira da política brasileira de controle da Aids *(quadro 2)*.

Quadro 2. Acordos de empréstimo para o controle da Aids, período de aplicação, montante total, participação do Banco e do governo brasileiro, 1993-2014

Acordo de empréstimo	Período (assinatura-encerramento)	Montante total (em US$)	Banco (em US$)	Governo brasileiro (em US$)
Aids I	1993-1998	250 milhões	160 milhões	90 milhões
Aids II	1998-2003	300 milhões	165milhões	135 milhões
Aids III	2003-2007	200 milhões	100 milhões	100 milhões
Aids-SUS	2010-2014	200 milhões	67 milhões	133 milhões

Fonte: World-Bank (1993, 1997, 2004, 2010).

A universalização do acesso a medicamentos e novas transformações do Espaço Aids

O acesso universal à terapia antirretroviral foi alcançado por meio de um processo para o qual contribuíram médicos, docentes e pesquisadores, sanitaristas e, em especial, militantes das associações específicas de luta contra a Aids.

As manifestações em espaços públicos exigindo a distribuição de medicamentos pelo Estado começaram em 1995, promovidas principalmente pelas ONGs/Aids, mas também por artistas, em iniciativas mais individuais (BRASIL, 2005). Desde o início de 1996, proliferaram as ações de demanda de medicamentos para portadores de HIV/Aids, promovidas pelas assessorias jurídicas das ONGs, inspiradas no modelo do Gapa-SP e fomentadas pelo financiamento dos acordos de empréstimo (E3, E33) (BRASIL, 2005).

A divulgação, na XI Conferência Internacional de Aids de Vancouver, dos resultados obtidos com um coquetel de três drogas, contendo um inibidor da protease, e a decisão favorável da justiça de São Paulo à ação do Gapa-SP, em nome de uma professora, serviram de impulso para novas ações judiciais demandando fornecimento de inibidores da protease (FELTRIN, 1996). Até aquele momento, a única cidade do País que fornecia por conta própria o coquetel era a cidade de Santos, no estado de São Paulo. Vale ressaltar que tal ação foi iniciada na gestão de David Capistrano, médico militante do movimento sanitário brasileiro, na saúde do município.

Em reportagem da Folha de São Paulo do dia 13 de julho de 1996 (IMPORTAÇÃO..., 1996), foram identificadas três concepções sobre a distribuição universal de medicamentos ARV: 'a favor', que considerava um direito do portador de HIV/Aids; 'administração racional dos recursos', que justificava a adoção da estratégia pelos critérios epidemiológicos, mas considerava que limitações orçamentárias do governo não permitiam a sua implantação; e 'contra a medida', que consideravam uma medida discriminatória aos portadores de outras enfermidades:

a) A estratégia era defendida pelo médico infectologista David Uip, doutor em Doenças Infecciosas e Parasitárias pela USP e diretor técnico do serviço de epidemiologia e desenvolvimento de qualidade, do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. O médico destacava que o custo médio elevado por paciente/mês representava um investimento de R$ 143 milhões, mas também aumento, qualidade e dignidade da sobrevida dos pacientes, bem como redução das hospitalizações e de medicamentos necessários, um ponto de vista do público, do universal, mas que também representa um olhar para o clínico e o individual;

b) A administração racional de recursos era expressa por Luiz Roberto Barradas Barata, médico sanitarista e secretário interino de saúde do estado de São Paulo, que pontuava os critérios epidemiológicos como magnitude e transcendência da doença e a eficácia do tratamento como razões que justificavam a adoção da estratégia. Todavia considerava que a realidade financeira da saúde pública não permitia um gasto da ordem de R$ 20 mil por paciente/ano, argumentos técnico científicos;

c) E o médico, deputado federal pelo PSDB-SP e diretor-presidente da Blue Life Assistência Médica, Ayres da Cunha, um representante do polo do mercado, argumentava contra a estratégia, considerando que a questão da Aids era tratada de forma paternalista e que a distribuição gratuita de medicamentos seria uma medida discriminatória e ilegítima com os pacientes de outras patologias. Posição que podia representar os interesses da medicina supletiva pelos recursos do SUS.

Essas concepções correspondem a uma divisão ao interior do campo médico e tinham adesões de outros participantes do Espaço Aids, aparecendo na fala de alguns entrevistados, seja refletida na sua própria concepção ou no relato de posicionamentos com os quais não concordavam, porém, com maior abrangência, relacionada não apenas com os medicamentos, mas com toda a questão da assistência à saúde. Entre eles, talvez pela própria relação com o desenvolvimento da política de controle da Aids no País, a fala parece mais polarizada entre o direito dos portadores de HIV/Aids ao medicamento e a discriminação em relação aos portadores de outras enfermidades, mas não no sentido de negar o direito de acesso a medicamentos aos primeiros, mas de garantir o direito à assistência à saúde aos últimos (E11, E13, E18, E31). Outra posição destacada por um dos entrevistados era uma posição preconceituosa, homofóbica (E33).

> *[...] eu acho que isso é uma obrigação do Estado, [...] existia muitas posições contrárias, que isso era um absurdo num país onde você não tinha as questões mínimas de garantia de direitos, por que é que tinha que dar remédio pra pessoas promíscuas? Você ouvia isso de políticos.* (E13, 02/08/2011).

> *[...] eu me lembro de médicos que também atendiam tuberculose e diziam: 'não, porque meus pacientes de tuberculose não têm remédios, porque só tem remédios para Aids'. Não tem nada a ver uma coisa com a outra.* (E18, 18/06/2011).

> *[...] Eu acho que a Política Nacional de Aids ela significa para o SUS um exemplo de como a gente deve trabalhar para as outras doenças. [...] Esse exemplo deveria ser pego, para a gente trabalhar com as outras, principalmente, com as negligenciadas. [...] eu acho que as outras têm que se igualar para que a gente possa ter um resultado parecido.* (E11, 04/08/2011).

> *[...] para a política da Aids, eu acho que o que o público em geral necessita é o que já existe. É atendimento quando e onde eles precisam. Você não vê um indivíduo com HIV rodando por aí dizendo que não foi atendido. Isso é uma coisa inédita. Porque você vê gente com lepra dizendo que não foi atendido. [...] Então para Aids eu não sinto necessidade de mais do que já existe em termos operacionais. [...].* (E31, 20/06/2011).

O projeto de lei que propôs o acesso universal aos medicamentos para Aids, de autoria do senador José Sarney, representava os anseios de diversos grupos, em especial da sociedade civil organizada, que já vinha promovendo mobilizações nesse sentido. Sua concretização teria resultado de uma articulação entre ativistas envolvidos no movimento da Reforma Sanitária Brasileira do estado do Rio de Janeiro e da Bahia, e com algum volume de capital político, como o sociólogo Betinho, o médico sanitarista Sergio Arouca e o chefe de gabinete do senador, o médico Carlos Sant'Anna, deputado federal pelo Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) nas legislaturas de 1982-1985 e 1986-1989, Ministro da Saúde no período de março de 1985 a fevereiro de 1986 e Ministro da Educação entre janeiro de 1989 e março de 1990. Essa articulação foi evidenciada por três diferentes entrevistados: *"O Sarney, ele foi procurado pelo próprio Betinho"* (E6, 03/08/2011)*; "Quem redigiu o projeto foi Carlos Sant'Anna, que era assessor do Sarney"* (E9, 05/05/2011).

> *A ideia original foi de Sergio Arouca, provavelmente conversando com Betinho. Porque Arouca era deputado pelo Rio. Aí levou, como se davam muito bem Arouca e Carlos, [...] eles se conversavam, se apoiavam. [...] Carlos sabia escrever lei muito bem. [...] Todo mundo reconhecia isso. Então muitos deputados, e Arouca também foi lá, levavam para ele para ver a forma, o processo legislativo, aquele negócio todo. [...]. Então ele viu tudo e bolou com Carlos uma estratégia que disse assim: 'Se você deixar Sarney apresentar provavelmente é mais forte'. Mas a ideia original*

foi de Arouca. E foi de Arouca trazido do Rio, que eu acho que foi Betinho. [...] Quem levou para Carlos a proposta, a ideia inicial foi Arouca, [...] Então eu imagino que nesse desenho da estratégia para fazer com que o projeto de lei, chegasse à Câmara, Carlos deve ter negociado com Arouca, que isso seria através de Sarney. Então Carlos entrou nisso no sentido de sensibilizar Sarney para fazer lá. Mas a ideia original foi essa. (E10, 14/07/2011).

A tramitação do projeto no poder legislativo durou apenas quatro meses (12 de julho a 13 de novembro de 1996), haja vista que o projeto tratava de uma reafirmação dos direitos constitucionais, ainda que enfrentasse oposição de alguns setores (AZEVEDO, 2010). A lei proporcionou uma situação diferenciada de acesso aos medicamentos ARV em relação ao acesso a outros medicamentos no SUS e impôs importantes transformações no Espaço Aids brasileiro: a crítica mais ácida das ONGs com relação à política quase desapareceu, sendo a principal demanda o cumprimento do estabelecido na legislação; o discurso oficial favorável à universalização do tratamento passou a ter uma posição dominante no Espaço Aids e a política brasileira ganhou reconhecimento internacional.

A luta pela sustentabilidade da estratégia de acesso universal aos ARV contribuiu também para a regulamentação dos medicamentos genéricos no Brasil (LOYOLA, 2008) e influenciou o posicionamento político internacional do País na disputa com a indústria farmacêutica internacional pela redução dos preços dos medicamentos ARV. Essa foi umas das mais importantes disputas que aliou médicos sanitaristas, pesquisadores, agentes do campo burocrático e usuários contra a indústria farmacêutica.

A política agressiva adotada pelo Brasil para a redução dos preços dos medicamentos para Aids levou a uma disputa acerca da licença compulsória de medicamentos com os EUA na OMC em 2000. Em junho de 2001, o acordo entre os dois países admitiu a possibilidade de quebra de patente em questões de saúde pública de países em desenvolvimento (WTO, 2001A). Tal fato levou o País a assumir a liderança da negociação com a OMC para que o acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (Acordo Trips, do inglês Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights), que estabelece padrões mínimos no âmbito do direito internacional relacionados com as patentes, inclusive de medicamentos, não fosse uma barreira para o acesso aos medicamentos, considerados uma questão de direitos humanos. Esse processo culminou com a assinatura da Declaração sobre o Acordo Trips e saúde pública em 2001, conhecida como Declaração de Doha (WTO, 2001B).

Considerações finais

As transformações no Espaço Aids entre os anos 1983 e 2001, articuladas à democratização do País e aos desdobramentos da Reforma Sanitária Brasileira nesse período, resultaram na operacionalização de uma política com características consideradas exemplares, como a universalidade e a não discriminação. A implementação dessa política materializou na prática o princípio do SUS de integralidade. O protagonismo do Espaço Aids, nesse sentido, decorreu de uma mobilização específica de profissionais de saúde, militantes da Reforma Sanitária Brasileira e ativistas das ONGs/Aids cuja competente articulação com o campo jurídico e político possibilitaram a universalização do tratamento.

Cabe um destaque para a qualidade da participação social. As pessoas com HIV/Aids tornaram-se agentes da sua própria história, não restringindo a sua participação ao subespaço militante, mas assumindo posições também no campo burocrático. Esse trânsito ao interior da burocracia estatal foi garantido pelo financiamento internacional, que permitiu a contratação de profissionais

por meio de projetos, garantindo um corpo técnico qualificado e diversificado, engajado na luta pelo controle da epidemia. O ativismo da Aids profissionalizou-se, superando a fase do voluntariado.

A Lei nº 9.313/1996 garantiu o acesso universal a medicamentos para o tratamento da Aids, sepultando a possibilidade de implementação de uma política de controle da Aids no Brasil apoiada unicamente na prevenção, seguindo as recomendações das agências internacionais para países em desenvolvimento àquela época. Esse fato pode ser considerado um 'possível morto', nesse caso indesejável e superado.

O engajamento político-militante profissional, associado à luta contra a Aids no Brasil, não encontra precedentes na história da saúde no País. O fato de poder perceber um reflexo das propostas da Reforma Sanitária Brasileira no movimento de luta contra a epidemia da Aids (Espaço Aids) acontece porque a história da política de Aids não se desvincula da construção histórica de um SUS cujas diretrizes incluem a integralidade, a justiça, a equidade e a universalidade.

Em que pese o relativo sucesso da política nacional e mesmo a vanguarda assumida pelo País, na opinião de diversos militantes/ativistas e mesmo de profissionais do campo burocrático, a sua continuidade e sustentabilidade não têm sido asseguradas. A política da Aids compartilha dos mesmos problemas do SUS e requer para a sua preservação e ampliação a superação do crônico desfinanciamento da saúde no Brasil. ■

Referências

A IMPORTAÇÃO de remédios contra a Aids deve ser prioridade do Ministério da Saúde? *Folha de São Paulo,* São Paulo,13 jul. 1996.

AZEVEDO, M. G. S. L. C. *Acesso gratuito aos medicamentos antirretrovirais:* contribuição do legislativo para a política brasileira de combate à Aids. (Especialização), Centro de Formação, Treinamento e Aperfeiçoamento (Cefor), Câmara dos Deputados, Brasília, DF, 2010.

BARROS, S. G. D.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. A gênese da política de luta contra a Aids e o Espaço Aids no Brasil (1981-1989). *Rev. Saúde Pública,* São Paulo, v. 50, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034--89102016000100227&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 31 jan. 2017.

BOURDIEU, P. *Razões práticas: sobre a teoria da ação.* Campinas: Papirus, 1996.

_____. *Sur l'État:* cours au Collège de France 1989-1992. Paris: Éditions Raisons d'agir, Éditions Seuil, 2012.

BRASIL. *A Comissão Nacional de Aids:* a presença do passado na construção do futuro. Brasília, DF: Ministério da Saúde,2003.

_____. Decreto nº 7.723, de 4 de maiode 2012. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,* Poder Executivo, Brasília, DF, 07 maio 2012. Seção 1, p.1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância

em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico:* Aids e DST. Brasília, DF: Ministério da Saúde, ano III, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Comissão Nacional de Aids:* 1986-1994. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1994.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *O remédio via justiça:* um estudo sobre o acesso a novos medicamentos e exames em HIV/Aids no Brasil por meio de ações judiciais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

CANDIDATOS prometem fiscalizar qualidade do sangue. *Folha de São Paulo,* São Paulo,11 out. 1989.

COHEN, M. *et al*.Final results of the HPTN 052 randomized controlled trial: antiretroviral therapy prevents HIV transmission. *Journal of the International AIDS Society,* v. 18, supl.4, p. 15, 2015.

DOURADO, I. *et al.* Tendências da epidemia de Aids no Brasil após a terapia anti-retroviral. *Rev. Saúde Pública,* v. 40, supl., p. 9-17,2006.

DROGA importada para tratamento da Aids será liberada em 20 dias. *Folha de São Paulo,* São Paulo,11 out. 1988.

FELTRIN, R. Gapa tenta coquetel anti-Aids para mais 20. *Folha de São Paulo,* São Paulo, 12 jul. 1996.

GALVÃO, J. *AIDS no Brasil:* a agenda de construção de uma epidemia.São Paulo: Editora 34, 2000.

GOMEZ, E. J. What the United States can learn from Brazil in response to HIV/AIDS: international reputation and strategic centralization in a context of health policy devolution. *Health Policy and Planning,* Oxford, v. 25, n. 6, p. 529-541, 2010.

GRANGEIRO, A.; SILVA, L. L. D.; TEIXEIRA, P. R. Resposta à Aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. *Rev Panam. Salud Publ.*,Washington, DC, v. 26, n. 1, p. 87-94, nov. 2009.

HACKER, M. A. *et al*. Highly active antiretroviral therapy in Brazil: the challenge of universal access in a context of social inequality. *Revista Panamericana de Salud Publica-Pan American Journal of Public Health,* Washington, DC, v. 16, n. 2, p. 78-83, ago. 2004.

LAGO, R. F.; COSTA, N. R. Comunidades de especialistas e formação de interesses no programa de Aids no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1479-1488, 2017.

LAURINDO-TEODORESCU, L.; TEIXEIRA, P. R. *Histórias da Aids no Brasil,* 1983-2003: as respostas governamentais à epidemia de Aids. Brasília, DF: Ministério da Saúde, v. 1, 2015.

LOYOLA, M. A. Medicamentos e saúde pública em tempos de AIDS: metamorfoses de uma política dependente. *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 13, n. supl., p. 763-778, 2008.

MALTA, M.; BASTOS, F. I. Aids: prevenção e assistência. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S. et al (Ed.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 1057-1088.

NUNN, A. *The politics and history os Aids treatment in Brazil*. Nova Iorque: Springer Science, 2009.

OKIE, S. Fighting HIV: Lessons from Brazil. *New England Journal of Medicine,* v. 354, n. 19, 2006. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp068069#t=article>. Acesso em: 20 out. 2012.

OLIVEIRA-CRUZ, V.; KOWALSKI, J.; MCPAKE, B. Viewpoint: The Brazilian HIV/AIDS 'success story' – can others do it? *Tropical Medicine & International Health,* v. 9, n. 2, p. 292-297, fev. 2004.

PAIM, J. *Reforma Sanitária Brasileira:* contribuição para compreensão e crítica. Salvador, Rio de Janeiro: EDUFBA, Fiocruz, 2008.

PINELL, P. *Análise sociológica das políticas de saúde.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

PIOT, P.; SECK, A. M. C. International response to the HIV/AIDS epidemic: planning for success. *Bulletin of the World Health Organization,* v. 79, n. 12, p. 1106-1112,2001. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042--96862001001200006&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 20 out. 2012.

ROSSI, S. M. G. D. *et al*. Impacto da terapia antirretroviral conforme diferentes consensos de tratamento da Aids no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública,* v. 32, p. 117-123, 2012. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020--49892012000800005&nrm=iso>. Acesso em: 27 abr. 2013.

TEIXEIRA, P. R. Políticas públicas em AIDS. In: PARKER, R. (Org.). *Políticas, instituições e AIDS:* enfrentando uma epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., ABIA, 1997. p. 43-68.

TEIXEIRA, T. R. A. *et al*. Social geography of AIDS in Brazil: identifying patterns of regional inequalities. *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 30, p. 259-271, 2014.

VIEIRA-DA-SILVA, L.; PINELL, P. The Genesis of Collective Health in Brazil. *Sociology of Health & Illness,* Boston, v. 36, n. 3, p. 432-46, mar.2014.

WORLD-BANK. Human Resources Division Country Department I. *Staff Appraisal Report:* Brazil Aids and SDT control project. Washington, DC: World Bank, 1993.

WORLD TRADE ORGANIZATION. *Brazil – Measures affecting patent protection.* Notification of Mutually Agreed Solution. Genebra: WTO, 2001a.

_____. *Declaration on the TRIPS agreement and public health. Adopted on 14 november 2001*. Doha: WTO, 2001b.

WU, Z. Y. *et al*. Evolution of China's response to HIV/AIDS. *The Lancet,* Edinburgo, v. 369, n. 9562, p. 679-690, 2007.

Recebido para publicação em abril de 2017
Versão final em julho de 2017
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb – 020/2010 – Programa Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde PPSUS/2010 – MS/CNPq/Fapesb/Sesab)

O Programa Bolsa Família e as condicionalidades de saúde: desafios da coordenação intergovernamental e intersetorial

The Bolsa Família Program and health conditionalities: challenges of intergovernmental and intersectoral coordination

Verena Duarte de Moraes[1], Cristiani Vieira Machado[2]

RESUMO A existência de condicionalidades de saúde em programas de transferência de renda é controversa e exige coordenação entre áreas sociais. O objetivo do estudo foi discutir as condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família, considerando as diretrizes nacionais, as relações intergovernamentais e intersetoriais. Envolveu revisão bibliográfica, análise documental, análise de dados secundários e realização de 20 entrevistas. Observaram-se fragilidades nas relações entre esferas de governo e setores na gestão do programa. Não houve evidências de que a existência e o acompanhamento das condicionalidades da saúde per se contribuam para o direito à saúde e interrupção do ciclo de pobreza.

PALAVRAS-CHAVE Políticas públicas. Sistema Único de Saúde. Programas governamentais. Pobreza.

ABSTRACT *The existence of health conditionalities in income transfer programs is controversial and requires coordination between social areas. The aim of the study was to discuss the health conditionalities of the Bolsa Família Program, considering national guidelines and the intergovernmental and intersectoral relations. It involved literature review, documental analysis, analysis of secondary data and twenty interviews. Frailties have been observed in the relations between levels of government and sectors in the program management. There was no evidence that the existence and monitoring of health conditionalities per se contributes to the right to health and interruption of the cycle of poverty.*

KEYWORDS *Public policies. Unified Health System. Government programs. Poverty.*

[1] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública – Rio de Janeiro, Brasil. *moraes.veve@gmail.com*

[2] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública – Rio de Janeiro, Brasil. *cristiani@ensp.fiocruz.br*

Introdução

A trajetória histórica da proteção social revela que a expansão da intervenção dos Estados na área social se deu em intensidade e ritmos distintos entre os países desenvolvidos e na região latino-americana (DRAIBE, 1997). Na América Latina (AL), a origem e o desenvolvimento dos sistemas de proteção social apresentam peculiaridades, não se enquadrando nos regimes característicos dos países avançados.

Em geral, as principais características que marcam a origem e a trajetória dos sistemas de proteção social na AL são: desenvolvimento mais tardio em comparação aos países avançados; primeiros programas sociais instituídos nas áreas da previdência e saúde e voltados para categorias profissionais específicas; sistemas erigidos e/ou expandidos sob regimes autoritários e diferenciados entre si, no que concerne à cobertura, variedade, escopo das políticas e resultados sociais (MACHADO, 2012).

A partir dos anos 1980, os processos de globalização, a crise econômica e os programas de ajuste estrutural impulsionados pelas ideias neoliberais provocaram o agravamento da pobreza nessa região (DRAIBE, 2011). Nesse contexto de constrangimentos aos gastos públicos e às políticas sociais abrangentes, os Programas de Transferência de Renda Condicionada (PTRC) surgem na década de 1990 em vários países da AL como uma nova estratégia de política social no combate à pobreza (SIMÕES, 2012).

No Brasil, no contexto de democratização dos anos 1980, a Constituição de 1988 expandiu direitos e inseriu a assistência social no marco abrangente da seguridade, orientada por uma concepção universalista, na contramão das tendências de reforma na AL. Entre as mudanças, destaca-se a instituição de mínimos sociais, como o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e a previsão da expansão dos serviços de assistência social. Na década de 1990, marcada pela liberalização econômica, a implementação das diretrizes constitucionais sofreria diversos percalços (MONNERAT, 2009).

Ao final dos anos 1990, os PTRC ganham destaque, no País, na esfera federal, quando são lançados os programas Bolsa Escola, Bolsa Alimentação e Auxílio Gás. Em junho de 2003, com a mudança de governo, foi lançado o Programa Cartão Alimentação. No ano seguinte, ocorreu a unificação desses quatro programas, originando o Programa Bolsa Família (PBF) (BRASIL, 2010).

O PBF possui três pilares centrais: a transferência de renda, as condicionalidades e os programas complementares. A transferência direta de renda tem como objetivo possibilitar alívio imediato da pobreza. As condicionalidades têm como propósito reforçar os direitos à saúde e à educação e, dessa forma, auxiliariam a quebrar o ciclo intergeracional da pobreza. Já as ações e programas complementares visam criar oportunidades para que as famílias superem a situação de vulnerabilidade, proporcionando a melhoria na condição de vida (BRASIL, 2010).

As condicionalidades do programa estão voltadas para a área de educação, saúde e assistência social. Na saúde, as ações compreendem ações básicas, como imunização, pré-natal, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, que já deveriam ser garantidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2010).

O programa brasileiro suscitou, desde sua formulação, posicionamentos contrários e favoráveis no que concerne a sua relevância social e à existência das condicionalidades. Alguns estudiosos questionam que a exigência das condicionalidades às famílias pobres pode-se configurar como uma violação de direitos (LAVINAS, 2013). Já outro grupo de estudiosos relaciona a existência das condicionalidades às questões morais e de juízo de valor, ou seja, ao argumento que ninguém poderia receber um benefício monetário do governo sem dar nada em troca (MEDEIROS; BRITTO; SOARES, 2007).

Somado a esse debate, observa-se a complexidade existente na gestão das

condicionalidades dado o seu desenho, pois o processo envolve diferentes setores (saúde, educação e assistência), além de incluir diversos atores na sua operacionalização. Nesse sentido, a gestão intersetorial das condicionalidades exige um alto grau de coordenação. Além disso, as relações intergovernamentais constituem desafios no âmbito de um programa de abrangência nacional, com gestão descentralizada, como o PBF. Acrescente-se que governos subnacionais podem ter programas de transferência de renda próprios, bem como propor condicionalidades adicionais para o acesso a essas transferências monetárias.

Em que pese a existência de estudos sobre as condicionalidades da educação, ainda há relativa escassez de pesquisas acerca das condicionalidades de saúde (JANVRY; FINAN; SADOULET, 2007).

Dessa forma, este artigo tem como objetivo discutir as condicionalidades de saúde do PBF, considerando as diretrizes nacionais e as relações intergovernamentais e intersetoriais na gestão das condicionalidades. Para isso, enfocou-se o caso do Rio de Janeiro, em que a relação entre as esferas de governo assume destaque pela existência de um programa municipal – Cartão Família Carioca (CFC) – e um estadual – Renda Melhor (RM) –, além do PBF.

Métodos

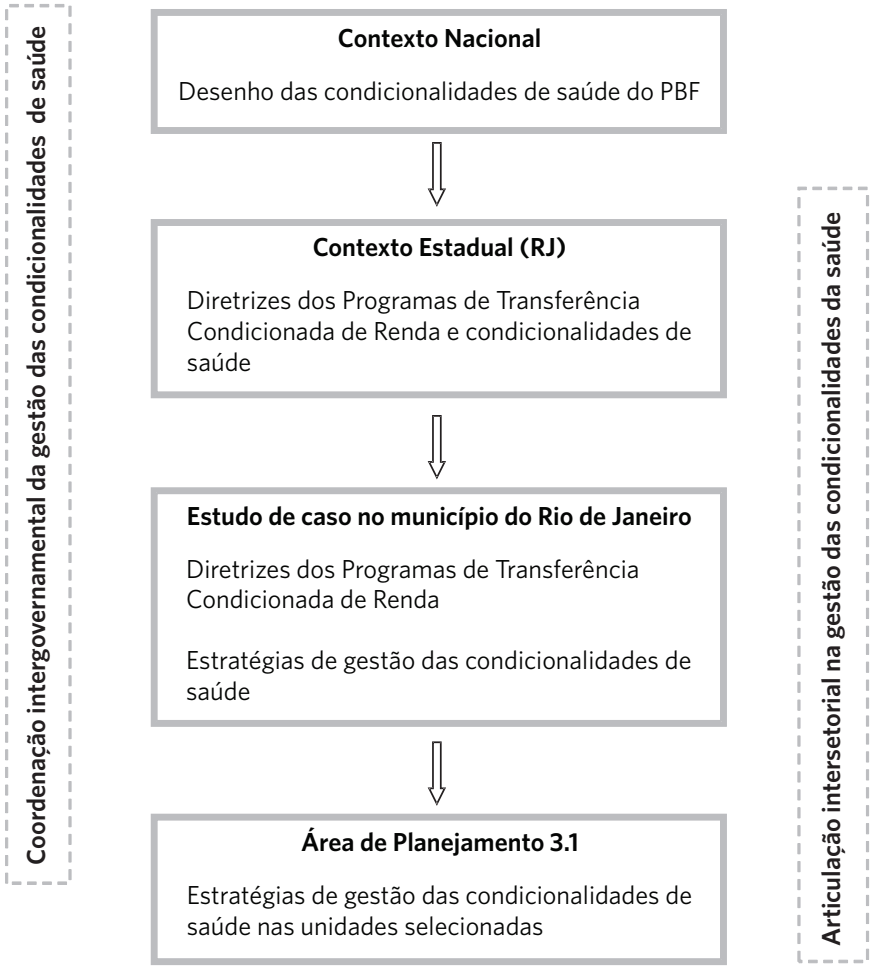
A pesquisa teve caráter predominantemente qualitativo, enfocando a gestão das condicionalidades de saúde do PBF. As dimensões de análise do estudo foram: o desenho nacional das condicionalidades de saúde do PBF; as estratégias de gestão das condicionalidades de saúde adotadas nas esferas nacional, estadual e municipal; a coordenação intergovernamental na gestão das condicionalidades de saúde; a gestão intersetorial das condicionalidades de saúde; e a visão dos dirigentes e profissionais sobre os programas de transferência de renda e as condicionalidades da saúde.

O desenho do estudo previu a análise da gestão das condicionalidades em diferentes escalas *(figura 1)*, dado que a interação entre o desenho nacional da política e sua operacionalização em contextos locais específicos é um aspecto relevante para a compreensão das relações intergovernamentais no PBF. A observação em diferentes escalas também favorece a análise das relações intersetoriais, no caso de políticas sociais de implementação descentralizada.

Para o estudo local, foi escolhido o município do Rio de Janeiro, por apresentar características promissoras para a análise dos desafios de coordenação intersetorial e intergovernamental nas políticas públicas. O município é o segundo mais populoso do País, possui o maior número de beneficiários do PBF no estado do Rio de Janeiro; apresenta uma ampla rede de serviços de saúde e de assistência social, o que é interessante para a análise das relações intersetoriais. Ademais, o município possui um grande número de serviços públicos ligados às diferentes esferas de governo; tem um programa municipal próprio, além de existir um programa estadual com expressão no município, o que o torna um campo rico para a análise das relações intergovernamentais. Ressalte-se que, no momento da pesquisa de campo (realizada em 2014), estado e município eram governados pelo mesmo partido político (Partido do Movimento Democrático Brasileiro – PMDB), por sua vez integrantes da coalizão de apoio à Presidência da República (sob governo do Partido dos Trabalhadores – PT). Essa situação de 'alinhamento político' também favoreceu a escolha do caso, pois, a princípio, conflitos político-partidários não estariam prejudicando a coordenação intergovernamental.

No município do Rio de Janeiro, a pesquisa de campo foi realizada na área de planejamento que compreende o maior número de beneficiários do programa, apresentando altos índices de pobreza (Área de Planejamento 3.1 – AP 3.1).

Figura 1. Sistematização do desenho de estudo



Fonte: Elaboração própria.

A pesquisa compreendeu as seguintes estratégias metodológicas: revisão bibliográfica, análise documental, análise de bases de dados secundários e realização de 20 entrevistas semiestruturadas com atores envolvidos na gestão das condicionalidades de saúde do PBF nas três esferas de governo, selecionados segundo cargo ocupado, atribuição na gestão do programa e tempo de atuação. Os atores selecionados foram distribuídos da seguinte forma: um dirigente do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS); um ex-dirigente do MDS; um dirigente do Ministério da Saúde (MS); um dirigente da Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos (SEASDH); um dirigente da Secretaria Estadual de Saúde (SES); um dirigente da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (SMDS); um dirigente da Secretaria Municipal de Saúde (SMS); cinco assistentes sociais dos Centros de Referência da Assistência Social (Cras) e oito profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) da AP 3.1 do município do Rio de Janeiro.

As entrevistas realizadas compreenderam

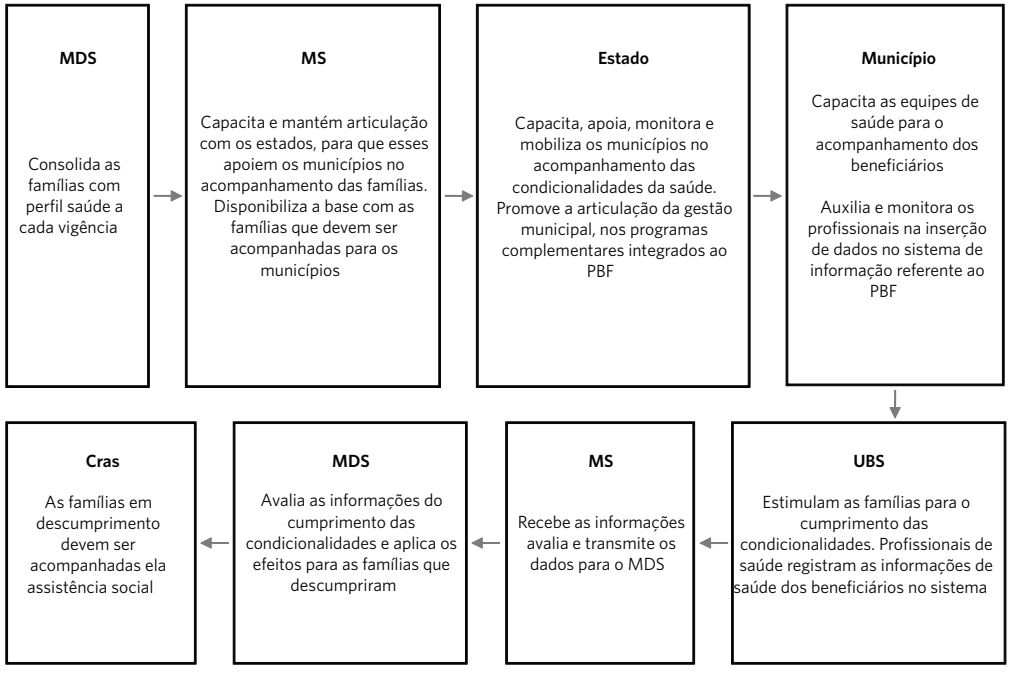
questões relacionadas com a visão dos atores sobre o PBF, o RM e o CFC (programas de transferência condicionada de renda do estado e do município) e as suas condicionalidades de saúde, estratégias de gestão e de articulação adotadas entre os setores. Envolveram ainda perguntas relacionadas com as responsabilidades e atribuições de cada local e esfera de governo, dificuldades encontradas na gestão das condicionalidades de saúde e as estratégias para superá-las. Utilizou-se a técnica de análise de temática das entrevistas, considerando-se as dimensões definidas no estudo.

Resultados

A gestão nacional das condicionalidades da saúde do Programa Bolsa Família

A gestão das condicionalidades da saúde compreende uma rotina complexa, exigindo articulação estreita entre diferentes ministérios, esferas de governo e secretarias envolvidas no processo. A *figura 2* apresenta o fluxo de gestão das condicionalidades da saúde.

Figura 2. Fluxo de monitoramento das condicionalidades da saúde



Fonte: Elaboração própria.

Em âmbito nacional, a articulação intersetorial para a gestão do PBF envolve a realização de reuniões técnicas entre a Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN) – setor responsável pela gestão das condicionalidades da saúde no MS – e o MDS, em que são discutidos problemas, prioridades e estratégias.

No que se refere à coordenação intergovernamental, o MS adota estratégias para reforçar a gestão das condicionalidades da saúde, como reuniões técnicas com

estados e municípios, produção e divulgação de informes sobre o acompanhamento das condicionalidades de saúde; realização de videoconferências com municípios e estados; elaboração de ofícios enviados do nível federal aos estados e municípios; articulação com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Conselho das Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) e Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e oferta do Curso de Educação a Distância sobre o PBF na Saúde, que possibilita a capacitação de diversos profissionais (LIMA, 2013).

Entrevistados citaram três estratégias federais prioritárias para fortalecimento da gestão das condicionalidades de saúde no âmbito local. A primeira seria incentivar os municípios a incorporarem o acompanhamento das condicionalidades de saúde na rotina das atividades da atenção básica. A segunda seria aumentar a identificação precoce das gestantes beneficiárias, visando inseri-las no pré-natal e garantir a concessão do Benefício Variável à Gestante (BVG) no início da gestação. A terceira estratégia seria o monitoramento dos municípios de grande porte, que apresentariam maiores dificuldades na gestão e operacionalização do programa.

Ainda quanto à coordenação intergovernamental, o MS procura estabelecer uma articulação próxima com os estados. Apesar disso, a relação da esfera federal com alguns estados é frágil, sendo variável a adesão dos estados às diretrizes do programa federal, bem como sua capacidade de acompanhamento nas condicionalidades da saúde, como ilustra a *tabela 1*.

Tabela 1. Percentual de acompanhamento nas condicionalidades da saúde e famílias com perfil saúde por estado. Brasil, segunda vigência de 2013

Estado	% de famílias totalmente acompanhadas nas condicionalidades da saúde	Quantidade de famílias com perfil saúde
Roraima	87,6	41.305
Paraná	80,6	373.163
Tocantins	80,2	120.380
Paraíba	79,8	425.429
Sergipe	79,5	230.358
Rio Grande do Norte	79,4	303.376
Minas Gerais	79,2	1.016.159
Piauí	79,0	373.184
Ceará	78,2	950.825
Maranhão	77,7	824.478
Alagoas	76,9	367.336
Goiás	76,6	298.961
Pará	76	743.331
Bahia	74,7	1.497.551
Amazonas	74,5	303.967
Santa Catarina	72,4	122.007
Mato Grosso do Sul	71,7	122.829

Tabela 1. (cont.)

Pernambuco	71,5	953.700
Espírito Santo	67,2	171.374
Mato Grosso	66,5	158.871
Acre	66,3	65.730
São Paulo	65,8	1.097.421
Rio Grande do Sul	63,5	368.918
Rio de Janeiro	59,1	691.391
Rondônia	58,3	100.313
Amapá	47,9	46.608
Distrito Federal	32,6	76.136

Fonte: Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação (Sagi) (BRASIL, 2014).

Existem também conflitos entre o MS e os estados relacionados com o repasse de recursos financeiros que servem como incentivos para serem aplicados na gestão do programa.

Acrescentam-se aos conflitos intergovernamentais as dificuldades de coordenação entre os setores sociais envolvidos na gestão do PBF, incluindo no acompanhamento das condicionalidades que, segundo diversos entrevistados, seriam mais evidentes nos municípios de grande porte. Isso ocorreria pela maior dimensão e complexidade da rede de serviços de saúde e de assistência social, o que exigiria mecanismos de financiamento e de acompanhamento diferenciados.

As condicionalidades da saúde dos Programas de Transferência de Renda no estado e no município do Rio de Janeiro

O estado do Rio de Janeiro apresenta um número expressivo de famílias beneficiárias do PBF, porém um acompanhamento das condicionalidades de saúde relativamente baixo, de aproximadamente 59% *(tabela 1)*.

A análise da gestão das condicionalidades de saúde do PBF na esfera estadual permitiu identificar a importância da atenção básica para a gestão do PBF. A área técnica de alimentação e nutrição – área responsável pelo acompanhamento das condicionalidades da saúde na Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro – possui dificuldades em estabelecer diretrizes para os municípios. Nesse sentido, o envolvimento da equipe estadual de gestão da atenção básica com o PBF foi considerado fundamental para facilitar o envolvimento dos profissionais de saúde dos municípios com o programa.

Os entrevistados da esfera estadual da saúde, assim como os da esfera federal, destacaram a importância de duas estratégias de gestão do PBF relacionadas com as condicionalidades. A primeira seria a capacitação dos municípios quanto aos princípios do programa, inclusive no que diz respeito às condicionalidades de saúde. O objetivo seria evitar ações locais inapropriadas, como a realização de mutirões para monitoramento das condicionalidades que prejudicariam a incorporação do atendimento das famílias na rotina das unidades de saúde e, consequentemente, o acesso. A segunda seria a ampliação da captação precoce das gestantes beneficiárias do PBF pelos municípios para que elas possam receber o benefício específico no início da gestação.

No aspecto da coordenação intergovernamental, destacam-se acordos de cooperação

visando à integração do PBF com outros programas nas diferentes esferas governamentais. O estado do Rio de Janeiro criou o plano Rio Sem Miséria, a partir de pactuação com o plano Brasil Sem Miséria do governo federal. O programa estadual local de transferência de renda – RM – integrava o plano Rio sem Miséria, sendo articulado ao PBF.

O programa RM era coordenado pela SEASDH. Tal programa beneficiava famílias que possuíam renda per capita mensal inferior a R$ 100,00, utilizando, além da renda declarada registrada no cadastro único, a renda estimada para identificar os beneficiários do programa. O critério de renda para inclusão no programa estadual em 2014 era, portanto, diferente daquele do PBF, que incluía famílias com renda per capita entre R$ 77,01 e R$ 154,00 (desde que possuam crianças e adolescentes) e todas as famílias com renda per capita de até R$ 77,00.

Ademais, o RM possuía as mesmas condicionalidades do PBF e buscava zerar o hiato de pobreza extrema. Isso porque todas as famílias que já recebiam o benefício do PBF e continuavam com renda per capita familiar inferior a R$ 100,00 tinham o direito de receber a complementação financeira para superar a linha da pobreza extrema definida pelo estado (CAMPOS FILHO, 2009).

No total, o programa RM estava presente em 91 municípios (todos os municípios do estado, com exceção do município do Rio de Janeiro). A decisão de não implantar o programa estadual no município visaria evitar a sobreposição de programas similares, pois a capital já propusera um programa de transferência de renda próprio, o CFC. Somente o componente do Programa Renda Melhor 'Jovem' foi implantado na capital, por não existir benefício análogo no programa municipal. Se tais decisões, por um lado, sugerem certo esforço de articulação federativa, por outro, os entrevistados apontaram dificuldades na cooperação intergovernamental entre estado e município.

As famílias contempladas pelo programa estadual podiam sacar o benefício do RM pelo cartão do Bolsa Família até o recebimento de um cartão compartilhado (PBF e RM). O compartilhamento do cartão seria relevante para fortalecer a legitimidade do PBF e a cooperação federativa. Além disso, o programa estadual seguia o mesmo calendário de pagamento do programa federal.

O fato de o RM manter as mesmas condicionalidades do PBF é significativo, pois torna o processo mais integrado, já que, profissionais, gestores e beneficiários estão familiarizados com a metodologia de acompanhamento e monitoramento das contrapartidas. Além disso, assegura um alinhamento com os objetivos nacionais.

A gestão das condicionalidades da saúde do PBF, no município, está sob coordenação da Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV). A gestão do PBF pela instância da atenção básica é importante para reforçar a diretriz do cuidado integral em saúde para as famílias beneficiárias.

Em relação à articulação intersetorial entre a saúde e assistência social em nível municipal, observou-se estreita relação entre a SMS e a SMDS, com a realização frequente de reuniões.

O município do Rio de Janeiro, assim como o estado, também possui acordos de cooperação intergovernamental com a União, destacando-se a integração do programa local CFC ao PBF.

O desenho do CFC foi realizado pela Fundação Getúlio Vargas em conjunto com órgãos do município, como a Casa Civil, o Instituto Pereira Passos, o Instituto de Planejamento, a Secretaria de Assistência Social e a Secretaria Municipal de Educação (NERI, 2010).

Em 2011, houve uma expressiva ampliação do programa, que alcançou 134 mil famílias assistidas pelo governo municipal (SANTOS; VALE, 2013).

Para ter direito ao CFC, é preciso estar cadastrado no PBF do governo federal, possuir

renda familiar per capita menor que R$ 108,00, já incluído o benefício do PBF. Para determinar a renda per capita de cada família, é utilizada a renda estimada, diferentemente do PBF, que utiliza a renda declarada. Busca-se zerar o hiato de pobreza extrema, ou seja, todas as famílias que já recebem o benefício do PBF e continuam com renda per capita familiar inferior a R$ 108,00 (linha de pobreza extrema adotada pelo município do Rio de Janeiro) tem o direito de receber a complementação financeira.

O CFC possuía identidade visual e cartão próprios, não mantendo relação com o cartão do PBF, diferentemente do programa estadual, que adotou um cartão compartilhado.

O CFC também compreendia condicionalidades, mas essas diferiam das contrapartidas do PBF. No que concerne às condicionalidades da educação, é exigido que crianças e adolescentes menores de 18 anos mantenham a frequência mínima de 90% nas aulas, além da participação de pelo menos um dos responsáveis nas reuniões bimestrais da escola. O não cumprimento da frequência ou a ausência do responsável por dois bimestres consecutivos ocasiona o bloqueio parcial do benefício. A frequência exigida é superior à do PBF, que prevê 85% para as crianças e adolescentes e 75% para os estudantes entre 16 e 17 anos. Ressalta-se ainda que os alunos que melhorarem seu desempenho escolar ao longo do bimestre recebem um bônus de R$ 50,00 por bimestre (até R$ 200,00 por ano).

Esse último aspecto do CFC se distancia dos propósitos das condicionalidades da educação do programa federal, visto que vincula os benefícios financeiros ao desempenho dos alunos, aspecto criticado por entrevistados da esfera federal, dada a maior vulnerabilidade social dessas crianças. As condicionalidades da saúde estabelecidas pelo CFC também são mais específicas e rigorosas, visto que além das informações exigidas pelo PBF, novas obrigatoriedades estão incluídas. Por exemplo, para crianças de 0 a 2 anos, avalia-se a situação de saúde (se teve diarreia, hospitalização ou infecção respiratória aguda no período); para adolescentes, solicita-se participação em um grupo de educação em saúde; e para gestantes, exige-se, no pré-natal, avaliação sobre sífilis e HIV, além de informações sobre o puerpério.

Apesar de serem mais rigorosas, as condicionalidades do CFC têm relação com ações de saúde já desenvolvidas pela atenção básica. Assim, as diferenças das condicionalidades entre os programas nacional e municipal *per se* não trouxeram dificuldades operacionais adicionais para as equipes de saúde. Os dados oficiais analisados e as entrevistas sugeriram que as unidades de atenção básica que funcionavam com equipes de saúde da família conseguiam ter melhores taxas de acompanhamento das condicionalidades da saúde.

Entretanto, a implantação do CFC ocasionou entraves na rotina do trabalho das assistentes sociais, que, em geral, não conseguiam responder às demandas das famílias relativas ao CFC (as já incluídas ou as que solicitavam inclusão), por não possuírem ingerência sobre o programa.

No contexto local, identificaram-se limites na articulação entre os serviços de saúde e de assistência social na gestão das condicionalidades de saúde. As ações relatadas se resumem a encaminhamentos para o Cras quando as equipes de saúde têm dificuldades. O insuficiente diálogo entre os setores fragmentava o acompanhamento das condicionalidades da saúde e prejudicava o atendimento à população vulnerável beneficiária dos programas sociais. O *quadro 1* sistematiza as principais características dos programas de transferência de renda nacional, estadual e municipal.

Quadro 1. Sistematização das principais características dos Programa Bolsa Família, Renda Melhor e Cartão Família Carioca

Programa	Abrangência	Critérios de inclusão	Condicionalidades da saúde
Bolsa Família	Nacional	Famílias com renda per capita de R$ 154,00 que possuam crianças e adolescentes até 17 anos Famílias com renda per capita de R$ 77,00, independentemente da composição familiar	Crianças até 7 anos: imunização e estado nutricional Mulheres de 10 a 69 anos: estado nutricional Gestantes: pré-natal em dia
Renda Melhor	Estadual	Famílias com renda per capita mensal inferior a R$ 100,00 Utiliza a renda declarada e a renda estimada	Igual ao PBF
Cartão Família Carioca	Municipal	Estar cadastrado no PBF Famílias com renda per capita mensal inferior a R$ 108,00 Utiliza a renda estimada	Crianças de 0 a 2 anos: imunização, estado nutricional, tipo de aleitamento e situação de saúde Adolescentes de 12 a 19 anos: imunização e grupo de educação em saúde Gestantes: imunização, pré-natal em dia e puerpério

Fonte: Elaboração própria.

No que se refere ao atendimento das famílias do programa, constatou-se que raramente ocorria uma abordagem integral, o que se distancia da diretriz nacional do PBF. Os profissionais de saúde priorizavam o registro das informações referentes às condicionalidades para as gestantes e crianças, o que limita a atuação dos serviços para as famílias do programa.

Observaram-se dificuldades de compreensão dos profissionais de saúde sobre o significado e a relevância do programa e das condicionalidades de saúde. Alguns profissionais baseavam-se em argumentos de risco moral, como o possível comportamento oportunista dos pobres. Entre os profissionais da assistência social, a maioria ressaltou a importância do programa e do seu objetivo. Todavia, mesmo nesse grupo, houve entrevistados que enfatizaram a suposta dependência financeira e acomodação dos pobres em função do benefício do programa.

Por último, um aspecto importante destacado pela maioria dos dirigentes e profissionais da área de assistência social entrevistados diz respeito à insuficiência de recursos humanos e à precária infraestrutura para dar conta das responsabilidades no acompanhamento das famílias.

Discussão

O estudo identificou fragilidades na articulação intergovernamental e na coordenação intersetorial da gestão das condicionalidades da saúde do PBF, que prejudicam o alcance dos propósitos das condicionalidades enunciados nos documentos oficiais do programa nacional, de contribuir para o exercício do direito à saúde e consequente interrupção do ciclo de pobreza.

No que concerne à coordenação intergovernamental, identificaram-se dificuldades relacionadas com o financiamento, com a cooperação e articulação entre as esferas e com diferentes concepções sobre os propósitos do programa e das condicionalidades.

No âmbito do financiamento, observaram-se conflitos relacionados com o mecanismo de definição dos repasses financeiros para a gestão do PBF, que é adotado como incentivo à melhoria da gestão estadual e municipal. Outro estudo também apontou tais conflitos, apontando que a baixa cobertura das condicionalidades da saúde limitaria o montante dos repasses mensalmente (MONNERAT, 2009).

Em virtude desses mecanismos, há riscos de os governos subnacionais serem complacentes com informações indevidas sobre as condicionalidades a fim de obter mais recursos (LINDERT, 2007).

No que diz respeito aos acordos de cooperação, os governos subnacionais possuem considerável autonomia para formular e implementar inovações no desenho dos programas locais integrados ao PBF. O programa estadual RM mostrou-se consoante com o programa federal ao utilizar um cartão compartilhado para realizar o saque do benefício, seguir o mesmo calendário de pagamento e, especialmente, manter as mesmas condicionalidades do PBF.

Em contraposição, o programa municipal CFC utiliza um cartão específico para o pagamento do benefício e optou por implantar condicionalidades adicionais tanto na área da educação como na da saúde. Adotou-se uma lógica comportamental no desenho das condicionalidades, muito evidente na área educacional, ao transferir responsabilidades para as famílias e reforçar exigências e mecanismos de punição ou premiação vinculados ao comportamento dos indivíduos.

Defensores argumentam que essa agenda de premiar os alunos avaliando o seu desempenho está em concordância com a ideia de que os pobres devem ser motivados por incentivos, e não penalizados; e que a presença de condicionalidades mais rigorosas no CFC poderia abrir as portas do mercado de trabalho para as famílias mais vulneráveis (NERI, 2010). Entretanto, estratégias mais abrangentes como o investimento na qualidade do ensino público e a formulação de políticas de emprego adequadas para assegurar melhores oportunidades de inserção dessas famílias no mercado de trabalho poderiam ser mais efetivas para esses propósitos.

No que concerne à articulação intersetorial, o estudo também apontou fragilidades, especialmente no contexto local, nas relações entre as áreas de saúde e assistência social, expressas na limitada comunicação entre os setores e na escassez de iniciativas de acompanhamento integrado das famílias beneficiárias. Tais limitações restringem a possibilidade de o acompanhamento das condicionalidades servir como estratégia para identificar famílias em situação de maior vulnerabilidade e apoiá-las por meio de estratégias abrangentes voltadas a sua inserção social.

Conclui-se que a coordenação intergovernamental e intersetorial na gestão das condicionalidades da saúde do PBF, somada aos requisitos de articulação com os programas de transferência de renda subnacionais (no caso em questão, o RM e o CFC), constitui tarefa complexa, visto que depende do envolvimento, mobilização e articulação de um grande número de setores e atores presentes nas esferas federal, estadual e municipal.

Além das limitações nas relações intersetoriais e intergovernamentais, a pesquisa sugeriu que as ações relacionadas com as condicionalidades de saúde destinadas aos beneficiários dos programas são precárias, restringindo-se principalmente ao registro administrativo das informações, aspecto também evidenciado por Trevisani (2007).

Se a articulação entre estratégias de garantia de direitos sociais e de combate à pobreza em uma perspectiva intersetorial e intergovernamental não for assegurada, os PTRC podem se tornar mecanismos isolados de cumprimento das metas governamentais, amenizando em curto prazo situações insatisfatórias, porém distanciando-se da sua proposta de alterar as condições de pobreza em longo prazo (FONSECA; VIANA, 2007).

Ressalte-se ainda a dificuldade de

compreensão e o posicionamento crítico dos profissionais entrevistados – principalmente os de saúde – não apenas em relação às condicionalidades, mas quanto ao próprio significado e relevância dos programas de transferência de renda.

Estudos sobre o PBF refutam argumentos mencionados pelos profissionais, como acomodação dos beneficiários, por exemplo, no que se refere às condições de trabalho ou remuneração (BARBOSA; CORSEUIL, 2013; JANUZZI; PINTO, 2013). Ao contrário, sugerem que o programa tem repercussões relevantes além do aumento da renda, como a maior autonomia das mulheres beneficiárias (REGO; PINZANI, 2013). Outros refutam o argumento que o programa induziria as mulheres a terem mais filhos, ao apontarem a diminuição da fecundidade entre as mulheres que recebem o benefício (ALVEZ; CAVENAGHI, 2013).

O sucesso de um programa de transferência condicionada de renda, no que concerne à melhoria das condições sociais e de saúde de famílias beneficiárias, dependeria da existência de serviços de saúde eficazes e de uma boa infraestrutura local dos serviços sociais, o que apresentou limitações no estudo (LAGARDE; HAINES; PALMER, 2007).

Neste estudo, a atenção básica foi destacada como fundamental na gestão das condicionalidades da saúde do PBF em todas as esferas. No contexto local, observou-se o maior acompanhamento das famílias por unidades que possuem todo o território coberto pelas equipes de saúde da família. Esses resultados sugerem o potencial de articulação positiva entre a Estratégia Saúde da Família e o PBF. Tais programas federais têm como características comuns: desenho federal, com diretrizes de descentralização e intersetorialidade; foco na família como unidade de atenção e cuidado; cobertura nacional ampla e muito expressiva na população mais vulnerável e pobre. Além disso, as condicionalidades da saúde do PBF fazem parte do escopo de ações e serviços sob responsabilidade das equipes de saúde da família, o que endossa a necessidade de articulação entre os programas.

Destaque-se que as ações englobadas pelas condicionalidades da saúde são extremamente básicas (imunização, acompanhamento nutricional e realização do pré-natal) e já deveriam ser asseguradas a toda a população. Nesse sentido, cabem questionamentos quanto à pertinência de exigi-las como contrapartida ao recebimento de transferências monetárias em um país como o Brasil, cujo sistema de saúde já deveria assegurar acesso público e universal de toda população aos diversos níveis de atenção.

No caso brasileiro, o mais relevante seria enfrentar as barreiras geográficas e organizacionais de acesso da população mais pobre aos serviços públicos de saúde, bem como melhorar a qualidade do cuidado ofertado em todos os níveis de atenção (ESTRELLA; RIBEIRO, 2008).

Em termos de agenda de pesquisa, seria importante desenvolver estudos mais específicos sobre os efeitos das condicionalidades da saúde. Vários efeitos positivos dos PTRC na educação têm sido documentados. O aumento da matrícula escolar, a diminuição na taxa de abandono e da taxa de repetição foram documentados por Glewwe e Kassouf (2012). O aumento da frequência escolar foi referido por Bastagli (2008). Já foram sugeridos também resultados positivos em longo prazo no desenvolvimento cognitivo e socioemocional dos beneficiários (PAXSON; SCHADY, 2007). Contudo, estudos sobre as condicionalidades da saúde são escassos, não havendo evidências substantivas de seus efeitos positivos no caso brasileiro até o momento. Seria interessante analisar se a Estratégia Saúde da Família, articulada ao PBF, poderia ampliar o acesso à saúde das famílias beneficiárias. Outra questão a ser investigada seria se e como a atenção nos serviços de saúde poderia contribuir para melhorar as condições de vida dessas famílias.

Conclusões

A existência de condicionalidades no PBF é justificada, nos documentos oficiais, com o propósito de favorecer o acesso a direitos sociais básicos de saúde e educação para romper com o ciclo intergeracional da pobreza nas famílias beneficiárias. No entanto, o estudo sugere que a exigência e o acompanhamento das contrapartidas relacionadas com ações de saúde *per se* não são suficientes para o alcance desse propósito. É fundamental avançar na reorganização dos serviços e no envolvimento dos profissionais, para que as ações de saúde e sociais sejam ofertadas de forma articulada e com qualidade paras as famílias beneficiárias.

Os programas de combate à pobreza devem estar conjugados com políticas distributivas e de caráter estrutural, como forma de promover um desenvolvimento mais igualitário. Isso requer o fortalecimento de políticas sociais abrangentes com base na prestação de serviços universais de qualidade, como nas áreas de educação e saúde. No último caso, um caminho mais promissor do que a ampliação e gerenciamento de condicionalidades para as famílias pobres que recebem benefícios monetários seria avançar na expansão dos serviços públicos, na redução das desigualdades e na consolidação do SUS.

Colaboradores

MORAES, V. D. Participou da concepção do artigo, levantamento, processamento e análise dos dados e da redação do artigo.

MACHADO, C. V. Participou da concepção do artigo, análise dos resultados, redação e revisão final do artigo.

Agradecimentos

Verena Duarte de Moraes é bolsista de doutorado da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e Cristiani Vieira Machado bolsista de produtividade em pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). ■

Referências

ALVES, J. E. D.; CAVENAGHI, S. O Programa Bolsa Família e as taxas de fecundidade no Brasil. In: CAMPELLO, T.; NERI, M. C. (Org.). *Programa Bolsa Família:* uma década de inclusão e cidadania. Brasília, DF: IPEA, 2013. p. 233–245.

BARBOSA, A. L. N. H.; CORSEUIL, C. H. L. Bolsa Família, escolha ocupacional e informalidade no Brasil. In: CAMPELLO, T.; NERI, M. C. (Org.). *Programa Bolsa Família:* uma década de inclusão e cidadania. Brasília, DF: IPEA, 2013. p. 327- 339.

BASTAGLI, F. *The design, implementation and impact of conditional cash transfers targeted on the poor:* An evaluation of Brazil's Bolsa Família. Working paper London: London School of Economics and Political Science (University of London), 2008. Disponível em: <http://ethos.bl.uk/OrderDetails.do?uin=uk.

bl.ethos.540368>. Acesso em: 15 jun. 2017

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Disponível em: <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/portal/>. Acesso em: 10 out. 2014.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). *Bolsa Família:* Cidadania e Dignidade para Milhões de Brasileiros. Brasília, DF: MDS, 2010. Disponível em: <http://dataspace.princeton.edu/jspui/handle/88435/dsp01jq085n248>. Acesso em: 15 jun. 2017

CAMPOS FILHO, A. C.; VIEIRA, A. M. M.; MARTINS, L. G. Rio sem Miséria: uma experiência de cooperação federativa para a superação da pobreza extrema. *Debates Sociais,* Rio de Janeiro, n. 71-72, p. 191-202, 2009.

DRAIBE, S. M. Uma nova agenda social na América Latina? Pontos de partida para a análise comparada dos sistemas de proteção social e suas mudanças recentes. In: SOLA, L.; LOUREIRO, M. R. G. (Org.). *Democracia, mercado e Estado:* o B de Brics. Rio de Janeiro: FGV, 2011. p. 249-288.

_____. Uma nova institucionalidade das políticas sociais? Reflexões a propósito da experiência latino-americana recente de reforma dos programas sociais. *São Paulo em perspectiva,* São Paulo, v. 11, n. 4, p. 3-15, 1997. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2092019/mod_resource/content/1/Draibe%20politicas%20p%C3%BAblicasv11n04_01.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2015.

ESTRELLA, J.; RIBEIRO, L. M. Qualidade da gestão das condicionalidades do Programa Bolsa Família: uma discussão sobre o índice de gestão descentralizada. *Rev. Adm. Pública,* Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, p. 625-641, jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122008000300009>. Acesso em: 14 jun. 2015.

FONSECA, A. M. M.; VIANA, A. L. A. Direito à saúde, atenção básica e transferências condicionadas de renda na América Latina. *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 12, n.6, p. 1505-1512, dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232007000600012&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 out. 2015.

GLEWWE, P.; KASSOUF, A. L. The impact of the Bolsa Escola/Familia conditional cash transfer program on enrollment, dropout rates and grade promotion in Brazil. *Journal of Development Economics,* Amsterdam, v. 97, n. 2, p. 505-517, mar. 2012. Disponível em: <http://www.anpec.org.br/encontro2008/artigos/200807211140170-.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2015.

JANNUZZI, P. M.; PINTO, A. R. Bolsa Família e seus impactos nas condições de vida da população brasileira: uma síntese dos principais achados da pesquisa de avaliação de impacto do Bolsa Família II. In: CAMPELLO, T.; NERI, M. C. (Org.). *Programa Bolsa Família:* uma década de inclusão e cidadania. Brasília, DF: IPEA, 2013. p. 179-192.

JANVRY, A.; FINAN, F.; SADOULET, E. Local governance and efficiency of conditional cash transfers: Bolsa Escola in Brazil. *University of California,* Berkeley. p. 1-35, set. 2007. Disponível em: <http://eml.berkeley.edu/~webfac/bardhan/e271_f07/bolsa.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2017

LAGARDE, M.; HAINES, A.; PALMER, N. Conditional cash transfers for improving uptake of health interventions in low-and middle-income countries: a systematic review. *Jama*, Chicago, v. 298, n. 16, p. 1900-1910, out. 2007. Disponível em: <http://epri.org.za/wpcontent/uploads/2011/03/Lagardeetal2007ConditionalCashTransfers1.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2014

LAVINAS, L. 21st Century Welfare. London: *New Left Review,* 2013. Disponível em: <https://newleftreview.org/II/84/lena-lavinas-21st-century-welfare>. Acesso em: 20 abr. 2016.

LIMA, A. M. C. *O desempenho do setor saúde no acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família:* a intersetorialidade em ação. 2013. 76 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola

Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/ens-30591>. Acesso em: 13 dez. 2016.

LINDERT, K. *et al*. The nuts and bolts of Brazil's Bolsa Família Program: implementing conditional cash transfers in a decentralized context. *Protection Discussion Paper*. Series of World Bank Working Papers, n. 709, p. 1-144, maio 2007. Disponível em: <http://siteresources.worldbank.org/INTLACREGTOPLABSOCPRO/Resources/BRBolsaFamiliaDiscussionPaper.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2015.

MACHADO, C. V. Desenvolvimento, proteção social e política de saúde: o Brasil no contexto latino-americano. In: VIANA, A. L. D.; BOUSQUAT, A.; IBAÑEZ, N. (Org.). *Saúde desenvolvimento, ciência, tecnologia e inovação*. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 65-98.

MEDEIROS, M.; BRITTO, T.; SOARES, F. Transferência de renda no Brasil. *Novos estud. – CEBRAP,* São Paulo, n. 79, p. 5-21, nov. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01013300200700030001>. Acesso em: 30 maio 2015.

MONNERAT, G. L. *Transferência condicionada de renda, saúde e intersetorialidade:* lições do Programa Bolsa Família. 2009. 283 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/25496_Giselle_Lavinas_Monnerat.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2014.

NERI, M. Cartão Família Carioca: o Bolsa Família 2.0. *Revista Conjuntura Econômica,* Rio de Janeiro, v. 64, n. 11, p. 60-64, jan. 2010. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rce/article/view/24133/22912>. Acesso em: 28 maio 2016.

PAXSON, C.; SCHADY, N. Does Money Matter? The Effects of Cash Transfers on Child Health and Development in Rural Ecuador. *Economic Development and Cultural Change* [S. l.], v. 59, n. 1, p. 187-229, out. 2010.

REGO, W. G. D. L.; PINZANI, A. *Vozes do Bolsa Família:* autonomia, dinheiro e cidadania. São Paulo: Unesp, 2013.

SANTOS, V. C.; VALE, M. R. O Programa Cartão Família Carioca como Expressão Contemporânea do Processo de Assistencialização. In: Jornada Internacional de Políticas Públicas, 6, 2013, Maranhão. *Anais eletrônicos...* 2013. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2013/JornadaEixo2013/anais-eixo5-pobrezaepoliticaspublicas/oprogramacartaofamiliacariocacomoexpressaocontemporaneadoprocessodeassistencializacao.pdf>. Acesso em: 3 out. 2014.

SIMÕES, A. A. *The contribution of Bolsa Família to the educational achievement of economically disadvantaged children in Brazil*. 2012. 277 f. Tese (Doutorado em Filosofia) – Universidade de Sussex, Brighton, 2012. Disponível em: <http://sro.sussex.ac.uk/40673/1/Sim%C3%B5es%2C_Armando_Amorim.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2017.

TREVISANI, J. J. D. *Avaliação da Implementação das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família e seu papel no cuidado à saúde:* estudo de caso do município do Rio de Janeiro. 2012. 193 f. Tese (Doutorado em Nutrição em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6138/tde-30052012-134711/pt-br.php>. Acesso em: 10 jun. 2016.

Recebido para publicação em fevereiro de 2017
Versão final em junho de 2017
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: apoio financeiro do CNPq (Edital Universal 2013) com o processo de número: 474502/2013-9

Limites e possibilidades das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço: percepções dos gestores

Limits and possibilities of the Permanent Committees of Education-Service Integration: managers' perceptions

Tania França[1], Soraya Almeida Belisário[2], Katia Rejane Medeiros[3], Isabela Cardoso de Matos Pinto[4], Ana Claudia Pinheiro Garcia[5]

RESUMO Este é um estudo qualitativo desenvolvido com gestores da saúde dos quadros estadual e nacional que analisou as dificuldades na implementação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço por meio de entrevistas. Observaram-se dificuldades relacionadas com infraestrutura, gestão de processos administrativos na contratação e execução das ações de Educação Permanente, práticas pedagógicas inovadoras e incipiência do controle social. Dentre os desafios estão a sustentação e articulação de parcerias institucionais entre serviço e ensino, educação e trabalho, numa perspectiva baseada no diálogo e no compartilhamento; o monitoramento contínuo do impacto das ações na qualificação dos serviços; além de maior desenvolvimento na pesquisa.

PALAVRAS-CHAVE Recursos humanos em saúde. Avaliação em saúde. Políticas públicas. Educação em saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT *This is a qualitative study developed with health managers from state and national levels, who examined the implementation difficulties of Permanent Committees of Education-Service Integration by means of interviews. We observed the existence of constraints regarding infrastructure, administrative procedures management involving procurement and implementation of permanent education actions, innovative pedagogical practices, and social control shortcomings. Among the challenges we can note the support and coordination of institutional partnerships between service and teaching, education and work, based on a dialogued and shared perspective; the ongoing monitoring of actions' impact on services qualification; in addition to further research development.*

KEYWORDS *Health manpower. Health evaluation. Public policies. Health education. Unified Health System.*

[1] Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj), Instituto de Medicina Social (IMS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *taniafranca@ims.uerj.br*

[2] Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Departamento de Medicina Preventiva e Social – Belo Horizonte (MG), Brasil. *soraya@nescon.medicina.ufmg.br*

[3] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Instituto Aggeu Magalhães – Recife (PE), Brasil. *kmedeiros@cpqam.fiocruz.br*

[4] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil. *isabela@ufba.br*

[5] Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Vitória (ES), Brasil. *anacpgarcia@hotmail.com*

 DOI: 10.1590/0103-11042017S311

Introdução

As dificuldades na implantação de novas práticas na área da gestão governamental, inclusive na saúde, têm estimulado questionamentos acerca dos fatores que influenciam o processo de decisão, formulação e implantação das políticas públicas. Em função disso, alguns estudos têm gerado uma série de modelos explicativos do processo de decisão, elaboração, implantação e avaliação das ações governamentais para explicar e compreender o processo decisório no âmbito das políticas públicas, como estas são formuladas pelo Estado e como são definidas as responsabilidades por sua implantação nos diversos níveis de governo (PINTO *ET AL.*, 2016). A fase de implementação tem sido considerada o momento crucial do ciclo de uma política pública, onde as propostas se materializam em ação institucionalizada por meio da atuação dos responsáveis por operacionalizar decisões. Nesse processo, vários fatores podem interferir para o sucesso ou fracasso de um projeto, visto que envolvem diferentes atores políticos, instâncias decisórias e ações administrativas necessárias à sua operacionalização. Nesse sentido, a negociação é fundamental, para definir e sustentar pactos necessários à potencialidade da política a ser colocada em prática (PINTO *ET AL.*, 2016).

A Educação Permanente na Saúde (EPS) tornou-se a estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores da saúde, e tem como objeto a transformação do processo de trabalho, orientado para a melhoria da qualidade dos serviços e para a equidade no cuidado e no acesso aos serviços (LIMA; ALBUQUERQUE; WENCESLAU, 2014; MACHADO *ET AL.*, 2015).

A Portaria GM/MS nº 1.996/07 definiu, em seu art. 2º, que a condução regional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) ocorreria por meio de Colegiados de Gestão Regional (CGRs), definidos como instâncias de pacto permanente e cogestão solidária e cooperativa, formados pelos gestores municipais de saúde de uma determinada região e por representantes do gestor estadual (BRASIL, 2007). Para a condução da política, a portaria indicou como estratégia a instalação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (Cies), definidas como instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes, de composição plural, que participam da formulação, condução e desenvolvimento da PNEPS (VIANA, 2007). As alterações introduzidas pela Portaria nº 1996/07 no nível estadual ratificam o papel de protagonista assumido pelas Secretarias de Estado da Saúde (SESs) na condução da PNEPS, responsabilizando-as pelo planejamento da formação dos trabalhadores do SUS em seu âmbito de gestão por meio das Comissões Inter gestoras Regionais (CIRs) (KEHRIG; SOUZA; SCATEN, 2015; SANDRI *ET AL.*, 2016). Estas passariam, então, a assumir a condução regional da política, operando como instância deliberativa, responsável pela elaboração dos planos regionais de Educação Permanente (EP), pactos e definição de projetos a serem implantados no campo da formação e qualificação da força de trabalho para a saúde.

Este artigo objetivou, a partir da perspectiva dos atores envolvidos, analisar as dificuldades no processo de implantação das Cies, bem como as estratégias utilizadas para sua superação. Os elementos aqui apresentados integram a pesquisa 'Análise da Política de Educação Permanente implantada pelas Secretarias Estaduais de Saúde', desenvolvida em âmbito nacional.

Métodos

Trata-se de estudo multicêntrico, de abordagem qualitativa, onde as SESs e as Cies atuaram como cenário, e, como informantes-chave, os gestores ou responsáveis pela condução da política de EPS nas SESs. Para a coleta dos dados, disponibilizou-se questionário em meio on-line, além de entrevista semiestruturada dirigida aos coordenadores

das Cies e ao coordenador nacional da PNEPS/SUS. Cabe destacar que as análises aqui apresentadas se referem apenas às entrevistas semiestruturadas. As oito entrevistas foram conduzidas por quatro pesquisadores, a partir de um roteiro previamente elaborado, sendo todas gravadas e posteriormente transcritas.

Selecionaram-se, por sorteio, sete Cies, sendo uma da região Sul, uma do Sudeste, uma do Centro-Oeste, duas da região Norte e duas da Nordeste. As entrevistas foram realizadas entre agosto e novembro de 2015.

Após sua transcrição na íntegra, as entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo temático de Bardin (2008), operacionalizada em três etapas: pré-análise, que consistiu na organização do material a ser analisado mediante leitura e demarcação dos trechos a serem trabalhados; codificação, classificação e categorização do material; e interpretação dos resultados, do qual emergiram, então, as categorias, dificuldades, estratégias para o enfrentamento das dificuldades, desafios e perspectivas.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, sob o registro CEP nº 695267, de 2014, e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para preservar o anonimato, os entrevistados foram identificados pela letra E e numerados de 1 a 8.

Resultados e discussão

Dificuldades na implantação das Cies

Foram diversas e de diferentes naturezas as dificuldades reclamadas pelos entrevistados, as quais integraram um rol de questões tanto no que se refere a processos internos e inerentes a cada estado como relativas a questões de âmbito mais geral.

Assim, enumeram-se como dificuldades a baixa prioridade dada pelos gestores estaduais e municipais à EP; entraves burocráticos, em forma geral; dificuldade dos estados e municípios na execução dos recursos e restrições legais para sua utilização; ausência de corpo docente nas escolas técnicas, dentre outras.

> *[...] os lugares, seja município, seja estado, que queriam fazer alguma ação de Educação Permanente eles acabam preferindo usar recurso do tesouro deles que utilizar o recurso da Educação Permanente porque era um recurso repassado num formato de tal forma que dificultava a execução por ter um conjunto de regras [...] tem estado que tem dificuldade de executar, por exemplo, pagamento de hora-aula. Tem lei que proíbe pagar servidor que é um modelo muito utilizado pra repor as escolas técnicas que não tem corpo docente próprio etc.* (E8).

Esses achados corroboram estudos anteriores, como os de Lima, Albuquerque e Wenceslau (2014), que identificaram a baixa priorização da EPS pela gestão no município de Recife. O aperfeiçoamento dos processos administrativos e marcos legais, que torna estados e municípios aptos a viabilizar a contratação e execução das ações de EP, é referido por D'Avila, Assis e Melo (2014). É preciso aperfeiçoar os processos administrativos e os marcos legais de estados e municípios para viabilizar a contratação e execução das ações de EP (STROSCHEIN; ZOCHE, 2011).

Para outro entrevistado, as dificuldades são a grande extensão territorial do seu estado, com municípios distantes e de difícil acesso; o difícil processo de regionalização do estado e de reorganização da Comissão Interinstitucional Bipartite (CIB), que complicaram a implantação das Cies; o acesso ao Secretário de Saúde; a dificuldade da gestão municipal em assimilar a EP como uma política pública de saúde e a grande rotatividade dos gestores municipais de saúde (FRANÇA *ET AL.*, 2016; LIMA; ALBUQUERQUE; WENCESLAU, 2014).

A pouca clareza dos membros da Cies sobre o que ela é e faz, bem como sua baixa participação, envolvimento e compromisso foram relatados por outro entrevistado. Essa evidência também foi captada por Ferraz e*t al*. (2013), que afirmaram que as Cies precisam conhecer o processo de gestão, organização e estruturação da PNEPS dos seus respectivos territórios de abrangência.

> *Eu acho que a principal dificuldade hoje não é o financiamento só não. [...] é mais a capacitação mesmo, é a questão do entendimento, da participação dos membros [...] [...] saber o que tem que fazer, de saber o que é Cies. [...]. Eu acho que isso que está faltando mais na Cies hoje pra ela realmente ser atuante. [...] você conta quem tem esse compromisso e de quem sabe o que é Cies.* (E3).

Outras dificuldades relatadas foram a baixa capacidade organizativa; a oferta de eventos pulverizados, fragmentados, sem conexão entre si e de baixa carga horária, muitas vezes decorrentes das necessidades de outros setores; e a baixíssima presença da EP nas pautas da CIB, pautas estas, dominadas pela discussão assistencial. Sarreta (2009) adverte que o grande desafio é superar a educação como um elemento funcional e ser capaz de ir além dos cursos e treinamentos isolados e voltados para problemas imediatos dos serviços. Nas práticas de saúde, são indispensáveis as propostas educativas reiterativas e tecnicistas, com ênfase em treinamentos, capacitações e cursos em áreas específicas, embora seja fundamental transcender a fragmentação e a descontinuidade (SILVA *ET AL*., 2013).

A pouca prioridade dada à EP pela gestão foi ressaltada como um paradoxo, uma vez que é comum os gestores se referirem à importância e à necessidade da EP, embora não aloquem recursos e muito menos a tratem como prioridade.

Para Campos (2006), há, entre as autoridades do poder executivo, uma visão muito instrumental e imediatista das políticas de formação, ligadas mais à perspectiva eleitoral e menos a uma preocupação estrutural e reflexiva para a formação.

A não compreensão pelo Conselho Nacional de Saúde do que seja a Cies e o desconhecimento do que seja a política de EP também foram lembrados por outro depoente. No que se refere à gestão, outro entrevistado relatou que esta criou várias dificuldades ao processo.

> *[...] aí a gente começou a ter dificuldades, a gente ter um plano e não conseguir botar em prática, sempre tinha uma desculpa [...] Então sempre tinha um obstáculo e sempre jogando responsabilidade para os membros da Cies, né? Como se a gestão não fizesse parte do processo.* (E5).

Para ele, há uma grande expectativa em relação à Cies como a executora da política. Contudo, avalia que a Cies tem dificuldade em atendê-la, devido à ausência de instrumento de gestão.

> *Então fica uma expectativa de que a Cies responda a tudo, que ela seja a própria executiva da política. Mas como? Não tem um instrumento de gestão para fazer isso [...].* (E5).

Para outro entrevistado, a necessidade de submissão dos projetos ao Conselho Estadual, colocada no momento inicial de instituição da Cies, se revelou uma grande dificuldade. O Conselho, ao criar uma comissão para avaliação dos projetos, acabou por atrasar sua aprovação, num processo equivocado e desnecessário.

> *[...] Mas, com o passar do tempo, com as brigas políticas partidárias, com a aproximação de eleições, nós começamos a não conseguir mais pauta no conselho; eles não aprovavam... Dificultavam a passagem. Enfim, o conselho segurava um ano às vezes um processo [...] Então, esse foi um dos fatores que dificultou muito a execução, e foi um equívoco; não precisava ter acontecido isso.* (E6).

Estratégias para o enfrentamento das dificuldades

Nessa categoria, um elenco bastante amplo e diversificado de propostas, possibilidades e ações foi apresentado pelos entrevistados. Integram o cardápio propostas de levantamento de atividades já programadas e sua possibilidade de reprogramação; a sensibilização de gestores municipais de saúde no sentido de um maior entendimento acerca da importância da PNEPS e que a mesma integre o rol de compromissos assumidos pelos municípios; a realização de pesquisa avaliativa para verificar o impacto dos cursos nos serviços e se ainda são necessários; e a criação de um departamento de educação em saúde na SES.

> *[...] outra estratégia que a gente tem caminhado nessa direção é essa pesquisa, ver o que realmente está mudando no serviço, toda essa informação para justamente nessa discussão dos cursos que ainda estão para acontecer se eles são realmente necessários ou não.* (E1).

> *[...] mas eu acho que teria que ter realmente um entendimento, uma sensibilização dos gestores municipais de saúde quanto à importância da política de Educação Permanente, inclusive, que a Educação Permanente faz parte dos termos de compromissos que eles assinam com relação às metas e indicadores dos estados.* (E2).

Outro entrevistado sugeriu como estratégias: insistir e tentar convencer o gestor sobre a importância da institucionalização das coordenações regionais; ter estrutura e desenhar os processos de trabalho; definir claramente o papel de cada Cies e como será executado; e estabelecer estratégias para a inclusão de pautas nas CIRs e CIB.

> *Tentar mais uma vez conversar com o gabinete sobre a possibilidade da institucionalização dessas coordenações, porque aí você cria em cada região um ponto focal, uma pessoa de referência [...] acho que o papel da gente é continuar insistir nessa discussão.* (E3).

Ainda para esse mesmo entrevistado, a realização das conferências regionais de saúde foi vista como uma oportunidade de inserção da discussão da EP, ligando-a ao tema da conferência e demonstrando sua contribuição no desenvolvimento das questões levantadas. Outras estratégias levantadas por ele foram aperfeiçoar e articular as ofertas de capacitação, que são pulverizadas e desconexas; aperfeiçoar os cursos existentes, associando projetos de aperfeiçoamento e especialização e criando uma conexão entre eles; integrar conteúdos fragmentados e organizá-los de forma modular em projetos de formação, e inserir esse conjunto de projetos de formação em um programa de qualificação. Por fim, o convencimento dos atores internos e externos a trabalhar nesta lógica também foi reforçado como uma estratégia.

> *[...] as conferências o tema também central é esse: Análise da situação de saúde. [...] aproveitar essa discussão e dizer [...] Como a Educação Permanente pode contribuir para melhorar esses marcadores de saúde.* (E3).

A realização de capacitações, em especial um curso em finanças públicas para instrumentalizar as Cies na execução de recursos, bem como uma proposta para apoiar tecnicamente as Cies, objetivando a construção coletiva dos planos de EP e a facilitação da prestação de contas, foram estratégias levantadas por outro entrevistado.

Corroborando essa proposição, França e*t al.* (2016) identificaram alguns exemplos de limitações do uso desses recursos: a baixa capacidade de gasto pelos estados, associada a recursos carimbados, onde há pouca flexibilidade de utilização, além dos limites impostos pela Lei nº 8.666, e questionamentos do Tribunal de Contas. Este conjunto de limites reforça a proposição do entrevistado.

Para outro entrevistado, a estratégia seria

exigir da gestão maior participação dos atores envolvidos e maior democratização do processo, no qual a coordenação seria eleita pelos próprios membros. Informou ter elaborado e divulgado em congressos, fóruns do conselho, blogs e no site do Cebes um texto crítico à forma de condução do processo.

> *A gente descobriu [...] uma minuta de uma portaria que já estava pronta e era muito mais para referendar e aí eu fiz até um texto que a gente fez uma militância com ele nos congressos. Foi o congresso da Abrasco no Rio Grande do Sul e lá [...] a gente fez a apresentação dessa crítica a essa portaria e depois eu fiz até um texto e a gente publicou em alguns blogs e que terminou indo também para o site lá do Cebes.* (E5).

Outras estratégias elencadas foram: execução de várias ações pela Cies, dentro do que era possível – mesmo que não totalmente dentro do que se defendia como EP; estímulo à Cies e aos municípios para elaborarem projetos; trabalho junto aos gestores no intuito de despertá-los para a política; cobrança de contrapartida do estado para as ações que estavam sendo desenvolvidas; crítica às instituições de ensino, que deveriam ser protagonistas e não cumpriam esse papel; e realização de curso de gestão regionalizada com pesquisa acoplada e estímulo aos gestores para que enviassem relatórios mostrando os avanços alcançados e as experiências exitosas.

> *[...] quando a gente começou a funcionar a Cies, a gente começou a executar várias coisas, lógico que não dentro de uma política que a gente defende de Educação Permanente, mas dentro do que era possível. Então, a gente começou a estimular tanto as Cies como os municípios que fizessem os projetos [...] [...] seduzindo os gestores que tenham dinheiro, que tenham recursos, para ver se ele despertava para essa política.* (E5).

Um encontro nacional das Cies, esta foi uma das estratégias propostas por outro entrevistado. A ideia do encontro surgiu após a realização de uma roda de conversa sobre a comissão, por ocasião da reunião da Rede de Escolas, em junho de 2015. Essa roda não estava programada e foi avaliada como muito produtiva. Para esse depoente, a concepção plural da composição da Cies é vista como uma estratégia de descentralização de poder na comissão, uma vez que dilui o poder da gestão. Ressaltou a necessidade da presença dos movimentos sociais e dos usuários no processo de discussão, afirmando que a reunião desses atores é estratégica, uma vez que oportuniza a discussão entre eles. Assim, acredita que essa composição e esse diálogo entre os atores ajudariam na continuidade da comissão, impedindo seu encerramento.

> *[...] acho que a concepção de composição das Cies que tem que ser plural é uma das estratégias que favorece que ela não fique fechada, que ela não dê todo poder a gestão, que ela não deixe o controle social, sozinho, né? Quer dizer, os movimentos sociais, os usuários têm que estar ali dentro pra conversar, porque se não a gente tem a gestão fazendo o que acha que tem que fazer, se achando muito legítima. [...].* (E6).

Desafios e perspectivas

Desafios a serem superados, bem como perspectivas positivas e propostas de trabalho, foram reconhecidos pela maior parte dos entrevistados.

Dentre os desafios, a questão conceitual da EP foi ressaltada por um dos entrevistados no sentido que não seja restrita à qualificação dos profissionais. Para ele, há a necessidade de se entender o que se está chamando de EP para não confundi-la com educação profissional, tradicionalmente associada com curso, sala de aula, certificação, já que a EP vai além. Acredita que a superação dessa confusão conceitual poderia ser alcançada, dentre as alternativas, por meio da produção de materiais, vídeos e estratégias de comunicação, bem como pela recuperação do conhecimento produzido em algumas iniciativas já desenvolvidas.

[...] hoje o grande desafio da política nacional de Educação Permanente é a gente retomar um pouco essa perspectiva de Educação Permanente, que é uma coisa que não está restrita à qualificação dos profissionais. (E8).

Vários estudos abordam os aspectos que envolvem o conceito de EP, embora todos convirjam para o mesmo núcleo: o de que a EP reconhece a importância e o potencial educativo do processo de trabalho para a sua transformação (BATISTA; GONÇALVES, 2011; CAMPOS, 2006; CAMPOS *ET AL.*, 2006; SARRETA, 2009; LIMA; ALBUQUERQUE, WENCESLAU, 2014). Contudo, Campos (2006) destaca que o significado da EP virou uma coisa sagrada, 'santa'. Em virtude disso, tem-se subestimado o papel dos cursos regulares em nome de uma educação na vida e no trabalho, que, apesar de importante, é complementar. O autor afirma que se terminou avançando pouco na reconstrução e ampliação de projetos para formação de pessoal para o SUS.

O mesmo entrevistado também destacou a necessidade de se discutir acerca do reconhecimento e contabilização da carga horária utilizada para formação do profissional. Sugere que seja incluída no processo de trabalho desde que acompanhada de uma reflexão e que a experiência seja um dispositivo de aprendizagem, mencionando a necessidade de se pensar outras questões, como a análise do processo de trabalho.

Em geral, os gestores têm visão instrumental e tendem a dificultar a participação dos trabalhadores em processos mais longos de formação (CAMPOS, 2006). Signor e*t al.* (2015) corroboram essa afirmativa. Investigando um serviço de saúde de atendimento misto no qual funciona uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas em município do norte do Rio Grande do Sul, os autores constataram não haver incentivo ou estímulo dos gestores municipais para a realização de capacitações da equipe.

Outro entrevistado destacou a importância de se fomentar o trabalho participativo com o envolvimento de todos os atores, cada um ciente da importância de seu papel e da representação de seu segmento. Destacou, também, a necessidade de se implantar as Cies regionais; e de se acompanhar o impacto das ações na qualificação dos serviços, num monitoramento contínuo das ações, além de se promover maior desenvolvimento da área da pesquisa.

[...] a perspectiva é de fomentar mesmo esse trabalho bem participativo, todos os atores envolvidos tenham a ciência da importância do seu papel e da representação do seu seguimento que possa realmente contribuir e que a gente possa também caminhar para a implantação das Cies regionais e que a gente possa fazer esse acompanhamento do impacto da qualificação do serviço, ou seja, que a gente possa trabalhar para que esse monitoramento e essa avaliação seja algo contínuo e não pontual. (E1).

A partir de um encontro nacional, um entrevistado vislumbrou a perspectiva tanto de alavancar a Cies estadual como de ela funcionar como apoiadora das Cies regionais.

A gente está muito esperançosa, a partir desse encontro que a gente teve lá na Escola Técnica do SUS, dessa última oficina, e já a partir dessa reunião que a gente vai realizar agora dia primeiro de setembro de realmente alavancar tanto a Cies estadual como também trabalhar a Cies estadual como órgão apoiador das Cies regionais no sentido de realmente de efetivar a política de Educação Permanente. (E2).

Maior envolvimento das pessoas e realização de rodas de conversa sobre EP para esclarecimento do papel de cada um, da importância do seu comprometimento, participação e da organização do trabalho, foram aspectos levantados por outro entrevistado. Este acredita ser necessário fornecer elementos para que os membros da Cies encontrem alternativas para sensibilizar os gestores de seus municípios para um melhor entendimento da EP, ao mesmo tempo em que considerou a necessidade de sensibilizar

as instituições formadoras da capital e do interior. Por fim, reforçou a importância de se ter presença e dar visibilidade à EP, de forma a incluí-la na agenda.

> *[...] vamos começar um trabalho com as rodas de conversas sobre a Educação Permanente [...] Para que as pessoas passem a entender melhor qual é o seu papel, a importância do seu comprometimento, da sua participação, da sua organização do trabalho, como é que elas vão buscar a se organizarem nos seus municípios lá nas suas regiões de saúde para que elas encontrem alternativas de sensibilizar os gestores nessas reuniões das CIR [...] para sensibilizar esse gestor para que ele entenda melhor a importância da Educação Permanente nas ações de serviço, nas ações de saúde no dia a dia.* (E3).

Para um dos entrevistados, a execução financeira adquiriu centralidade em todas as reuniões das Cies, sendo necessário o equacionamento dessa questão. Expôs, também, a necessidade de se discutir a micropolítica, uma vez que questões tais como o processo de trabalho, sua rotina, não dependem de recursos, mas do investimento de todos os envolvidos – trabalhadores, docentes, gestores e controle social.

> *[...] a execução financeira dos recursos que chegam. [...] vira o tema central praticamente de todas as reuniões. [...] a gente sabe que não é a única questão. Só que enquanto não se equacionar, entre aspas, essa reserva financeira que a gente tem aí a gente não vai conseguir discutir a micropolítica.* (E4).

As pesquisas de Pierantoni e Garcia (2012) e Ferraz *et al.* (2013) identificaram que, no que diz respeito à efetivação da PNEPS, a liberação dos recursos e o esclarecimento de dúvidas acerca da gestão financeira são as maiores dificuldades referidas pelos gestores. Para Ferraz *et al.* (2013), a despeito de as distintas instâncias do SUS terem sido capazes de produzir mecanismos ágeis para o financiamento e contratação de ações e serviços de saúde, o mesmo não se observou nas ações e serviços educacionais.

Stroschein e Zocche (2011) e D'Avila, Assis e Melo (2014) defendem que é preciso o aperfeiçoamento dos processos administrativos e de marcos legais de estados e municípios, os quais devem estar aptos e dispor de meios para a contratação e execução das ações de EP. Aspectos tais como critérios de distribuição de recursos financeiros para implantação e acompanhamento de projetos foram mencionados (PAULINO *ET AL.*, 2012).

O mesmo respondente classificou como fundamental a parceria com as instituições de ensino, embora tenha mencionado que deveriam envolver mais os docentes nos processos para que haja troca de conhecimento e maior participação nos serviços, de forma a não sobrecarregar os preceptores. Reconheceu, contudo, a existência de dificuldades; dentre elas estão o baixo salário dos preceptores e o pequeno número de docentes.

Encarar sua atuação como uma militância; não parar de acreditar; ter uma postura otimista e não desistir; entender que o desafio é longo, instigante e estimulante, bem como acreditar estar fazendo parte de um processo histórico, foram algumas das questões levantadas por outro respondente. Para ele, ter um plano estadual ainda constitui um desafio, e atribui à Escola um papel estratégico na coordenação dos processos de formação no estado, incluindo a residência e os mestrados profissionais.

> *[...] um desafio ainda, a gente nem tem plano estadual, praticamente não considero plano porque os próprios gestores nunca se preocuparam muito com isso, tornar a política como carro chefe. [...] a gente defende que a escola que assuma essa política, que ela coordene o processo estadual [...] mestrados multiprofissionais e a residência médica [...].* (E5).

No que se refere às instituições de ensino, acredita que precisam ter um papel de maior

protagonismo no processo de mobilização e agregação e que sua contribuição poderia se dar por meio de debates, publicações, avaliações, dentre outras estratégias. Por fim, ressaltou o valor da realização de pesquisas como esta, que contribuem, dão visibilidade e mostram caminhos.

> *[...] é um desafio longo, mas é instigante e estimulante, e eu acho que um trabalho como esse que vocês estão fazendo contribui com isso. Porque dá visibilidade e aponta caminhos.* (E5).

Para outro respondente, a Cies é uma estratégia que se fortaleceu no processo e não foi desmontada. Contudo, acredita que ela vai passar por um processo de reestruturação, sendo esse um momento de retomada e de reorganização. Devido ao tenso momento pelo qual passa seu estado, manifestou sentimento paradoxal em relação às perspectivas da Cies devido ao momento político vivenciado, i.e., grave greve geral dos servidores, momento de muita instabilidade. Acredita, contudo, que nesse cenário de instabilidade política, econômica e institucional, a Cies vai se reorganizar e avaliar a política de EP como sendo forte. Por fim, acredita que se houver mudança será para melhor.

> *Perspectivas [...] As piores. Mas eu acho que vai ser muito boa. É paradoxal, isso, né? Mas é, os piores porque a gente está num momento de greve muito grave [...] A situação está muito, muito, muito, muito grave. [...] [...] a gente está vivendo um momento de muita, muita, muita instabilidade. Um momento político de muita instabilidade. E nesse cenário todo de muita instabilidade política, econômica, institucional eu acho que Cies vai se reorganizar.* (E6).

Considerações finais

A EPS tem sido compreendida quanto aos seus pressupostos conceituais e metodológicos como uma estratégia transformadora das práticas de saúde, com grande potencial para o rompimento do paradigma tradicional que orienta os processos de formação dos trabalhadores da saúde. A PNEPS convoca os sujeitos ao quadrilátero da formação – ensino, serviço, gestão e controle social – para refletirem de modo permanente sobre a realidade posta e a encontrar soluções criativas com a superação dos problemas de saúde e, por conseguinte, qualificar as ações no intuito de aumentar a capacidade de resolução e a eficiência do sistema de saúde.

Neste trabalho, foram reconhecidas perspectivas positivas, desafios a serem superados e propostas de trabalho. Contudo, os relatos também mostraram dificuldades, as quais integraram um rol de questões tanto no que se refere a processos internos e inerentes a cada estado como a questões de âmbito mais geral.

Muitos desafios ainda precisam ser superados para que se concebam os projetos de EPS e se consolide a PNEPS; dentre eles, citam-se o planejamento e a implementação da PNEPS em âmbito regional, cuja manutenção precisa se efetivar por meio de gestão participativa e colegiada, exercitando o processo de descentralização e negociação democrática, sustentada nas necessidades locais. Esse processo requer, no entanto, esforços de articulação de parcerias institucionais entre serviço e ensino, educação e trabalho, baseada no diálogo e compartilhada.

Não obstante os desafios e dificuldades que permeiam os processos de implantação e manutenção da EPS, muitas são as contribuições advindas das experiências em curso, que merecem estudos mais aprofundados.

Reforça-se que este estudo não esgota todas as possibilidades. As análises aqui apresentadas devem ser discutidas e divulgadas entre os diversos atores envolvidos no processo para apreciação, validação e construção de alternativas para o campo da educação em saúde, visando ao fortalecimento do SUS. ■

Referências

BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. *Saúde Soc*., São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884-99, 2011.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília DF, 22 ago. 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html>. Acesso em: 16 ago. 2017.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2008.

CAMPOS, F. E. *et al*. Os desafios atuais para a educação permanente no SUS. *Cad. RH Saúde*, Brasília, DF, v. 3, n. 1, p. 39-51, 2006.

CAMPOS, G. W. S. Políticas de formação de pessoal para o SUS: reflexões fragmentadas. *Cad. RH Saúde*, Brasília, DF, v. 3, n. 1, p. 52-6, 2006.

D'AVILA, L. S.; ASSIS, L. N.; MELO, M. B. Adesão ao Programa de Educação Permanente para médicos de família de um estado da Região Sudeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 401-16, 2014.

FRANÇA, T. Análise da Política de Educação Permanente do SUS (PEPS) implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES). *Relatório Final*. Rio de Janeiro: Uerj, 2016. (v. 2). Disponível em: <http://www.obsnetims.org.br/uploaded/3_2_2016__0_Vol%20II_Relatorio_EPSUS_Cnpq_2015.pdf>. Acesso em: 3 jan. 2017.

FRANÇA, T. *et al*. Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p.1817-1828, 2016.

FERRAZ, F. *et al*. Gestão de recursos financeiros de educação permanente em saúde: desafio das comissões de integração ensino-serviço. *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1683- 93, 2013.

KEHRIG, R. T.; SOUZA, E. S; SCATENA, J. H. G. Institucionalidade e governança da regionalização da saúde: o caso da região Sul Mato-Grossense à luz das atas do colegiado de gestão. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 948-961, out./dez. 2015.

LIMA, S. A. V.; ALBUQUERQUE, P. C.; WENCESLAU, L. D. Educação permanente em saúde segundo os profissionais da Gestão de Recife, Pernambuco. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 425-41, 2014.

MACHADO, J. F. F. P. *et al*. Educação Permanente no cotidiano da Atenção Básica no Mato Grosso do Sul. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 102-113, jan./mar. 2015

PAULINO, V. C. *et al*. Ações de educação permanente no contexto da Estratégia Saúde da Família. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 312-6, 2012.

PIERANTONI, C. R.; GARCIA, A. C. P. A gestão do trabalho e da educação na saúde em secretarias estaduais e municipais de saúde. *Divulgação em Saúde para Debate,* n. 47, p. 44-54, 2012.

PINTO, I. C. M. *et al*. . Trabalho e educação na saúde: diálogos entre a produção científica e as políticas de saúde. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Observatório de análise política em saúde*. Salvador: EDUFBA, 2016, p. 431-460.

SANDRI, J. V. A. A comissão de integração ensino e serviço regional: sua trajetória no estado de Santa Catarina. *Revista Brasileira de Tecnologias Sociais*, Itajaí, v. 3, n. 2, 2016.

SARRETA, F. O. *Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS*. São Paulo: Editora Unesp, 2009.

SIGNOR, E. *et al*. Educação permanente em saúde:

desafios para a gestão em Saúde Pública. *Rev. Enferm. UFSM,* Santa Maria, v. 5, n. 1, p. 1-11, 2015.

SILVA, L. A. A. *et al*. Educação permanente em saúde na ótica de membros das Comissões de Integração Ensino-Serviço. *Rev. Enferm. UFSM,* Santa Maria, v. 3, n. 2, p. 296-306, 2013.

STROSCHEIN, K. A.; ZOCCHE, D. A. A. Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 505-19, 2011.

VIANA, A. L. d' Á. *Relatório final da pesquisa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde*. São Paulo: USP, 2007.

Recebido para publicação em abril de 2017
Versão final em julho de 2017
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) sob o número de processo 401249/2013-1

As Conferências Nacionais de Saúde e o processo de planejamento do Ministério da Saúde

The National Health Conferences and the planning process of the Brazilian Ministry of Health

Luciani Martins Ricardi[1], Helena Eri Shimizu[2], Leonor Maria Pacheco Santos[3]

RESUMO O estudo buscou analisar a relação das Conferências Nacionais de Saúde com o processo de planejamento do Ministério da Saúde. Realizou-se pesquisa qualitativa de análise documental comparada dos quatro Planos Nacionais de Saúde com os relatórios das Conferências correspondentes (XII à XV), identificando-se referências à influência destas no processo de planejamento. Verificou-se que as Conferências mencionam o planejamento, porém, com pouco destaque. Os Planos, em geral, não citam as Conferências como base, com exceção da XII Conferência, antecipada para subsidiar o Plano 2004-2007. Para que as Conferências sejam mais efetivas, precisam indicar prioridades e pautar efetivamente a gestão.

PALAVRAS-CHAVE Sistema Único de Saúde. Participação social. Conferências de saúde. Planejamento em saúde. Planejamento participativo.

ABSTRACT *The study aimed to analyze the relationship between the National Health Conferences and the planning process of the Ministry of Health. A qualitative research was conducted based on comparative documentary analysis of the four National Health Plans with the reports of the corresponding Conferences (12th to 15th), identifying references to their influence in the planning process. It was verified that the Conferences mention planning, but, with little prominence. The Plans, in general, do not cite the Conferences as a base, except for the 12th Conference, anticipated to subsidize the 2004-2007 Plan. In order for the Conferences to be more effective, they must indicate priorities and effectively guide the management.*

KEYWORDS *Unified Health System. Social participation. Health conferences. Health planning. Participative planning.*

[1] Universidade de Brasília (UnB), Faculdade de Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Brasília (DF), Brasil.
luciani_snp@hotmail.com

[2] Universidade de Brasília (UnB), Decanato de Pós-Graduação (DPG) – Brasília (DF), Brasil.
shimizu@unb.br

[3] Universidade de Brasília (UnB), Faculdade de Saúde, Departamento de Saúde Coletiva – Brasília (DF), Brasil.
leopac@unb.br

Introdução

No Brasil, a saúde é estabelecida constitucionalmente como um direito de todos e um dever do Estado. Esse direito é fruto de um processo de luta pela redemocratização ocorrido no País após longo período ditatorial e da atuação do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que resultaram na instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), na Constituição Federal de 1988, também chamada de Constituição Cidadã (PAIM *ET AL.*, 2011).

A participação da comunidade é uma das diretrizes do SUS e foi regulamentada pela Lei nº 8.142/1990, considerada uma complementação à Lei Orgânica do SUS (Lei nº 8.080/1990), pois a parte referente à participação havia sido vetada pelo então presidente Fernando Collor de Melo. A Lei nº 8.142 define duas instâncias colegiadas de participação da comunidade, as Conferências e os Conselhos de Saúde, que devem ser instituídas em cada uma das três esferas de governo – municipal, estadual e federal (BRASIL, 1990).

Apesar de se ter como marco de referência da participação social na saúde a Lei nº 8.142/1990, as Conferências Nacionais de Saúde são anteriores ao próprio SUS, tendo ocorrido pela primeira vez em 1941. Porém, somente a partir de 1986, com a VIII Conferência, é que deixaram de ser restritas a uma cúpula da gestão federal e passaram a ter participação ampliada dos diversos segmentos (GUIZARDI *ET AL.*, 2004).

As Conferências de Saúde têm como objetivos avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política desse setor. Convocadas pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por outra Conferência ou pelo Conselho de Saúde, devem ocorrer no máximo a cada quatro anos e contar com a representação dos vários segmentos sociais (BRASIL, 1990).

É reconhecida a relevância das Conferências de Saúde para o fortalecimento do processo democrático de participação social e para a formulação de uma política de saúde que atenda, de fato, aos anseios da população (MÜLLER NETO; ARTMANN, 2014). Juntamente com outros instrumentos de participação da comunidade na gestão do SUS, representam uma verdadeira reforma pela democratização da política de saúde e do Estado, ampliando as relações entre democracia representativa e democracia participativa direta, sobretudo por seu caráter ascendente, que visa à participação desde a análise da situação de saúde local até a definição de prioridades e a formulação da política pública (TOFANI; CARPINTÉRO, 2012).

As Conferências Nacionais de Saúde são organizadas em etapas, que iniciam nos municípios (podendo ser precedidas de etapas locais para democratizar ainda mais o acesso e a participação), vão para as estaduais e avançam para a nacional. As discussões das Conferências municipais e estaduais são sistematizadas e subsidiam a etapa nacional, que tem como principal produto, além da mobilização, o Relatório Final, o qual traz as deliberações, no formato de diretrizes, propostas e moções, buscando subsidiar a gestão e favorecer o monitoramento por parte da população (GUIZARDI *ET AL.*, 2004). Entretanto, cada vez mais, tem-se discutido a efetividade dos espaços de participação e as possibilidades de potencializá-los. Um dos aspectos a se considerar é que, para atenderem aos seus objetivos, as Conferências de Saúde devem pautar o planejamento da gestão do SUS, influenciando diretamente os processos de tomada de decisão dos gestores. E esse aspecto, muitas vezes, tem recebido insuficiente atenção da gestão, dos participantes das Conferências, do controle social e mesmo da academia.

De acordo com Matus (1997), planejamento é tentar submeter à própria vontade o curso encadeado dos acontecimentos cotidianos, os quais determinam uma direção e uma velocidade à mudança que, inevitavelmente, experimenta um país. É o cálculo situacional sistemático que relaciona o presente com o futuro e o conhecimento com a ação.

No SUS, há alguns instrumentos previstos que devem ser utilizados no âmbito federal

para o planejamento da gestão: o Plano Nacional de Saúde (PNS), a Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão. Além disso, para além do setor saúde, o governo elabora o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA). Apesar de previsto nas Leis Orgânicas da Saúde e da exigência de elaboração pelos entes de Planos Municipais e Estaduais, o Plano Nacional de Saúde, grande instrumento norteador da política nacional de saúde, só passou a ser elaborado e publicado a partir de 2004.

Apesar da relevância histórica e política das Conferências de Saúde, ainda são poucos os estudos referentes a elas, e os existentes, em geral, estão mais direcionados a analisar o perfil de participantes ou a forma como tem sido apresentada alguma temática específica ao longo dos anos, com base nos Relatórios Finais (GUIZARDI *ET AL.,* 2004; MÜLLER NETO; ARTMANN, 2014). Todavia, pouco se tem estudado sobre a efetividade desses espaços (LOBATO; MARTICH; PEREIRA, 2016; MÜLLER NETO *ET AL.*, 2006), e não há investigações científicas relacionando diretamente as Conferências Nacionais de Saúde ao processo de planejamento na gestão federal, apesar de o objetivo dessas ser a proposição de diretrizes para a política de saúde, explicitada, sobretudo, no Plano Nacional de Saúde e no Plano Plurianual.

Visando a compreender como as Conferências Nacionais de Saúde têm pautado os processos de planejamento do Ministério da Saúde, o estudo buscou analisar os Planos Nacionais de Saúde, relacionando-os aos Relatórios Finais das Conferências Nacionais de Saúde realizadas no mesmo período (XII à XV), a fim de identificar suas correlações e seus distanciamentos.

Métodos

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de cunho histórico, realizada a partir de análise documental. A pesquisa documental é um método de investigação da realidade social, na qual textos já existentes são considerados como dados de pesquisa. Assemelha-se à pesquisa bibliográfica, porém, na pesquisa documental, buscam-se informações em documentos que não receberam nenhum tratamento científico – como relatórios, documentos oficiais, notícias –, caracterizando-se como dados originais de fontes primárias (OLIVEIRA, 2007).

Para que se pudesse fazer uma análise mais aprofundada do impacto das Conferências no planejamento do Ministério da Saúde a partir de um instrumento mais consolidado e referência principal para a política de saúde – o Plano Nacional de Saúde –, realizou-se uma análise comparada dos Planos com os Relatórios Finais das Conferências Nacionais de Saúde ocorridas nas gestões correspondentes.

Após o levantamento dos materiais em formato eletrônico, inicialmente, foi realizada uma primeira leitura do material, buscando extrair características gerais e os principais elementos de cada um deles. Em seguida, uma análise mais aprofundada foi realizada, com um levantamento das principais menções ao processo de planejamento feitas nos relatórios finais, bem como referências às Conferências nos Planos Nacionais de Saúde. Também verificou-se como o papel e os encaminhamentos das próprias conferências para a gestão eram pautados nos Relatórios Finais.

O presente artigo faz parte do estudo de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, que foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília, sob o parecer nº 1.311.854.

Resultados

Considerando-se o período do estudo, foram analisados quatro Relatórios Finais de Conferências Nacionais de Saúde (XII, XIII, XIV e XV) (BRASIL, 2004, 2008A, 2012, 2016A)

e os quatro Planos Nacionais de Saúde existentes (2004-2007, 2008-2011, 2012-2015 e 2016-2019) (BRASIL, 2005, 2008B, 2011, 2016A), descritos no *quadro 1*.

Quadro 1. Descrição dos eixos das Conferências Nacionais de Saúde (CNS) e dos Planos Nacionais de Saúde (PNS) analisados

CNS	Eixos	Diretrizes / Propostas	PNS	Eixos*	Propostas
XII (dez. 2003)	1. Direito à saúde	44	2004- 2007 (publ. 2004)	1. Linhas de atenção à saúde	4 objetivos / 10 Diretrizes / 33 Metas
	2. A seguridade social e a saúde	54			
	3. A intersetorialidade das ações de saúde	80		2. Condições de saúde	4 objetivos / 20 Diretrizes /62 Metas
	4. As três esferas de governo e a construção do SUS	38			
	5. A organização da atenção à saúde	107		3. Gestão em saúde	9 objetivos / 16 Diretrizes / 27 Metas
	6. Controle social e gestão participativa	54			
	7. O trabalho na saúde	104		4. Setor saúde	4 objetivos / 7 Diretriz / 28 Metas
	8. Ciência e tecnologia e a saúde	70			
	9. O financiamento da saúde	81		5. Investimento em saúde	1 objetivo / 1 diretriz
	10. Comunicação e informação em saúde	91			
XIII (nov. 2007)	1. Desafios para a efetivação do direito humano à saúde no século XXI: Estado, sociedade e padrões de desenvolvimento	193 ascendentes / 89 inéditas	2008- 2011 (publ. 2007 / 2009)	1. Promoção da saúde	1 Diretriz / 11 Medidas / 32 Metas
				2. Atenção à saúde	4 Diretrizes / 28 Medidas / 87 Metas
	2. Políticas públicas para a saúde e qualidade de vida: o SUS na seguridade social e o Pacto pela Saúde	244 ascendentes / 162 inéditas		3. Complexo industrial da saúde	2 Diretrizes / 14 Medidas / 15 Metas
				4. Força de trabalho em saúde	1 Diretriz / 8 Medidas / 9 Metas
	3. A participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde	78 ascendentes / 91 inéditas		5. Qualificação da gestão	2 Diretrizes / 5 Medidas / 11 Metas
				6. Participação e controle social	1 Diretriz / 4 Medidas / 5 Metas
				7. Cooperação internacional	1 Diretriz / 4 Medidas / 9 Metas
XIV (nov. e dez. 2011)	1. Em defesa do SUS – pelo direito à saúde e à seguridade social	35	2012-2015 (publ. 2011)	1. Garantia do acesso da população a serviços de qualidade	13 Metas
	2. Gestão participativa e controle social sobre o Estado: ampliar e consolidar o modelo democrático de governo do SUS	42		2. Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências	5 Metas
	3. Vinte anos de subfinanciamento: lutar pelo recurso necessário para o SUS	27		3. Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da Rede Cegonha	15 Metas
	4. O Sistema Único de Saúde é único, mas as políticas governamentais não o são: garantir gestão unificada e coerente do SUS com base na construção de redes integrais e regionais de saúde	9		4. Fortalecimento da rede de saúde mental	4 Metas
	5. Gestão pública para a saúde pública	14		5. Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas	3 Metas
	6. Por uma política nacional que valorize os trabalhadores de saúde	38		6. Implementação do subsistema de atenção à saúde indígena	5 Metas
	7. Em defesa da vida: assegurar acesso e atenção integral mediante expansão, qualificação e humanização da rede de serviços	30		7. Redução dos riscos e agravos à saúde da população	31 Metas

Quadro 1. (cont.)

XIV (nov. e dez. 2011)	8. Ampliar e fortalecer a rede de atenção básica (primária): todas as famílias, todas as pessoas, devem ter assegurado o direito a uma equipe de saúde da família	28	2012-2015 (publ. 2011)	8. Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS	3 Metas
	9. Por uma sociedade em defesa da vida e da sustentabilidade do planeta: ampliar e fortalecer políticas sociais, projetos intersetoriais e a consolidação da vigilância e da promoção à saúde	20		9. Aprimoramento da regulação e da fiscalização da saúde suplementar	2 Metas
	10. Ampliar e qualificar as atenções especializada, de urgência e hospitalar integradas às redes de atenção integral	37		10. Fortalecimento do complexo produtivo e de ciência, tecnologia e inovação em saúde	10 Metas
	11. Por um sistema que respeite diferenças e necessidades específicas de regiões e populações vulneráveis	28		11. Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos trabalhadores do SUS	7 Metas
	12. Construir política de informação e comunicação que assegure gestão participativa e eficaz ao SUS	15		12. Implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa	6 Metas
	13. Consolidar e ampliar as políticas e estratégias para saúde mental, deficiência e dependência química	13		13. Qualificação de instrumentos de execução direta	5 Metas
	14. Integrar e ampliar políticas e estratégias para assegurar atenção e vigilância à saúde do trabalhador	4		14. Promoção internacional dos interesses brasileiros no campo da saúde, bem como compartilhamento das experiências e saberes do SUS com outros países	2 Metas
	15. Ressarcimento ao SUS pelo atendimento a clientes de planos de saúde privados, tendo o cartão SUS como estratégia para sua efetivação, e proibição do uso exclusivo de leitos públicos por esses usuários	3		15. Implementar ações de saneamento básico e de saúde ambiental, de forma sustentável, para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais, com ênfase no Programa de Aceleração do Crescimento (transversal).	Sem meta específica
				16. Contribuir para erradicar a extrema pobreza no País (transversal).	Sem meta específica
XV (dez. 2015)	1. Direito à saúde, garantia de acesso e atenção de qualidade	5 diretrizes / 108 Propostas	2016-2019 (publ. 2016)	1. Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde	20 Metas
				2. Aprimorar e implantar as Redes de Atenção à Saúde nas regiões de saúde	25 Metas
	2. Participação e Controle Social	8 diretrizes / 70 Propostas		3. Promover o cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida	3 Metas
				4. Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população	20 Metas
	3. Valorização do trabalho e da educação em saúde	3 diretrizes / 86 Propostas		5. Promover a atenção à saúde dos povos indígenas	9 Metas
				6. Ampliar o acesso da população a medicamentos, promover o uso racional e qualificar a assistência farmacêutica no âmbito do SUS	5 Metas
	4. Financiamento do SUS e relação público-privado	2 Diretrizes / 62 Propostas		7. Promover a produção e a disseminação dos conhecimentos científico e tecnológico, análises de situação de saúde, inovação em saúde e a expansão da produção nacional de tecnologias estratégicas para o SUS	10 Metas
	5. Gestão do SUS e modelos de atenção à saúde	4 Diretrizes / 50 Propostas		8. Aprimorar o marco regulatório e as ações de vigilância sanitária	5 Metas
				9. Aprimorar o marco regulatório da Saúde Suplementar	3 Metas
					3 Metas

Quadro 1. (cont.)

XV (dez. 2015)	6. Informação, educação e política de comunicação do SUS	4 Diretrizes / 42 Propostas	2016-2019 (publ. 2016)	10. Promover, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores, a desprecarização e a democratização das relações de trabalho	6 Metas
	7. Ciência, tecnologia e inovação no SUS	7 Diretrizes / 84 Propostas		11. Fortalecer as instâncias do controle social e os canais de interação com o usuário	3 Metas
				12. Aprimorar a relação interfederativa e a atuação do Ministério da Saúde como gestor federal do SUS	7 Metas
	8. Reformas democráticas e populares do Estado	4 Diretrizes / 58 Propostas		13. Melhorar o padrão de gasto, qualificar o financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos	5 Metas

Fonte: Elaboração própria.

*Resumidos quando referentes a objetivos mais detalhados.

Publ.: publicado.

Como se observa, há uma variação tanto no quantitativo quanto no formato de abordagem temática e estruturação das conferências e dos planos de saúde. A XII Conferência se estrutura em 10 eixos bastante detalhados, inclusive pelo grande número de propostas aprovadas (total = 723), destacando-se o quantitativo de diretrizes referentes à organização da atenção à saúde e ao trabalho na saúde. A questão dos modelos de atenção era pauta prioritária de discussão nesse contexto de mudança de gestão, bem como a necessidade de estruturar e integrar uma rede de atenção à saúde. O trabalho na saúde vinha recebendo destaque, sobretudo desde a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos, publicada no ano anterior e de importância também para o planejamento, e mostra, ademais, o peso da participação dos trabalhadores na Conferência. Já o PNS 2004-2007, publicado no ano seguinte, apresenta 5 eixos, nos quais se dividem as diretrizes, os objetivos e as metas, com destaque para as condições de saúde e as linhas de atenção à saúde.

A XIII Conferência, diferentemente da anterior, não foi estruturada em diversas temáticas, englobando apenas três grandes eixos gerais, com destaque para o de políticas públicas para a saúde e qualidade de vida: o SUS na seguridade social e o Pacto pela Saúde. O Pacto havia sido publicado no ano anterior ao de realização da conferência e teve grande importância para a gestão, para o planejamento e para a organização do cuidado e dos serviços de saúde. Essa foi a conferência com o maior número de Resoluções (total = 857) e uma singularidade, com a divisão, no relatório, entre deliberações inéditas (quase 40%) e aquelas vindas das discussões dos municípios e estados. O PNS 2008-2011, semelhantemente ao plano anterior, dividiu-se em diretrizes, medidas e metas e teve maior ênfase na atenção à saúde, mas trouxe temáticas diferentes, como o Complexo Industrial da Saúde – valorizado em um contexto desenvolvimentista do País, também aprofundado na conferência –, e trouxe, também, um eixo de cooperação internacional.

A XIV foi a Conferência com mais eixos, nesse caso, apresentados como diretrizes (14), assim como o Plano 2011-2015 (14), que contava com duas diretrizes transversais do governo federal. Os eixos de ambos os documentos apresentam grande inter-relação, possivelmente, entre outros fatores, pelo fato de o Ministro presidir o Conselho de Saúde no período. No total, a XIV resultou em um número menor de propostas (total = 343) do que a XII e a XIII Conferências. O plano de saúde, sobretudo, apresenta a peculiaridade

desse momento em que a gestão passa a priorizar a organização do cuidado em redes de atenção à saúde.

Na XV, as temáticas foram distribuídas em oito eixos, sendo sete diretamente referentes à política de saúde e um eixo transversal, sobre reformas democráticas e populares do Estado, apresentado como uma inovação nas Conferências, em meio ao contexto de início de uma importante crise política no País. Houve, também, bastante destaque às questões de acesso com qualidade e valorização do trabalho e da educação em saúde, e houve grande mobilização ao redor do tema do financiamento, que havia sido reduzido pouco tempo antes da Conferência. No total, a XV resultou em 560 propostas aprovadas. O PNS 2016-2019 não apresenta importantes inovações, tendo grande similaridade com os eixos do Plano anterior, porém, aparentemente, com menor evidência de integração ao planejamento do governo federal para além do setor saúde.

A seguir, são detalhados os resultados referentes à temática do planejamento em si e ao papel das Conferências, oriundos da análise documental de cada relatório de Conferência, em comparação com o respectivo Plano Nacional de Saúde.

XII Conferência Nacional de Saúde e PNS 2004-2007

A XII Conferência Nacional de Saúde trouxe o tema 'Saúde: um Direito de Todos e Dever do Estado – A Saúde que Temos, o SUS que Queremos' e foi realizada no final de 2003. Contou com a participação de mais de 4.000 pessoas na etapa nacional e de mais de 100 mil pessoas nas etapas municipais (realizadas em 3.640 municípios) e estaduais (em todos os estados).

Essa Conferência teve algumas inovações bastante importantes, que, como apontado no Relatório Final, ocasionaram sucessos e algumas frustações. Houve a decisão de antecipar a Conferência para o primeiro ano de gestão, para que pudesse impactar mais e gerar mudanças necessárias para a gestão do SUS, já que, até então, as Conferências ocorriam, em geral, no segundo ano de gestão federal. Também foram elaborados documentos de referência pelo Ministério da Saúde e pelo Conselho Nacional de Saúde, distribuídos após as etapas municipais, e foi feito uso intensivo da informática, com a criação de um sistema de alimentação, indexação e agrupamento das propostas das conferências estaduais, dos grupos de trabalho e das emendas da plenária da etapa nacional. Isso possibilitou, pela primeira vez, a sistematização dos relatórios estaduais em um caderno de propostas, conferindo mais importância às etapas municipais e estaduais, porém, também teve impacto no aumento significativo do número de propostas aprovadas em etapa nacional.

Uma importante dificuldade encontrada no processo foi a de finalização da votação das propostas. Com o grande quantitativo, a votação não foi concluída no Plenário da Conferência. Assim, o Conselho Nacional de Saúde realizou uma revisão das deliberações, separando as propostas consideradas polêmicas e pendentes de votação e enviando-as às delegadas e aos delegados da Conferência. Essa votação domiciliar, realizada pela primeira vez, atingiu 58,3% dos delegados e voltou para o plenário do Conselho, onde foram votadas as moções. O relatório foi concluído com 723 propostas, de 10 diferentes eixos.

No relatório da XII, o planejamento é mencionado desde a apresentação dos relatores – que contextualizam a antecipação da Conferência para subsidiar a elaboração do Plano Nacional de Saúde – até as diretrizes em si.

O Eixo 4 é o que mais aborda essa temática, uma vez que trata da gestão do SUS e do papel das três esferas de gestão. Inicia com a diretriz de rediscussão pela sociedade do pacto federativo para a formulação do Plano Nacional de Saúde e para aprovação da Lei da Responsabilidade Social, e também é proposta a instituição de equipes de representação tripartite entre gestores do SUS para elaborar o

Plano Nacional de Saúde, em processo ascendente, submetido aos conselhos de saúde e com atualização anual. Além do PNS, são destacados: a Programação Pactuada e Integrada (PPI) e o PPA, com propostas de integração entre os instrumentos; a democratização dos instrumentos de pactuação e avaliação; a elaboração baseada nas necessidades de saúde; e a revisão anual do PPA das três esferas, com participação da sociedade e adequação dos conteúdos para viabilização dos Planos e Quadros de Metas.

Também há menção ao planejamento nos eixos referentes à intersetorialidade, à organização da atenção à saúde, ao financiamento, à comunicação e à ciência e tecnologia. Destacam-se as diretrizes que pautam a necessidade de fortalecimento da intersetorialidade na elaboração dos planos anuais e plurianuais das três esferas, com a compatibilização dos planos setoriais; a necessidade de priorizações de pautas no PNS, como a pesquisa em saúde; a utilização dos planos de saúde e planos diretores como base para investimento; a realização de pesquisas de opinião pública coordenadas pelos conselhos de saúde para a reprogramação dos planos; e a integração entre distintos instrumentos de planejamento no setor saúde. Há referência, ainda, aos Planos Diretores de Regionalização (PDR) e de Investimentos (PDI).

O próprio relatório traz, também, propostas sobre o papel das conferências no planejamento, no monitoramento e na implementação das resoluções, das quais, destacam-se as diretrizes de garantia do cumprimento das deliberações das conferências pelos gestores, inclusive com possiblidade de punições; de alteração do caráter propositivo para deliberativo; e de criação de fóruns de acompanhamento das resoluções das conferências.

Já o Plano Nacional de Saúde 2004-2007, intitulado 'Um Pacto pela Saúde no Brasil', aprovado em dezembro de 2004 pela Portaria nº 2.607/2004, faz menção à Conferência desde a introdução até os objetivos e as referências. Destaca-se que o Plano foi elaborado no ano seguinte ao da realização da Conferência e teve como base suas deliberações. Além da realização da Conferência em si, foi desenvolvido o Projeto Saúde 2004 – contribuição aos debates da XII Conferência – e feita uma pesquisa junto aos participantes da Conferência sobre suas opiniões e sugestões de prioridades a serem contempladas no Plano Nacional. Ainda, o PPA 2004-2007 é mencionado como base na elaboração do Plano, que foi objeto de discussão em fóruns internos do Ministério da Saúde, na Comissão Intergestores Tripartite e no Conselho Nacional de Saúde.

Como meta para o objetivo de fortalecimento da gestão democrática e do aprimoramento das instâncias e dos processos de participação, o PNS 2004-2007 aponta a realização da XIII Conferência Nacional de Saúde.

Como descrito no relatório final da XII, o resultado da Conferência é a base da Política Nacional de Saúde a ser implantada, que deve ser muitas vezes revisitado pelos formuladores de política, gestores, usuários, agentes do controle social, profissionais da saúde, legisladores, analistas, enfim, por uma expressiva amostra da sociedade brasileira.

XIII Conferência Nacional de Saúde e PNS 2008-2011

A XIII Conferência aconteceu de 14 a 18 de novembro de 2007, com o tema 'Saúde e Qualidade de Vida: Políticas de Estado e Desenvolvimento'. A etapa nacional contou com 4700 participantes, entre gestores, trabalhadores, usuários, parlamentares, professores e observadores estrangeiros. Dos 5.564 municípios brasileiros, 4.430 (77%) realizaram suas Conferências Municipais. Foram aprovadas 857 Resoluções e 157 Moções.

Os debates giraram em torno, principalmente, de reflexões e deliberações sobre a intersetorialidade, a inversão do modelo de atenção, a regulamentação do financiamento do SUS, a reestruturação e o fortalecimento da rede pública, o combate à precarização do trabalho e a implantação dos cargos de carreira

única do SUS. Pela primeira vez, a coordenação geral da Conferência foi feita pelo Presidente eleito do Conselho Nacional de Saúde, da categoria de profissionais, dando bastante ênfase ao protagonismo dos conselhos de saúde. Em seu relatório, é apontado que

> essa XIII Conferência Nacional de Saúde elevou as discussões e deliberações da Conferência a um patamar superior, qualificado, maduro e muito mais complexo que em momentos pretéritos. (BRASIL, 2008A, P. 7).

O relatório da XIII Conferência traz diversas deliberações referentes ao processo de planejamento. O Eixo 2, que também trata da gestão, é o que apresenta maior número de propostas da temática, uma delas aparecendo de forma repetida. É apontada a necessidade de construção ascendente e estratégica dos planos de saúde, envolvendo a participação efetiva de servidores públicos e lideranças locais nos processos de programação e avaliação das metas, garantindo um modelo de acordo com os princípios do SUS.

São pautados, ainda, o planejamento participativo e a implementação de instrumentos como o PDR, o PDI e a PPI, bem como o Pacto pela Saúde, instituído após a XII Conferência. É ressaltada a importância de qualificação da gestão quanto ao alcance de resultados sanitários, com destaque para a regionalização.

Os demais eixos também apontam questões referentes ao planejamento, retomando a questão da intersetorialidade e da integração das políticas sociais, sobretudo no âmbito da seguridade social. Trazem, ainda, a necessidade de que os instrumentos gerais de planejamento do governo federal (PPA, LDO e LOA) sejam baseados nos relatórios das Conferências, nos planos de saúde aprovados pelos conselhos e no Pacto pela Saúde, como é preconizado. Uma deliberação diferenciada refere-se às emendas parlamentares, em que é defendida a necessidade de estas estarem de acordo com as prioridades previstas no Plano de Saúde da esfera correspondente e de serem aprovadas e controladas pelo respectivo conselho.

No contexto de deliberações no Relatório Final sobre as próprias conferências, assim como na XII, a XIII defendeu a necessidade de criação de uma comissão permanente composta por delegados e conselheiros de saúde para monitorar a implementação das propostas aprovadas e de realização das Conferências no primeiro ano da gestão, para que constituam diretrizes para a política de saúde. Além disso, propôs a implantação de um sistema de informação para acompanhamento detalhado das deliberações e pautou a necessidade de ampla divulgação dos relatórios das conferências nos meios de comunicação, sob responsabilidade dos conselhos de saúde, e de prestações de contas por parte da gestão. Por fim, foi aprovada, ainda, a necessidade de ampla avaliação da participação e do controle social no SUS, nas três esferas, bem como a revisão e a inovação da metodologia da conferência, que também foi tema de uma das moções aprovadas.

Por outro lado, o Plano Nacional de Saúde 2008-2011, intitulado 'Mais Saúde – Direito de Todos', não menciona a XIII Conferência Nacional de Saúde, até porque foi elaborado no primeiro ano da gestão, tendo sido revisto posteriormente. Faz referência às Conferências na contextualização do Eixo 6 – Participação e Controle Social –, mencionando, de forma geral, da VIII à XII, sobretudo esta última, afirmando a relevância dessas instâncias de participação social. Recupera, ainda, algumas propostas emanadas das Conferências, referentes aos Conselhos e a outros canais de participação social, que devem ser destacadas e valorizadas como desafios à consolidação e ao fortalecimento do controle social no SUS e à participação da população.

XIV Conferência Nacional de Saúde e PNS 2012-2015

A XIV Conferência Nacional de Saúde traz a temática 'Todos usam o SUS! SUS

na Seguridade Social, Política Pública e Patrimônio do Povo Brasileiro', tendo a etapa nacional ocorrido de 30 de novembro a 4 de dezembro de 2011. Foram realizadas 4.374 Conferências municipais e estaduais, equivalendo a 78% das conferências esperadas, e participaram da etapa nacional mais de 4.000 pessoas, entre convidados, organizadores e delegados representantes da sociedade, de trabalhadores, prestadores e gestores.

É importante destacar que houve uma importante redução no número de resoluções constantes no Relatório Final da XIV, em contraposição ao número crescente que vinha marcando as Conferências, o que é mencionado como fruto do esforço de priorização de propostas e do trabalho de sistematização das propostas vindas de estados e municípios. Não houve espaço para criação de novas propostas na etapa nacional, o que representou quase 40% das propostas da XIII Conferência, por exemplo. Mesmo assim, não foram poucas Resoluções, sendo 343 aprovadas.

Além do Relatório Final, foi elaborado, também, outro documento destinado à sociedade brasileira, intitulado Carta da XIV Conferência Nacional de Saúde, que, além de apontar os principais pontos discutidos na Conferência, tinha o objetivo de mobilizar a população para a defesa do SUS, com grande ênfase para o controle social e o combate à privatização da saúde.

O relatório da XIV Conferência é o que faz menos menção a aspectos do processo de planejamento de uma forma geral. Defende a necessidade de melhoria da efetividade do planejamento integrado entre as esferas e da participação da comunidade no planejamento das ações de saúde, com o fortalecimento do planejamento estratégico e da gestão participativa. Traz, ainda, uma resolução que pauta a garantia de que as propostas aprovadas nas conferências anteriores sejam utilizadas como subsídios para aprimorar os planos municipais de saúde, com acompanhamento dos conselhos. Entretanto, esse aspecto não é apresentado para a esfera federal.

A questão dos encaminhamentos das Conferências é trazida no relatório final de forma incisiva, com a aprovação de proposta de responsabilização de gestores que não cumprirem as Resoluções dos conselhos e das conferências, em especial, quanto à dotação orçamentária, e da garantia de execução das propostas nas três esferas por meio de termo de compromisso nas Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite. Também é pautada a garantia de divulgação ampla e irrestrita em mídia nacional sobre a realização das conferências, bem como dos seus relatórios. Ainda, a Carta da Conferência à sociedade brasileira reafirma o compromisso pela implantação de todas as deliberações da XIV Conferência, que será orientadora das ações nos quatro anos seguintes, para a garantia do direito à saúde.

Entretanto, o Plano Nacional de Saúde 2012-2015 não faz menção à XIV Conferência e também foi elaborado antes da realização da etapa final da Conferência. A referência às Conferências de Saúde só é feita de forma superficial na Análise Situacional do Plano, quando descreve os desafios e as limitações da Participação e do Controle Social. Nesse ponto, menciona que as deliberações de Conferências, bem como o reconhecimento de diversos problemas relacionados à institucionalização da participação social, desencadearam diversas ações por parte do Ministério da Saúde, como ações de educação permanente dos conselheiros de saúde. A Diretriz 12, que contempla a gestão participativa e a participação social, traz como uma das metas a realização da XV Conferência Nacional de Saúde.

XV Conferência Nacional de Saúde e PNS 2016-2019

A XV Conferência Nacional de Saúde teve como tema 'Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro', com realização da etapa nacional de 1 a 4 de dezembro, em Brasília, tendo a

participação de cerca de 3 mil pessoas, entre delegados e convidados. Foi a primeira conferência em que a Presidência do Conselho Nacional de Saúde estava a cargo de uma representante do segmento de usuários do SUS.

As diretrizes, propostas e moções aprovadas na conferência foram publicadas no Diário Oficial da União, em maio de 2016, conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde e homologação do Ministro da Saúde (BRASIL, 2016B), porém, não houve publicação de Relatório Final completo até 18 meses após a Conferência.

A conferência apresentou uma tentativa de priorização das propostas, e, pela primeira vez, foi publicada a porcentagem de aprovação de cada diretriz e proposta, contabilizada a partir da votação eletrônica feita pelos delegados da conferência. No total, foram 37 Diretrizes e 560 Propostas aprovadas.

A questão do planejamento não foi diretamente mencionada em nenhuma diretriz da conferência, mas apareceu em algumas propostas. O planejamento integrado entre os entes federativos foi novamente pautado nessa conferência, no sentido de aprimoramento da relação federativa do SUS e do fortalecimento da gestão compartilhada nas regiões de saúde, com adoção do Contrato Organizativo da Ação Pública da saúde (Coap) e com controle social. Também a questão dos instrumentos de planejamento foi mencionada na defesa de aumento do investimento federal de saúde, com inclusão no PPA, LDO e LOA.

Uma das propostas foi feita no sentido de exigir o cumprimento das ações previstas no PPA por parte dos gestores, enquanto outras, no sentido da publicização e da transparência dos instrumentos, dando visibilidade e ampla divulgação, via audiências públicas ou outras estratégias de comunicação, aos Planos de Saúde, à Programação Anual de Saúde, aos demonstrativos de indicadores epidemiológicos, à aplicação de recursos financeiros e às próprias resoluções da conferência. Nesse sentido, uma das propostas dizia respeito à formatação dos documentos oriundos das conferências, num formato objetivo e com diretrizes claras, a fim de aprimorar o planejamento e facilitar o conhecimento dos integrantes dos conselhos, movimentos e entidades em geral.

Assim como na conferência anterior, a questão dos encaminhamentos das Conferências foi abordada de forma incisiva, e, na XV, foi tema de diversas propostas, algumas até de forma repetida, sobretudo no que tange ao monitoramento das resoluções, seja por meio de instrumentos já instituídos, como Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde, seja por redes sociais. A garantia da execução e da efetivação das resoluções da conferência também foi proposta por meio de Termo de Compromisso com as Comissões Intergestores Regionais (CIR), Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT) ou, ainda, por meio de comissão instituída por representantes dos Conselhos Estaduais, Municipais e Locais de Saúde e do Ministério Público. Destaca-se que algumas propostas apresentam sentido mais geral, enquanto vão a um nível de detalhamento de sugerir, inclusive, o número de participantes das comissões de monitoramento e cronograma. O monitoramento das conferências anteriores também é proposto, de maneira permanente, verificando e comparando resultados positivos e negativos e o status de implantação, com divulgação periódica.

Foi proposta, ainda, a inclusão das conferências nos instrumentos de gestão e que sua execução ocorra até os primeiros 120 dias de gestão. Como nas conferências anteriores, houve também propostas defendendo a responsabilização dos gestores pela não implementação das resoluções das conferências e dos conselhos, uma vez que esse é o espaço de efetiva manifestação e vocalização popular sobre as suas demandas de saúde.

Quanto ao Plano Nacional de Saúde 2016-2019, este foi publicado de forma mais tardia que o plano anterior, tendo sido aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde em julho de 2016. São apresentadas considerações sobre a estruturação do plano; uma

detalhada análise situacional; os 13 objetivos, com suas respectivas metas; e informações sobre a gestão do plano.

Na introdução sobre a estruturação do plano, é apontado que os planos de saúde nas três esferas devem considerar as diretrizes definidas nas conferências e pelos conselhos, contudo, não há menção sobre a utilização das diretrizes e propostas aprovadas nas Conferências Nacionais de Saúde como base para a elaboração do Plano. Todavia, é apresentada uma tabela das Diretrizes do Conselho Nacional de Saúde por Eixos Temáticos, sendo estes os mesmos da XV Conferência, com diretrizes relacionadas.

Quanto aos objetivos do Plano, as conferências só são mencionadas, de forma geral, no Objetivo 11, referente ao controle social e aos canais de interação com os usuários, porém, sem meta específica.

Discussão

A partir da análise realizada, verificou-se que várias propostas referentes ao planejamento e aos encaminhamentos necessários se repetem ao longo das conferências, sobretudo as referentes à garantia de implementação das resoluções e do seu monitoramento, o que ainda não se concretizou de forma efetiva. Há restrita menção ao planejamento nos relatórios, apesar de estar presente em todos eles, e quase nenhuma menção às conferências nos Planos Nacionais de Saúde.

A decisão de antecipação das Conferências para o primeiro ano de gestão federal foi importante, porém, por si só, não garante que o planejamento no SUS seja pautado pelas Resoluções das conferências, até porque a elaboração do Plano Plurianual se dá já no início do ano, para ser encaminhado ao Congresso Nacional até 31 de agosto do primeiro ano da gestão, e a intenção é que o Plano Nacional de Saúde seja construído anteriormente, para subsidiá-lo. As etapas nacionais das Conferências Nacionais de Saúde têm acontecido no final do ano, com um período de cerca de um ano entre a realização e a publicação de seu Relatório Final.

Ressalta-se que, de acordo com a Portaria nº 2.135/2013, que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS, deve ocorrer compatibilização entre os instrumentos de planejamento da saúde (Plano de Saúde e respectivas Programações Anuais e Relatório de Gestão) e os instrumentos de planejamento e orçamento de governo (PPA, LDO e LOA), em cada esfera de gestão (BRASIL, 2013A). Em 2011, o Ministério da Saúde também elaborou seu primeiro Planejamento Estratégico 2011-2015, visando a compatibilizar o cerne dos instrumentos de planejamento que estavam sendo finalizados e dos instrumentos em elaboração (PPA, PNS, Agenda Estratégica e Programação Anual de Saúde) (BRASIL, 2013B).

Embora haja revisão anual dos instrumentos de planejamento, há um desalinhamento nos tempos de elaboração da base do planejamento e da realização das conferências, o que compromete sua efetividade. Isso ficou visível nos Planos Nacionais de Saúde analisados, que, com exceção do primeiro (2004-2007), não mencionam a Conferência como uma das bases para sua elaboração. Também o tema da gestão do SUS, com as etapas de planejamento, execução, monitoramento e avaliação, às vezes, não possui a centralidade necessária nos processos de participação, como verificado na XIV Conferência.

Apesar de o PNS 2008-2011 não mencionar a XIII Conferência como base, em 2010, foi publicado, pelo Ministério da Saúde, no âmbito da Série 'Cadernos de Planejamento', um caderno específico sobre o PNS 2008/2009-2011, no qual é destacado que, embora a elaboração do Plano tenha se iniciado no começo de 2007 e tenham sido construídas as diretrizes para o PPA elaborado naquele ano, algumas alterações de conjuntura alteraram seu processo, tendo sido submetido e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde apenas em 2009. É destacado que a elaboração do Plano esteve

fundamentada em documentos orientadores, entre eles, o Relatório Final da XIII Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2010).

Os conselhos de saúde também possuem importante papel no processo de planejamento para a consolidação da gestão participativa e democrática do SUS. Além de ser papel dos conselhos a definição das diretrizes para a elaboração dos Planos de Saúde das respectivas esferas – diretrizes essas que deveriam ser elaboradas a partir das conferências de saúde –, os planos precisam ser analisados e passar pela aprovação dos conselhos. Fleury e Ouverney (2012) apontam que, no que tange ao compartilhamento do poder decisório, é essencial que os gestores compreendam que tanto a definição dos macro-objetivos, das diretrizes e metas da agenda das políticas públicas de saúde quanto as questões processuais referentes à sua implantação estão sujeitas à ação política dos distintos grupos de interesse que fazem parte dos conselhos de saúde.

Outra questão importante identificada, referente aos Relatórios das Conferências Nacionais de Saúde, é o grande número de Resoluções aprovadas nas últimas conferências, sem hierarquia entre elas. Apesar de o fato refletir a complexidade crescente da sociedade e dos interesses presentes nas conferências, revela possíveis perdas de substância das propostas aprovadas e a inexequibilidade de tantas resoluções, tornando difícil a identificação das prioridades e das diretrizes que devem orientar a política de saúde. A VIII Conferência Nacional de Saúde, grande marco da participação social na saúde, ocorrida em 1986, teve apenas 49 propostas aprovadas, porém, com uma potência que consolidou as bases da proposta de criação de um SUS. Como apontado pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) (2009), se as conferências não indicarem o que é mais importante, torna-se impossível identificar as prioridades, o que compromete o esforço de análise e acompanhamento que deve ser feito pelos Conselhos de Saúde sobre o planejamento da ação governamental.

Reconhece-se que, para além da etapa nacional, as demais etapas das Conferências, que ocorrem anteriormente, também podem e devem trazer importantes subsídios para a gestão, inclusive porque se preconiza que o planejamento no SUS ocorra de forma ascendente. Também, a mobilização gerada pelos espaços de participação social é de grande importância para o fortalecimento da gestão participativa, e os tensionamentos evidenciados nas conferências contribuem para a inclusão de temáticas na agenda da política de saúde.

É reiterada nas distintas conferências a necessidade de revisão da metodologia desses espaços. Experiências exitosas nos níveis locais têm sido realizadas e precisam ser consideradas no processo de avaliação e para inovação do controle e da participação social no SUS (TOFANI; CARPINTÉRO, 2012). Percebe-se essa tentativa, também, no âmbito nacional, sobretudo na XV Conferência, que ainda não teve seu Relatório Final completo publicado, mas que passou a prever, já em seu documento orientador, a priorização das propostas desde as etapas municipais até a nacional, bem como fortaleceu a importância das conferências livres e instituiu critérios de equidade para os participantes (BRASIL, 2015). Ainda, a XV incluiu na programação um ato público em frente ao Congresso Nacional, no momento de início de processo de *impeachment* presidencial bastante discutível e contrário às defesas da maior parte dos movimentos, conjuntura que também influenciou diretamente o processo de planejamento do Ministério.

Para além das normativas e dos documentos de planejamento, sabe-se que alterações na conjuntura, a busca de soluções para problemas recorrentes ou pontuais identificados e os atores envolvidos nos processos influenciam a alteração e a criação de políticas e programas, como, por exemplo, ocorreu com o Pacto pela Saúde, instituído na primeira gestão analisada neste estudo; a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa, instituída no segundo período; e o Programa Mais Médicos, instituído no terceiro; entre tantos outros, que nem sempre

estão no Plano Nacional de Saúde. Também a estrutura do Ministério da Saúde foi alterada cerca de dez vezes no período analisado.

Contudo, isso não exclui a necessidade de investir no planejamento e no fortalecimento das instâncias de participação, no sentido de garantir ainda mais efetividade no controle e na participação sociais. Em estudo exploratório publicado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), referente à efetividade de três Conferências Nacionais – II Conferência Nacional de Aquicultura e Pesca (2006), III Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação (2005) e I Conferência Nacional de Políticas para Mulheres (2004) –, realizado a partir da análise dos relatórios das conferências e dos planos de ação elaborados pela gestão logo após as conferências, foi verificado grau de efetividade média para a primeira e para a segunda (40% de inclusão das propostas) e alto para a terceira (72% de inclusão). São apontados quatro fatores explicativos acerca da efetividade das instâncias participativas, quais sejam: o contexto político; a natureza da política pública; a organização da sociedade civil; e o desenho institucional da conferência (PETINELLI, 2013).

Percebe-se, assim, que as conferências também expressam disputas, próprias do jogo político, e, como apontado por Guizardi *et al.* (2004, P. 17),

> é absolutamente esperado que alguns dos defensores de posições distintas das aprovadas construam estratégias voltadas a atenuar o impacto das resoluções da conferência no cotidiano da formulação de políticas, estratégias que podem incluir, por exemplo, as tentativas de reinterpretar ou de simplesmente ignorar aquelas resoluções.

Conclusões

Verificou-se que o PNS e outros instrumentos e processos de planejamento são temas recorrentes nos relatórios – mesmo que às vezes não priorizados –, tanto no que se refere à política de saúde de uma forma geral quanto à implementação de políticas públicas e programas específicos. Por outro lado, na elaboração dos Planos, isso parece ser pouco levado em consideração. Como visto, há planos que sequer mencionam as Conferências anteriores como base nem a participação de estados e municípios em sua elaboração para a construção de um processo ascendente, como preconizado. Ressalta-se que não haver menção a isso não quer dizer, necessariamente, que não houve qualquer consideração aos processos participativos, porém, pode sinalizar que alguns aspectos precisam ser revistos para aumentar sua efetividade.

Identificou-se que as Conferências não têm sido estratégicas em alguns aspectos, pois muitas vezes falta continuidade, falta reflexão sobre a própria gestão do sistema e falta monitoramento e avaliação. Um dos aspectos limitantes do efetivo papel das Conferências Nacionais de Saúde foi a questão da temporalidade. Realizar a Conferência depois da elaboração dos instrumentos de planejamento dificulta a concretização do seu principal objetivo, que é apontar as diretrizes para a Política de Saúde. Além disso, também é essencial rever os processos de elaboração das resoluções e de identificação de prioridades.

Isso não significa que a Conferência não tenha potência e que não paute a gestão do SUS, mas, sim, que essa instância precisa ser reavaliada, a fim de garantir maior efetividade e fortalecimento dos processos participativos no SUS e em outras políticas públicas, com a população e as trabalhadoras e os trabalhadores empoderados, pautando e construindo coletivamente com a gestão os rumos para a garantia do direito à saúde e para o fortalecimento da democracia.

Como limitação deste estudo, aponta-se a insuficiência dos documentos analisados em identificar o que, de fato, foi concretizado a partir das resoluções das conferências,

aspecto que extrapola o objetivo aqui pretendido, mas que também possui relevância na análise da efetividade das instâncias de participação. Sugere-se um acompanhamento maior da academia, da gestão e da população sobre o planejamento e a execução da política de saúde e a realização de mais estudos referentes à temática das conferências de saúde e seus impactos, contemplando, também, outrmetodologias e objetos de análise.

Colaboradores

LMR participou de todas as etapas de elaboração do artigo.

HES e LMPS participaram da concepção e do delineamento do artigo, da definição metodológica, da revisão crítica e da aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 28 dez. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 5 jun. 2016.

_____. Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Saúde*: PNS 2016-2019. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016a.

_____. Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Saúde*: um Pacto pela Saúde no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 26 set. 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Consolidado dos relatórios das conferências estaduais de saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde:* Saúde e qualidade de vida: políticas de Estado e desenvolvimento. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde:* todos usam o SUS: SUS na seguridade social: Política pública, patrimônio do povo brasileiro. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 501, de 7 de maio de 2015, *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2015. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2015/docs/05mai13_Reso501_em_homologacao.pdf >. Acesso em: 5 jun. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 507, de 16 de março de 2016.

Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 mai. 2016b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. *Mais Saúde*: Direito de Todos: 2008-2011. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. *Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde*: 2011-2015: resultados e perspectivas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. *Sistema de Planejamento do SUS*: Uma construção coletiva: Plano Nacional de Saúde (PNS) 2008/2009-2011. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). *As Conferências Nacionais de Saúde*: Evolução e perspectivas. Brasília, DF: CONASS, 2009.

FLEURY, S.; OUVERNEY, A. O sistema único de saúde brasileiro: desafios da gestão em rede. *Revista de Gestão dos Países de Língua Portuguesa*, Lisboa, v. 11, n. 2-3, p. 74-83, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-44642012000200007>. Acesso em: 2 fev. 2017.

GUIZARDI, F. L. *et al*. Participação da Comunidade em Espaços Públicos de Saúde: uma Análise das Conferências. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 15-39, 2004. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/physis/v14n1/v14n1a03.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2017.

LOBATO, L. V. C.; MARTICH, E.; PEREIRA, I. D. F. Prefeitos eleitos, descentralização na saúde e os compromissos com o SUS. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 74-85, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n108/0103-1104-sdeb-40-108-00074.pdf >. Acesso em: 2 fev. 2017.

MATUS, C. *Política, planejamento e governo*. 3. ed. Brasília, DF: IPEA, 1997.

MÜLLER NETO, J. S.; ARTMANN, E. Discursos sobre o papel e a representatividade de conferências municipais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 68-78, 2014.

MÜLLER NETO, J. S. *et al*. Conferências de saúde e formulação de políticas em 16 municípios de Mato Grosso, 2003-2005. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 73-74, p. 248-274, 2006. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/4063/406345309010.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2017.

OLIVEIRA, M. M. *Como fazer pesquisa qualitativa*. Petrópolis: Vozes, 2007.

PAIM, J. *et al*. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*, Londres, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21561655>. Acesso em: 2 fev. 2017.

PETINELLI, V. Contexto político, natureza da política, organização da sociedade civil e desenho institucional: alguns condicionantes da efetividade das conferências nacionais. In: AVRITZER, L.; SOUZA, C. H. L. (Org.). *Conferências Nacionais:* atores, dinâmicas participativas e efetividade. Brasília, DF: IPEA, 2013. p. 207-242.

TOFANI, L. F. N.; CARPINTÉRO, M. C. C. 3ª Conferência Municipal de Saúde de Várzea Paulista: a participação da sociedade no processo de priorização e compromisso político. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 21, p. 244-252, 2012. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/sausoc/v21s1/21.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2017.

Recebido para publicação em março de 2017
Versão final em agosto de 2017
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Avaliação do grau da implantação das práticas integrativas e complementares na Atenção Básica em Santa Catarina, Brasil

Implementation level assessment of integrative and complementary practices in Primary Health Care in Santa Catarina, Brazil

Luisa Nuernberg Losso[1], Sérgio Fernando Torres de Freitas[2]

RESUMO Esta pesquisa desenvolveu e aplicou um modelo de avaliação do grau de implantação das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) na Atenção Básica nos municípios de Santa Catarina (SC) utilizando dados do segundo ciclo da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). O modelo demonstrou viabilidade de aplicação nos 293 municípios de SC, classificando-os por graus de implantação: 35 municípios (11,9%) apresentaram implantação incipiente; 46 (15,7%) estavam parcialmente implantados; 50 (17,1%), implantados; e 162 (55,3%) municípios não ofertavam PIC. Este modelo serve para avaliar as PIC em outros estados do Brasil.

PALAVRAS-CHAVE Avaliação em saúde. Terapias complementares. Medicina integrativa. Atenção Primária à Saúde. Qualidade, acesso e avaliação da assistência à saúde.

ABSTRACT *This research developed and applied and assessment model of implementation levels as for the Integrative and Complementary Practices (PIC) in Primary Care in the municipalities of the State of Santa Catarina by means of data provided by the second phase of National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care – PMAQ-AB's database. The empirical application of the model demonstrated to be feasible in the 293 municipalities of Santa Catarina since it was able to classify them as to levels of implementation: 35 municipalities (11.9%) revealed incipient level of implementation; 46 (15.7%) had partially implemented; 50 (17.1%) had fully implemented; and 162 (55.3%) municipalities did not deploy the service. The model here designed is adequate to evaluate the implementation of the PIC in other Brazilian states.*

KEYWORDS *Health evaluation. Complementary therapies. Integrative medicine. Primary Health Care. Health care quality, access and evaluation.*

[1] Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Florianópolis (SC), Brasil.
luisanlosso@gmail.com

[2] Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Florianópolis (SC), Brasil
sergio.freitas@ufsc.br

Introdução

As Práticas Integrativas e Complementares (PIC) fazem parte de um campo de cuidados em saúde que engloba as racionalidades médicas vitalistas e práticas terapêuticas ditas integrativas e complementares em saúde, também definidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como Medicina Tradicional, Complementar e Alternativa (NASCIMENTO *ET AL.*, 2013; WHO, 2013).

No Brasil, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) faz parte de uma estratégia do Ministério da Saúde (MS) para implantação de ações e serviços relativos às PIC no Sistema Único de Saúde (SUS) em todo território nacional (BRASIL, 2006A).

As práticas descritas na PNPIC são representadas pelas racionalidades médicas das medicinas tradicional chinesa, homeopática e antroposófica, pelas práticas terapêuticas da fitoterapia, plantas medicinais, e pelo termalismo social ou a crenoterapia. Elas têm por objetivo estimular mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde, ampliando a oferta e as opções terapêuticas para um novo modelo de atenção à saúde e cuidado aos usuários do SUS (BRASIL, 2012C).

As diretrizes e ações da PNPIC estão em convergência com políticas nacionais, como a da Atenção Básica (AB), de promoção da saúde, de humanização, de educação popular, de educação permanente, de povos e comunidades tradicionais, dentre outras, cujas interações são recomendadas pelo MS como estratégia de ampliação e integração das PIC em diferentes contextos e comunidades, permitindo mais opções terapêuticas aos usuários do SUS (BRASIL, 2012C).

Com a publicação da PNPIC, o Departamento de Atenção Básica (DAB) foi eleito o órgão responsável pela gestão nacional das PIC, desempenhando o papel de normatização, monitoramento, sensibilização e divulgação (CAVALCANTI ET AL., 2014).

A PNPIC incentiva a implantação das PIC no âmbito do SUS, mas não define quais ações e recursos são necessários para tal, dificultando sua consolidação e tornando sua implantação, frente a tais condições, um desafio aos gestores públicos em saúde (CAVALCANTI *ET AL.*, 2014).

Muitos levantamentos têm sido realizados pelo MS e DAB sobre a oferta dos serviços de PIC e sua expansão pelo território brasileiro, mas ainda não foram divulgados indicadores de avaliação desse serviço no SUS, reconhecido pela PNPIC como uma ação de responsabilidade federal (BRASIL, 2006A).

Com o intuito de incentivar a melhoria dos serviços de AB em todo o território nacional, em 2011, foi criado pelo MS o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que incentiva os gestores a melhorar a qualidade dos serviços de saúde ofertados à população. Via um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação por meio da avaliação das Equipes de Atenção Básica (EAB) e oferecimento de gratificações pelo desempenho individual de cada equipe as PIC são avaliadas pelo PMAQ-AB desde o primeiro ciclo de coleta como um aspecto de prioridade da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), reconhecendo o esforço de equipes que tenham empreendido iniciativas que estimulem a ampliação do acesso nos diversos contextos existentes no Brasil (BRASIL, 2011, 2012B, 2013A).

Considerando a existência desse serviço no SUS, a necessidade de avaliar sua implantação e a existência de dados de PIC através do PMAQ-AB, a pesquisa aqui relatada teve como objetivo avaliar o grau de implantação das PIC na AB em Santa Catarina utilizando os dados provenientes da avaliação externa PMAQ-AB no ciclo de 2013.

Metodologia

Esta é uma pesquisa avaliativa do grau de implantação das PIC na AB nos municípios catarinenses e se baseia na análise de normativas

do MS e DAB por meio de dados secundários. O critério utilizado nesta avaliação é o da eficácia, dado que objetiva identificar se as recomendações para implantação propostas estão sendo implementadas conforme preconizado pelas instâncias superiores (MS e DAB), de forma a alcançar as metas propostas. O critério de eficácia adotado é aquele proposto por Silva e Formigli (1994), está relacionado com o efeito das ações e práticas de saúde implementadas, e visa a compreender o cumprimento de objetivos ou metas.

Os dados são referentes ao banco da avaliação externa do PMAQ-AB em 2013 em Santa Catarina, cuja coleta foi realizada em parceria do MS com instituições de ensino e pesquisa do Brasil. A população residente de Santa Catarina no ano de 2013 foi coletada no site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus), sendo a fonte dos dados o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A amostra contemplou 1470 equipes, que atendem a 293 municípios de Santa Catarina. Embora o PMAQ tenha coletado dados por adesão voluntária, é importante destacar que Santa Catarina foi o estado que mais aderiu, posto que havia 91,2% das EABs localizadas na totalidade dos municípios do Estado (BRASIL, 2013B).

O estado de Santa Catarina está localizado na região sul do Brasil e sua estimativa populacional foi de 6.634.254 habitantes para o ano de 2013, conforme o IBGE, distribuídos de forma heterogênea nos 295 municípios, alocados em nove macrorregiões de saúde. Possui 229 municípios com até 20 mil habitantes, sendo caracterizado pela prevalência de pequenos municípios (78%) (BRASIL, 2013A).

Os dados do DAB consideraram a existência de 293 municípios no ano de 2013, porque dois municípios foram criados no final desse ano e não apresentavam estrutura própria de saúde instalada no momento da coleta de dados com as equipes.

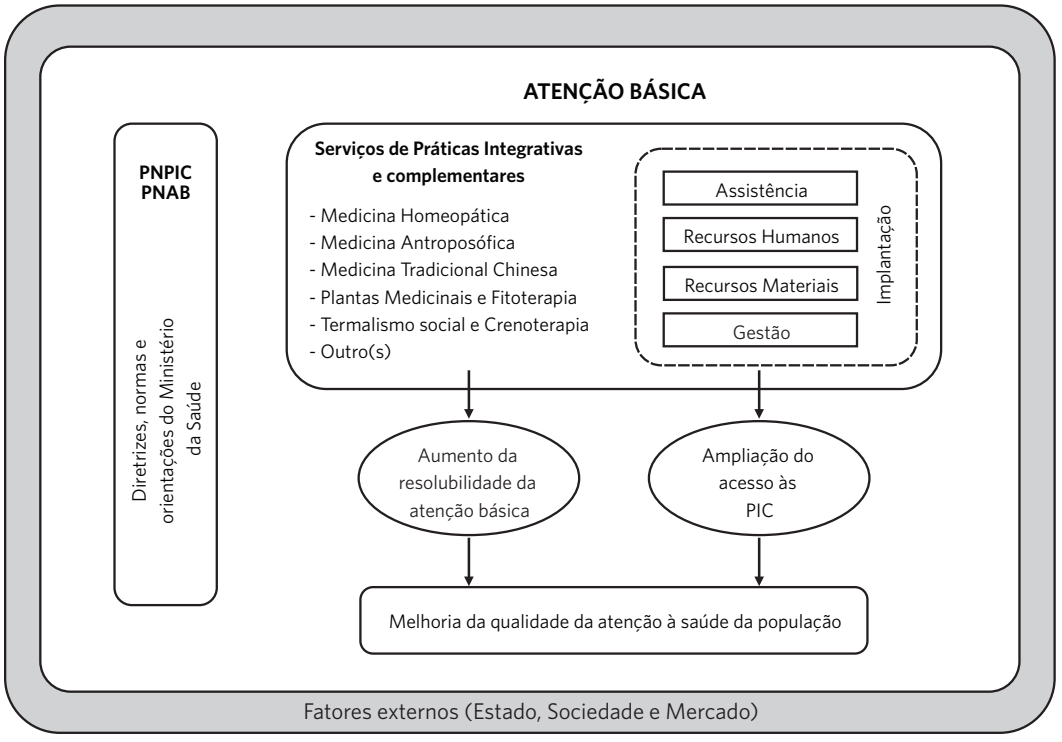
As informações selecionadas foram retiradas de dois módulos do PMAQ-AB, na área específica de PIC. O Módulo I contém informações relativas às Unidades Básicas de Saúde e seus insumos e materiais para PIC; e o Módulo II, correspondente à EAB, apresenta informações sobre oferta e descrição do serviço de PIC, ações das equipes em educação popular com a comunidade e desenvolvimento de ações de educação permanente pela gestão.

Realizou-se análise de consistência dos dados, o que permitiu a identificação de erros ou duplicação de casos, reconhecidos pela presença de mais de dois registros com a mesma informação nas equipes, sendo realizadas as devidas correções.

O banco de dados formado pelas variáveis do PMAQ-AB e dos sistemas de informações (Datasus) foram apresentados e analisados no programa Microsoft Office Excel 2007®.

Elaborou-se modelo avaliativo que permitisse avaliar o grau de implantação das PIC na AB. A construção desse modelo foi realizada a partir de levantamento do referencial teórico; da fundamentação nas normativas; da oficina de consenso; e do instrumento de avaliação externa no PMAQ-AB, o que orientou a elaboração do modelo teórico-lógico do grau de implantação das PIC na AB apresentado na *figura 1*.

Figura 1. Modelo teórico-lógico do grau de implantação das PIC na Atenção Básica.



Fonte: Elaboração própria.

Segundo Hartz e outros (1997), para a construção de um modelo teórico-lógico existem fatores importantes a serem analisados, incluindo dimensões macro e microexplicativas. Estas últimas compõem a micro e macroteoria de um objeto, sendo que a primeira se relaciona a normas, aspectos estruturais e operacionais; e a outra detalha o contexto de implantação do objeto, por meio dos fatores organizacionais e sociopolíticos que favorecem ou inibem o sucesso da implantação.

Nesse sentido, a *figura 1* está apresentada sob o contexto de determinantes sociais, econômicos e políticos que influenciam a existência do modelo teórico-lógico, implicado por fatores externos que se traduzem pela variedade de interesses e a permanente negociação entre as lógicas do Estado que normatiza e regula, da Sociedade que financia, e do Mercado que produz e oferta os serviços. Essas relações de negociação permanente entre os diferentes interesses influenciam a oferta de serviços de saúde mesmo que no âmbito exclusivo da esfera pública, por exemplo, na regulação de insumos e dos recursos humanos. Reconhece-se também que o modelo está inserido em um ambiente de políticas públicas, onde se disputam diferentes interesses, modelos de atenção e de cuidado (BAHIA, 2009; BRASIL, 2012A; CONTANDRIOPOULOS, 1996; MEDINA *ET AL.*, 2005). Ressalta-se que o modelo construído é orientado para a gestão, visto que o gestor é quem possui maior governabilidade para o processo de implantação, organização, estruturação e funcionamento dos serviços no setor saúde.

Os principais documentos a fundamentar a consolidação do modelo teórico-lógico foram a Portaria GM nº 2488/11 – PNAB (BRASIL, 2012B); a Portaria GM nº 971/2006 – PNPIC (BRASIL, 2006A); e a Portaria SAS nº 853/2006 – que cria o serviço de PIC no SUS e o inclui na Tabela

de Serviços e classificações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) (BRASIL, 2006B). O modelo apresenta o serviço de PIC, definido pela PNPIC por três sistemas médicos complexos de racionalidades vitalistas, quis sejam, a Medicina Tradicional Chinesa (MTC), a medicina homeopática e a medicina antroposófica, e duas práticas terapêuticas ditas complementares e integrativas em saúde, que são a fitoterapia e plantas medicinais, além do termalismo social ou a crenoterapia.

Considerou-se que, para sua implantação na AB, o serviço das PIC deve ser avaliado em quatro dimensões: Assistência, Recursos Humanos, Recursos Materiais e Gestão. A dimensão 'assistência' corresponde às ações de atenção à saúde na área de PIC e faz referência à oferta e distribuição do serviço de PIC no município; a dimensão Recursos Humanos contempla o desenvolvimento de ações de educação popular em saúde com as PIC, tendo em vista ações das equipes com a comunidade; a dimensão Recursos Materiais dispõe sobre os materiais e insumos para o atendimento clínico na área e tem a finalidade de avaliar a disponibilidade desses materiais nos municípios; e a dimensão Gestão corresponde à responsabilidade da gestão municipal em investir na capacitação dos profissionais na área de PIC, ofertando educação continuada na forma de educação permanente com vistas ao aprimoramento para o trabalho.

A seleção de indicadores fez-se por meio das normativas e do instrumento de avaliação externa no PMAQ-AB e foi validada em oficina de consenso com os especialistas, na forma de comitê tradicional, onde foram contraídos pactos entre especialistas das áreas de avaliação em saúde e PIC, tendo por objetivo validar os indicadores e medidas e gerar maior legitimidade ao modelo avaliativo elaborado (MEDINA *ET AL*., 2005).

Entregou-se previamente aos participantes o material composto pelo modelo teórico-lógico e matriz avaliativa contendo o julgamento dos indicadores, dimensões e implantação. Ao final de cada instrumento, constava um quadro para preenchimento de escala de concordância e observações para o juízo de valor de cada participante. Ainda acompanhava informações, como o dicionário das variáveis e o *rationale* das dimensões.

O modelo teórico-lógico foi discutido durante a oficina e não sofreu alterações substanciais, mas foi solicitado o detalhamento de alguns elementos, como a apresentação na ilustração das principais políticas orientadoras do processo de implantação das PIC, e a descrição dos resultados com a implantação do serviço de PIC, dando ênfase ao aumento da resolubilidade na AB e da ampliação do acesso às PIC.

A oficina prosseguiu com a discussão da matriz avaliativa, o que resultou em sua alteração. As dimensões foram mantidas, o número de indicadores foi diminuído de dez para seis, houve adição de medidas e alteração no peso do julgamento das dimensões. Nesses casos, tais contribuições foram incorporadas ao modelo final.

Os dados utilizados no estudo são de domínio público, não tendo sido necessária autorização do Comitê de Ética em Pesquisa.

Desenvolvimento da matriz de avaliação e julgamento

O modelo final da matriz avaliativa definido na oficina de consenso comporta quatro dimensões, seis indicadores, oito medidas, bem como seus respectivos parâmetros de julgamento para cada indicador e dimensão *(quadro 1)*, os quais permitiram formular um modelo de classificação para juízo do grau de implantação das práticas integrativas e complementares na AB *(figura 2)*. O consenso entre os especialistas foi necessário para definir parâmetros e medidas, visto que não há normativa que estabeleça valores padrão, considerando-o um modelo empírico.

Quadro 1. Matriz avaliativa, com descrição das variáveis, medidas e parâmetros para a classificação dos municípios quanto ao grau de implantação das PIC na Atenção Básica

	Indicador	Variáveis do PMAQ-AB		Medida	Juízo			Implantação
					Pontuação do indicador	Parâmetro da dimensão	Peso da dimensão	
Dimensão Assistência	I1 - Oferta de PIC	II.25.1 II.25.2 II.25.2 II.25.2.1 II.25.2.2 II.25.2.3 II.25.2 II.25.3 II.25.3.1 II.25.3.2 II.25.3.3 II.25.3.4 II.25.3.5 II.25.3.6	II.25.2.4 II.25.2.5 II.25.2.6 II.25.2.7 II.25.3.7 II.25.3.8 II.25.3.9 II.25.3.10 II.25.3.11 II.25.3.13 II.25.3.14 II.25.3.15	*M1. O município oferta uma PIC da PNPIC* M2. O município oferta mais de uma PIC da PNPIC *M3. O município oferta mais de uma PIC da PNPIC mais outras PIC*	0 = nenhuma 1 = uma PIC da PNPIC 2 = mais de uma PIC da PNPIC 3 = mais de uma PIC da PNPIC com uma não prevista na política	∑ Escores Bom = 6 a4 pontos Regular = 3 ou 2 pontos Ruim = 1 ou 0 pontos	60%	Implantado ∑ Escores 7 pontos ou mais, dos quais 4 em Assistência
	I2 - Capilaridade das PIC	II.25.1		*M4. Percentual de equipes que ofertam PIC no município (Nº equipes que ofertam PIC/Nº equipes no município X 100)*	0 = Abaixo de 25% 1 = 25% a 50% 2 = 50,5% a 99,5% 3 = 100%			
Dimensão Recursos humanos	I3 - Atividades de educação em saúde em PIC	II.25.6		*M5. O município realiza atividade de educação em saúde com as PIC à comunidade*	0 = Não realiza 1 = Realiza	∑ Escores Bom = 1 ponto Ruim = 0 pontos	10%	Parcialmente implantado ∑ Escores 5 a 6,75 pontos
Dimensão Recursos materiais	I4 - Material para procedimento em MTC/ Acupuntura	I.17.2		*M6. O município apresenta disponibilidade de agulhas para MTC/ Acupuntura*	0 = Nunca possui agulhas 0,25 = Dispõe de agulha às vezes 0,5 = Dispõe de agulha sempre			
	I5 - Medicamentos fitoterápicos	I.22.1 I.22.2 I.22.2.1 I.22.3 I.22.3.1 I.22.4 I.22.4.1 I.22.5 I.22.5.1 I.22.6 I.22.6.1 I.22.7 I.22.7.1 I.22.8 I.22.8.1 I.22.9 I.22.9.1	I.22.10 I.22.10.1 I.22.11 I.22.11.1 I.22.12 I.22.12.1 I.22.13 I.22.13.1 I.22.14 I.22.14.1 I.22.15 I.22.15.1 I.22.16 I.22.16.1 I.22.17 I.22.17.1	*M7. O município oferta medicamento fitoterápico em quantidade suficiente*	0 = Oferta dois medicamentos fitoterápicos ou menos e em quantidade insuficiente 0,25 = Todas as outras condições 0,5 = Oferta um medicamento fitoterápico ou mais em quantidade suficiente	∑ Escores Bom = 1 ponto Regular = 0,5 ou 0,75 ponto Ruim = 0,25 ponto ou menos	10%	Implantação incipiente ∑ Escores 4,75 pontos ou menos, desde que não obtenha 4 pontos em assistência
Dimensão Gestão	I6 - Educação permanente em PIC para equipe	II. 25.4		*M8. A gestão do município capacita suas equipes na área das PIC em educação permanente*	0 = Não oferta 2 = Oferta	∑ Escores Bom = 2 pontos Ruim = 0 pontos	20%	

Fonte: Elaboração própria.

No *quadro 1,* observam-se os componentes das dimensões Assistência, Recursos Humanos, Recursos Materiais e Gestão. A dimensão Assistência refere-se à oferta e distribuição do serviço de práticas integrativas e complementares nos municípios. Essa dimensão apresenta dois indicadores: (1) Oferta de PIC: avalia a existência do serviço de PIC nos municípios por meio das PIC registradas na Portaria GM/MS nº 853/2006, que permite o registro de sete classificações estabelecidas na PNPIC e avalia a existência de outras PIC não contempladas na Portaria nº 971/2006 – PNPIC; (2) Capilaridade das PIC: pressupõe o percentual ideal de equipes que ofertam PIC em cada município, identificando, assim, a capilaridade e abrangência dos serviços pelo município.

A dimensão Recursos Humanos (*quadro 1*) propõe a análise das EABs e seu desenvolvimento como equipes capacitadas e ampliadas para realizar diferentes ações na área de PIC em cada município, apresentando o indicador Atividades de educação em saúde em PIC, que avalia a realização dessas atividades na área de PIC desenvolvidas pelas equipes com a comunidade, no município.

A dimensão Recursos Materiais (*quadro 1)* dispõe sobre os materiais e insumos necessários para atendimento e procedimentos com as PIC, contemplando dois indicadores. Esses indicadores definem o mínimo necessário em termos de recursos materiais para que se exerçam duas das PIC mais comumente ofertadas no SUS: (1) Material para procedimento em Medicina Tradicional Chinesa – Acupuntura (MTC-acupuntura): verifica a disponibilidade de materiais para a realização de acupuntura, considerando que o material essencial e indispensável são as agulhas filiformes descartáveis (BRASIL, 2006B); (2) Medicamentos fitoterápicos: avalia a disponibilidade do medicamento fitoterápico em quantidade suficiente no município, como fixado na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) (BRASIL, 2012A).

A dimensão Gestão (*quadro 1*) compreende o compromisso do gestor municipal com a capacitação da equipe, apresentando o indicador Educação permanente em PIC para equipe, que avalia a oferta de educação permanente pelo gestor, identificando o compromisso com a capacitação profissional na área de práticas integrativas e complementares.

Quanto à etapa de agregação para obtenção dos valores dos municípios, as medidas foram calculadas a partir de duas possibilidades, que dependiam da existência de uma ou mais equipes em cada município: (1) Quando existe uma única equipe, o cálculo da medida do critério é igual à medida do indicador; (2) Quando há mais de uma equipe no município, a medida do critério é calculada a partir do maior valor da equipe, ou seja, a melhor experiência em PIC que apresentasse a melhor condição para o município. Concluindo, se pelo menos uma equipe do município apresentasse as condições mínimas estabelecidas como ideais a partir dos parâmetros do modelo avaliativo elaborado, o município seria bem avaliado, mesmo que suas outras equipes apresentassem menor pontuação. O único indicador que diferencia os municípios pela quantidade de equipes é o indicador de Capilaridade das PIC, que calcula o percentual de equipes que ofertam PIC no município.

A partir da matriz avaliativa, foi possível criar um julgamento para implantação das PIC na AB no ano de 2013, classificando os municípios em graus de implantação, conforme apresentado na *figura 2*. As dimensões apresentaram pesos diferentes, tendo a dimensão Assistência 60%, as dimensões Recursos Humanos e Recursos Materiais, 10% cada uma e a dimensão Gestão, 20%. A agregação dos escores permitiu classificar os municípios com o seguinte juízo de valor sobre sua implantação:

> Implantado: Elevado grau de implantação; municípios que apresentem escore final de 7 ou mais, desde que obtenham escore 4 na dimensão Assistência;
>
> Parcialmente implantado: Médio grau de

implantação; municípios que apresentem escores de 5 a 6,75;

Implantação incipiente: Baixo grau de implantação; municípios que apresentem escores iguais ou menor que 4,75, desde que não obtenham escore 4 na dimensão Assistência. Neste caso serão realocados para o juízo de valor 'parcialmente implantado'.

Convém ressaltar que apenas as dimensões Assistência e Recursos Materiais foram avaliadas segundo os juízos de valor Ruim, Regular e Bom. As demais, Recursos Humanos e Gestão, foram avaliadas em Ruim ou Bom.

Resultados e discussão

Os resultados e a discussão apresentados a seguir estão organizados por dimensões e classificação final dos municípios catarinenses quanto ao grau de implantação das PIC na AB catarinense.

Aplicabilidade do modelo de avaliação

Das 1470 equipes avaliadas, 428 (29,1%) equipes ofertavam alguma PIC. Dos 293 municípios, 131 (44,7%) ofertavam alguma PIC contemplada na PNPIC e, dentre estes, 85 ofertavam outras PIC não contempladas na política. Das práticas previstas na PNPIC, são ofertadas pelos municípios: plantas medicinas ou fitoterapia (42,1%); acupuntura (17,7%); homeopatia (16,3%); auriculoterapia (12,4%); práticas corporais (7,7%); termalismo social (2,4%); e antroposofia (1,4%). Dentre as práticas não previstas na PNPIC, estão a terapia comunitária (22,6%); musicoterapia (11,3%); e shantala (9,9%). Há municípios que ofertam do in, shiatshu, massoterapia e reflexoterapia (8,0%); arteterapia (8,0%); florais (6,6%); yoga e dança circular em mesmo percentual (6,1%); naturologia (4,7%); biodança e geoterapia em mesmo percentual (3,8%); ayurveda e talassoterapia em mesmo percentual (1,4%); e sistema rio aberto (0,9%).

O estudo de Sousa *et al.* (2012) demonstrou grande limitação na mensuração e avaliação das PIC associada aos sistemas de informação atuais, os quais não permitem o registro adequado dessas práticas. Um fator positivo da avaliação externa do PMAQ-AB é que ela permite identificar a oferta de outras práticas não contempladas na PNPIC.

Optou-se por desenvolver a análise das dimensões sobre do juízo de valor desta avaliação com base no porte populacional dos municípios de SC, classificados em quatro estratos: até 5.000 habitantes (hab.); 5.001 a 20.000 hab.; de 20.001 a 50.000 hab.; e mais de 50.000 hab. Esses estratos permitiram comparações tanto com a classificação do IBGE para municípios de pequeno, médio e grande porte como com outros estudos com dados do PMAQ-AB (*tabela 1*).

Tabela 1. Distribuição de municípios segundo porte, dimensão de análise e juízo de valor na avaliação do grau de implantação das práticas integrativas e complementares na Atenção Básica em Santa Catarina, Brasil, 2013

Classificação	Ruim		Regular		Bom	
	n	%	n	%	n	%
Assistência						
≤ 5 mil hab (n= 35)	0	0,0	1	2,9	34	97,1
5┤ 20 mil hab (n= 48)	5	10,4	18	37,5	25	52,1
20┤ 50 mil hab (n= 25)	4	16,0	11	44,0	10	40,0
> 50 mil hab (n= 23)	4	17,4	10	43,5	9	39,1
Total	14	10,7	40	30,5	77	58,8
Recursos Humanos*						
≤ 5 mil hab (n= 35)	8	22,9	-	-	27	77,1
5┤ 20 mil hab (n= 48)	11	22,9	-	-	37	77,1
20┤ 50 mil hab (n= 25)	3	12,0	-	-	22	88,0
> 50 mil hab (n= 23)	3	13,0	-	-	20	87,0
Total	26	19,9			105	80,1
Rercursos Materiais						
≤ 5 mil hab (n= 35)	9	25,7	22	62,9	4	11,4
5┤ 20 mil hab (n= 48)	28	58,3	18	37,5	2	4,2
20┤ 50 mil hab (n= 25)	9	36,0	16	64,0	0	0,0
> 50 mil hab (n= 23)	11	47,8	8	34,8	4	17,4
Total	57	43,5	64	48,9	10	7,6
Gestão*						
≤ 5 mil hab (n= 35)	17	48,6	-	-	18	51,4
5┤ 20 mil hab (n= 48)	21	43,8	-	-	27	**56,3**
20┤ 50 mil hab (n= 25)	12	48,0	-	-	13	52,0
> 50 mil hab (n= 23)	9	39,1	-	-	14	60,9
Total	59	45,0			72	55,0

Fonte: Elaboração própria.

*As dimensões Recursos Humanos e Gestão possuíam respostas dicotômicas.

A *tabela 1* apresenta um perfil dos 131 municípios catarinenses que foram avaliados e apresentam alguma PIC contemplada na PNPIC, permitindo a análise segundo o juízo de valor das dimensões.

Os dados demonstraram que, na dimensão Assistência, a maioria dos municípios apresentou a classificação 'bom' (58,8%), com destaque para os municípios com menos de 5 mil habitantes. De maneira geral, os municípios até cinco mil habitantes apresentaram bons indicadores, com a possibilidade de terem sido privilegiados na dimensão Assistência por possuir o peso maior no julgamento. Deve-se levar em consideração que o pactuado era que a avaliação valorizasse qualquer experiência em PIC e penalizasse os que não tivessem condições mínimas para ser considerados implantados. Quanto à análise do porte populacional na dimensão e o indicador de capilaridade das PIC, identificou-se que alguns municípios com mais de cinquenta mil

habitantes que receberam pontuação baixa no indicador não apresentavam condições mínimas de cobertura populacional com as EABs que possuíam, refletindo no juízo de valor dado ao próprio indicador. Tais casos foram analisados separadamente, e a decisão foi manter os parâmetros de avaliação.

Em pesquisas de análise da oferta de serviços na AB, uma das diferenças encontradas entre os municípios é a relação entre porte populacional e sua localidade. Municípios pequenos e localizados em áreas remotas demonstraram que a gestão municipal, em condições isoladas, tem dificuldade de responder pelo conjunto de ações estipulado pela PNAB (BRASIL, 2012B). Essa realidade é diferente daquela de municípios de grande porte, que possuem um apoiador institucional da gestão, o que facilita maior disponibilidade de recursos em nível organizacional, político-institucional e financeiro (FAUSTO *ET AL.*, 2014; SEIDL *ET AL.*, 2014).

Tais resultados convergem para a necessidade de políticas e ações voltadas para os municípios de pequeno porte, considerando que, se estes apresentassem condições favoráveis para a execução de ações na AB, contribuiriam para a consolidação de atendimento de qualidade e resolutivo para as EABs (SEIDL *ET AL.*, 2014).

A dimensão Recursos Materiais foi considerada 'regular' e 'ruim' na maioria dos municípios, somando 92,4% das avaliações. Os indicadores de Recursos Materiais mereceram, em sua grande maioria, o juízo de valor 'regular', refletindo que o provimento dos medicamentos fitoterápicos e insumos estratégicos para MTC-Acupuntura possa apresentar deficiências na oferta regular, o que reflete na ação diária dos profissionais da AB, dificultando a ampliação do acesso às PIC pelos usuários do SUS.

Outro estudo que investigou gestores e profissionais de saúde sobre a implantação das PIC no SUS, identificou dificuldades no fornecimento de material e aquisição de insumos utilizados em algumas das PIC, constituindo-se em grande problema na UBS (ISCHKANIAN; PELICIONI, 2012).

As dimensões Recursos Humanos (80,1%) e Gestão (55%) foram bem avaliadas. Estes resultados, embora sem associações diretas, sugerem que outros fatores sejam analisados, como é o caso da motivação dos profissionais. Constatou-se que, a partir do juízo de valor diferenciado entre eles, mesmo sendo dimensões que avaliam a capacitação profissional em PIC, a oferta de educação permanente pela gestão não pode ser associada somente à qualificação dos profissionais que realizam atividades de educação em saúde em PIC com a comunidade, já que pode também caracterizar o esforço singular dos profissionais pela sua auto capacitação. A avaliação destas dimensões também parece não ser influenciada pelo porte dos municípios, o que requer outras análises e pesquisas na área.

A literatura descreve que, no Brasil, embora haja um compartilhamento de responsabilidades entre os três entes da federação quanto à gestão e financiamento da AB, cada município tem autonomia para realizar as ações de saúde em seu território, inclusive sobre as decisões relativas a recursos humanos, contratação, formação e capacitação, de acordo com a PNAB. Nesse sentido, a ausência ou insuficiência de incentivos para a qualificação profissional pode contribuir para a desmotivação dos profissionais na AB (BRASIL, 2012B, SEIDL *ET AL.*, 2014).

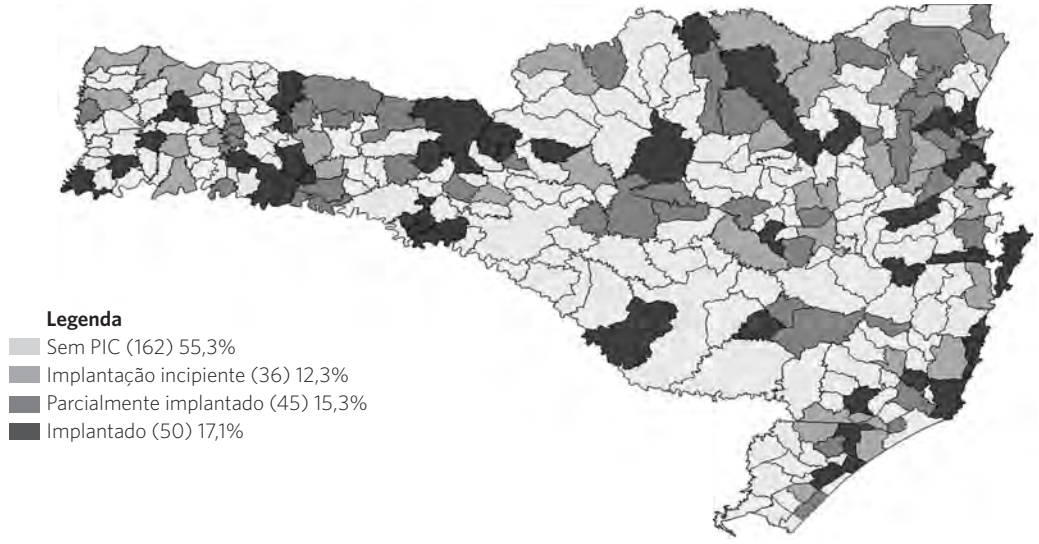
Pesquisas demonstram que é relevante para a gestão investir em iniciativas de educação permanente que fortaleçam a participação e o comprometimento dos profissionais, aliados aos interesses e necessidades demandados pelos trabalhadores de cada território. Esta afirmativa é consonante com os dados já apresentados, demonstrando a importância de se continuar empenhando esforços já existentes nas ações de educação permanente na área de PIC pelas equipes catarinenses (FONSECA SOBRINHO *ET AL.*, 2014; SEIDL *ET AL.*, 2014).

A oferta de educação permanente é uma ferramenta potente de gestão do trabalho, que valoriza o trabalhador e qualifica o seu processo de trabalho. Nesse sentido, destacam-se iniciativas de educação permanente,

que associam as intervenções nos territórios e também as discussões entre suas equipes, com o aumento da chance de melhor certificação das EABs pelo PMAQ-AB (FONSECA SOBRINHO *ET AL.*, 2014; SEIDL *ET AL.*, 2014).

Classificação final dos municípios

Figura 2. Mapa dos municípios avaliados segundo grau de implantação das PIC em Santa Catarina, Brasil, 2013



A *figura 2* demonstra que a maioria dos municípios de SC (55,3%) ainda não oferece PIC em seus territórios. Analisando os 131 que apresentaram baixo, médio e alto grau de implantação, 50 (38,2%) possuíam a maior quantidade de municípios com o juízo de valor 'implantado' ou seja, com alto grau de implantação.

Também foi possível identificar no mapa que a implantação das PIC está distribuída pelo estado de forma heterogênea, não apresentando tendências geográficas específicas, apesar de alguns municípios vizinhos apresentarem o contexto de implantação similar, o que pode caracterizar a influência das experiências pela proximidade dos locais.

Tabela 2. Distribuição dos municípios segundo a classificação geral para a implantação e população potencialmente coberta pelas práticas integrativas e complementares na Atenção Básica em Santa Catarina, Brasil, 2013

Classificação	Sem PIC		Implantação incipiente		Parcialmente implantado		Implantado	
	n	%	n	%	n	%	n	%
População								
≤ 5 mil hab (n=105)	70	66,7	1	1,0	14	13,3	20	19,0
5┤ 20 mil hab (n=124)	76	61,3	15	12,1	19	15,3	14	11,3
20┤ 50 mil hab (n= 37)	12	32,4	11	29,7	6	16,2	8	21,6
> 50 mil hab (n= 27)	4	14,8	8	29,6	7	25,9	8	29,6
Total (n= 293)	162	55,3	35	11,9	46	15,7	50	17,1
População potencialmente coberta (n= 6.612.939)	1.649.998	25,0	1.238.285	18,7	1.760.519	26,6	1.964.137	29,7

Fonte: Elaboração própria.

A tabela 2 apresenta os resultados dos graus de implantação das PIC por porte populacional dos municípios. Observa-se que, quando considerados apenas os municípios que ofertam PIC, aqueles com menos de cinco mil habitantes apresentam os melhores resultados, havendo, portanto, alto grau de implantação em 20 dos 35 municípios.

Quanto à análise da classificação geral para implantação e população potencialmente coberta pelas PIC, apresentada também na *tabela* 2, tem-se que 1.964.137 (29,7%) habitantes estão cobertos pelas PIC em seus territórios. E, somando os juízos de valor 'implantado' e 'parcialmente implantado', as PIC cobrem 3.724.656 (56,3%) habitantes do estado de Santa Catarina, representando que a maioria da população do estado possui acesso às PIC.

Estudos demonstram que há fatores que podem não ter contribuído para a implantação de experiências em PIC, como a homeopatia, associando motivos do desconhecimento do gestor sobre a PNPIC e racionalidade médica homeopática; a ausência de financiamento específico de uma política nacional, para o gestor municipal implementar e manter os serviços, sendo as iniciativas existentes limitadas e descritas pelo apoio financeiro do gestor local. Apesar destes fatores, destaca-se que o processo de implantação vem ocorrendo independentemente de a gestão do SUS promover a capacitação e contratação de profissionais habilitados em PIC, sendo associado à um fenômeno social que precede e transcende o âmbito das políticas públicas (GALHARDI; BARROS; LEITE-MOR, 2013; ISCHKANIAN; SANTOS; TESSER, 2012; PELICIONI, 2012; SOUSA *ET AL.*, 2012).

Para que o gestor municipal viabilize a implantação de ações e serviços em PIC, é necessário um planejamento administrativo, político e institucional junto aos profissionais e sociedade civil, sustentado na gestão participativa, na apropriação democrática dos instrumentos de gestão e atenção às especificidades loco regionais. Ainda é necessário reconhecer que esse processo de implantação prevê algumas fases: feitura de pactos do núcleo responsável; mapeamento dos profissionais capacitados existentes; regulamentação e legitimação por meio de trâmites e normas legais; desenvolvimento de atividades de tutorias e atividades de educação permanente (BARRETO; NUNES; AROUCHA, 2014; SANTOS; TESSER, 2012;). Importante destacar que para a efetiva implantação, é necessário superar os ciclos

da mudança dos governantes, o que impede a continuidade das ações em PIC. Para isso, é necessário promover uma mudança cultural, a fim de legitimar socialmente as PIC.

Sob o eixo fundamental da lógica de pensamentos que deram origem a este modelo de atenção em que as PIC estão inseridas, parte-se de algumas reflexões e constatações. Por exemplo, as PIC permitem um olhar diferenciado sobre o indivíduo e o seu processo saúde–doença, não somente como uma prática de cuidado, mas como uma estratégia que promove mudanças no modelo assistencial hegemônico em saúde, que, muitas vezes, exclui outras formas de produzir e legitimar saberes e práticas. Também, a acentuação da autonomia do usuário promove autocuidado; a afirmação de um saber que tem como categoria central a saúde e não a doença, traduz o cuidado não ao ato da assistência às doenças, mas para a atenção à promoção da saúde das pessoas e coletividades; o potencial desmedicalizante da vida, desapropria o processo de normalização impostos pelo modelo biomédico e constante medicalização pelas indústrias farmacêuticas, trazendo uma visão integrada da pessoa, e não de suas partes (BARRETO; NUNES; AROUCHA, 2014; OTANI; BARROS, 2011; SANTOS; TESSER, 2012;).

Considerações finais

A análise realizada permitiu avaliar os municípios pesquisados do estado de Santa Catarina quanto ao grau de implantação das práticas integrativas e complementares na AB. Apresentou resultado de implantação expressivo, com diferenças entre os municípios e seus portes populacionais, visto que a maioria da população do estado possui acesso às PIC; refletindo 56,3% do estado com PIC implantadas ou parcialmente implantadas.

Considera-se que o modelo proposto tenha demonstrado viabilidade de aplicação para municípios de diferentes portes populacionais e que o conjunto de indicadores foi considerado adequado para a avaliação do grau de implantação das práticas integrativas e complementares na AB por meio de dados secundários. Os dados coletados permitiram gerar as informações necessárias para a avaliação, mas foram considerados limitantes pela impossibilidade de elaboração de alguns indicadores que avaliassem outras características consideradas importantes para implantação, tais como características de profissionais e tipos de equipe, outros insumos para PIC, financiamento, dentre outros.

Quanto à análise do alcance das metas propostas pelas recomendações para implantação pelas instâncias superiores (MS e DAB), identificaram-se insuficiências, dado que os códigos de classificação de PIC definidos pela Portaria nº 853/2006 são inadequados para representar a realidade dos municípios, que apresentam a oferta de outras PIC não estabelecidas na PNPIC, demonstrando uma subnotificação da oferta desse serviço.

Mas também identificaram-se avanços via diretrizes da PNPIC. A implantação das PIC no território catarinense está avançada, pois os indicadores da dimensão Assistência, de maneira geral, foram responsáveis pela grande quantidade de juízos de valor 'bom', refletindo que as EABs estão em busca de capacitação na área e ofertam as PIC para a população em seus territórios, auxiliando o acesso dos usuários do SUS a esse novo modelo de atenção à saúde.

Deve-se ressaltar, também, a provável interferência dos contextos locais na implantação das práticas integrativas e complementares, o que, neste estudo, não foi possível identificar. Sugerem-se pesquisas futuras para aprofundamento dessas questões, de modo a que possam responder às inquietações reveladas pelos dados.

Considera-se que, para ampliar a implantação das PIC na AB, a gestão federal deva assumir de fato a PNPIC como uma política de Estado, garantindo recursos financeiros para sua atuação no SUS e permitindo que o esforço das equipes que ofertam PIC

transformem-se em experiências mais exitosas, não permanecendo apenas uma política focal e isolada.

A avaliação da AB no âmbito do PMAQ-AB possibilita reconhecer as características das EABs e suas ações nesse nível de atenção. Ainda que possa ser considerado um programa novo e em fase de expansão, ele deve ser assumido e institucionalizado por alguns potenciais: reconhecimento de que as PIC fazem parte de um componente importante de qualidade para a AB por meio do monitoramento das equipes que tenham iniciativas em PIC nos diversos contextos do Brasil, contribuindo para a pluralidade de escolhas terapêuticas de cuidados em saúde; levantamento do importante lugar da institucionalização da avaliação na AB, não como um componente que penaliza mas como estratégia de indução da melhoria de indicadores assistenciais, estruturais e gerenciais em todo território nacional; e sua assunção como um importante instrumento de coleta de dados, com potencial para subsidiar a tomada de decisão da gestão para a garantia da atenção integral e universal aos usuários do SUS.

É preciso também levantar algumas deficiências do programa: as PIC são avaliadas no PMAQ-AB, mas as equipes não são remuneradas por realizá-las; as informações derivadas do banco de dados correspondem ao conjunto de EAB que aderiu voluntariamente ao programa, pressupondo um viés de seleção com tendência de acentuação da positividade das respostas das equipes, por se tratar de uma coleta de dados que alia o resultado do desempenho das equipes para fins de transferências financeiras; e o repasse não prevê um sistema de recompensas que atinja diretamente o trabalhador das EABs.

Outra possível limitação do estudo diz respeito ao fato de as variáveis obtidas do PMAQ-AB não permitirem estabelecer relações entre processo e estrutura das PIC identificadas, embora sejam suficientes para se avaliar o grau de implantação dessas práticas.

Em conclusão, os resultados desta pesquisa sugerem diversos caminhos para o aprimoramento das PIC. Estudos futuros poderão avaliar o grau de implantação das práticas integrativas e complementares em diferentes estados brasileiros, bem como aprimorar o modelo avaliativo a partir de propostas mais recentes de ciclos posteriores do PMAQ-AB. Este registro pode ser o início de um processo consistente de avaliação e de contínuo aperfeiçoamento da forma de organização das práticas integrativas e complementares no âmbito do sistema de saúde brasileiro.

Colaboradores

LN Losso foi responsável pela coleta de dados e realização da revisão de literatura. LN Losso e SFT Freitas delinearam o estudo, analisaram os dados, escreveram o artigo e fizeram a revisão final do artigo.

Agradecimentos

Ao MS e DAB, pelos dados desta pesquisa. Ao professor Fúlvio Nedel, pelo auxílio na coleta do banco de dados e análises iniciais. ■

Referências

BAHIA, L. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro , v. 14, n. 3, p. 753-762, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413--81232009000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 nov. 2016

BARRETO, J. A.; NUNES, J. G.; AROUCHA, E. B. L. Um olhar trimembrado sobre a implantação de serviços de práticas integrativas e complementares em saúde. In: *Práticas integrativas em saúde*: proposições teóricas e experiências na saúde e educação. Recife: UFPE, 2014. p. 155-174. Disponível em: <http://www.neplame.univasf.edu.br/uploads/7/8/9/0/7890742/livro_praticas_integrativas_em_sa%C3%BAde_versao_final.pdf >. Acesso em: 10 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *População residente. Estimativas para o TCU Santa Catarina*. Brasília, DF, 2013a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poptsc.def>. Acesso em: 17 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 3 maio 2006a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html>. Acesso em: 10 maio 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 853, de 17 de novembro de 2006. Inclui na Tabela de Serviços/classificações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES de Informações do SUS, o serviço de código 068 – Práticas Integrativas e Complementares. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 18 nov. 2006b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria853_17_11_06. Pdf>. Acesso em: 10 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 533, de 28 de março de 2012. Estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 3 maio 2012a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0533_28_03_2012.html>. Acesso em: 10 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. *Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal*. Brasília, DF, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica*: Saúde da Família e Equipe Parametrizada. Brasília, DF, 2013c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF, 2012b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 10 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Práticas integrativas e complementares*: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica/Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2012c.

CAVALCANTI, F. *et al*. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: histórico, avanços, desafios e perspectivas. In: BARRETO, A. F. (Org.). *Práticas integrativas em saúde*: proposições teóricas e experiências na saúde e educação. Recife: UFPE, 2014. p. 139-153. Disponível em: <http://www.neplame.univasf.edu.br/uploads/7/8/9/0/7890742/

livro_praticas_integrativas_em_sa%C3%BAde_versao_final.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2017.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Reformar o sistema de saúde: uma utopia para sair de um status quo inaceitável. *Saúde em Debate,* Rio de Janeiro, n. 49-50, dez. 1995/mar. 1996. p. 53-64. Disponível em: <http://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=N.49&pesq=contandriopoulos&x=0&y=0>. Acesso em: 18 out. 2016.

FAUSTO, M. C. R., *et al*. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro , v. 38, n. esp., p. 13-33, out. 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103--11042014000600013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 abr. 2017.

FONSECA SOBRINHO, D. *et al*. Compreendendo o apoio matricial e o resultado da certificação de qualidade nas áreas de atenção à criança, mulher, diabetes/hipertensão e saúde mental. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro , v. 38, n. esp., p. 83-93, out. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600083&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 abr. 2017.

GALHARDI, W. M. P.; BARROS, N. F.; LEITE-MOR, A. C. M. B. O conhecimento de gestores municipais de saúde sobre a Política Nacional de Prática Integrativa e Complementar e sua influência para a oferta de homeopatia no Sistema Único de Saúde local. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 213-220, jan. 2013 . Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413--81232013000100022&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 abr. 2017.

HARTZ, Z. M. A. *et al*. Avaliação do Programa Materno Infantil: análise de implantação em sistemas locais de saúde no nordeste do Brasil. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). *Avaliação em saúde:* dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 89-131. Disponível em: <http://www.faa.br/PDF/livros_eletronicos/medicina/6_Avaliacao_em_saude.pdf >. Acesso em: 13 jul. 2015.

ISCHKANIAN, P. C.; PELICIONI, M. C. F. Desafios das práticas integrativas e complementares no SUS visando a promoção da saúde. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 233-238, 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v22n2/pt_16.pdf >. Acesso em: 10 abr. 2017.

MEDINA, M. G., *et al*. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. (Org.). *Avaliação em saúde*: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 41-64.

NASCIMENTO, M. C. *et al*. A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3595-3604, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413--81232013001200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 out. 2017.

OTANI, M. A. P.; BARROS, N. F. A Medicina Integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1801-1811, mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413--81232011000300016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 abr. 2017.

SANTOS, M. C.; TESSER, C. D. Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3011-3024, nov. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 abr. 2017.

SEIDL, H. *et al*. Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB.

Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 94-108, out. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103--11042014000600094&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 abr. 2017.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. *Caderno de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, jan./mar., 1994.

SOUSA, I. M. C. *et al*. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2143-2154, nov. 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X201200110001 4&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 5 fev. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). E*strategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023.* Genebra, 2013. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21201es/s21201es.pdf>. Acesso em: 5 abr. 2017.

Recebido para publicação em abril de 2017
Versão final em agosto de 2017
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Processo de trabalho em saúde na implementação da atenção especializada em saúde bucal no nível local

Considerations about the work process in the implementation of Dental Specialty Centers in the local context

Thais Régis Aranha Rossi[1], Sônia Cristina Lima Chaves[2]

RESUMO O presente estudo analisou o processo de trabalho na implementação da atenção especializada em saúde bucal em dois municípios da Bahia. Foram realizadas 24 entrevistas semiestruturadas com gestores, profissionais da assistência e funcionários do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); análise documental e observação participante. Os objetos de trabalho se mantiveram como atendimento a doentes. A percepção mais abrangente do objeto e a finalidade do serviço em coerência com o proposto nas diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) estiveram relacionadas com o serviço exitoso enquanto produto. As características da gestão influenciaram o processo de trabalho em saúde bucal na atenção especializada.

PALAVRAS-CHAVE Avaliação de serviços de saúde. Política de saúde. Serviços de saúde bucal.

ABSTRACT *This study aimed to analyze the work process in the implementation of Dental Specialty Centers (CEO) in two municipalities of Bahia. 24 semi-structured interviews were conducted with managers, professionals and support staff of the CEO; document analysis and participant observation. The work process for Dental Specialty Centers showed weaknesses in the relationship between agents and managers in both municipalities. The objects remained as care for patients. The broader perception of the object and purpose of the service in line with the guidelines proposed in the Oral Health Surveillance Policy (PNSB) were related to the service as a successful product. Management characteristics influenced the work process in CEO.*

KEYWORDS *Health services evaluation. Health policy. Dental health services.*

[1] Universidade do Estado da Bahia (Uneb) – Salvador (BA), Brasil.
thais.aranha@gmail.com

[2] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Salvador (BA), Brasil.
schaves@ufba.br

DOI: 10.1590/0103-11042017S314

Introdução

A resposta do Estado brasileiro aos problemas bucais da população, a partir de 2004, perpassou o propósito de expandir e qualificar a atenção em Saúde Bucal (SB) em todos os níveis com a publicação da Política Brasil Sorridente, apontada enquanto uma das quatro prioridades do governo federal no período de 2003 a 2010 (MACHADO; BAPTISTA; NOGUEIRA, 2011; PAIM *ET AL.*, 2011). Além da grande expansão das equipes de SB vinculadas à Estratégia Saúde da Família (ESF), os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) foram implementados em todo o País como iniciativa conduzida pelo nível central para oferta de tratamento odontológico especializado à população. Os CEO são unidades de referência para a atenção básica, que devem ofertar, minimamente, as especialidades de periodontia, endodontia, pacientes com necessidades especiais, diagnóstico bucal e cirurgia oral menor.

As práticas voltadas para a SB no País, até os anos 2000, foram balizadas predominantemente pela oferta procedimentos de baixa complexidade e outras ações de caráter preventivo. A omissão na oferta de procedimentos especializados pode ser constatada por meios dos inquéritos epidemiológicos, a exemplo do SB-Brasil 2003 no qual se observou que 70,99% da população examinada necessitava de prótese dentária para arcada inferior e 35,83% para arcada superior nos adultos (35 – 44 anos), a maioria por combinação de elementos, o que se caracteriza como procedimentos especializados. A necessidade de tratamento endodôntico, também considerado como procedimento especializado, esteve presente em 6,19% dos dentes examinados já na faixa etária de 15 a 19 anos (RONCALLI, 2011). O SB-Brasil 2010 apontou 68,8% da população de 35 a 44 anos e 92,7% dos idosos (65 a 74 anos) com necessidade de prótese dentária. O *deficit* de próteses em idosos é considerado significativo, a prevalência de oclusopatia que requer tratamento é de 10% em adolescentes, assim como a necessidade de tratamento periodontal especializado e cirurgia oral menor, entre outros.

Estudo que analisou a expansão e distribuição dos CEO em território nacional concluiu que, mesmo levando em consideração as características geográficas e populacionais, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) representa um avanço real na reorganização da prática odontológica no Brasil (BRASIL, 2010). Analisando os fatores relacionados com a integralidade nos CEO, Chaves e colaboradores (2011) apontaram que quanto maior a cobertura da atenção primária no território em que o serviço especializado se encontrava, maior era a integralidade, bem como foram apontadas lacunas na atenção básica na sua interface com a atenção secundária.

A mudança do modelo de atenção em saúde perpassa as ações desenvolvidas pelos profissionais em suas práticas, podendo ser analisadas a partir do referencial teórico do processo de trabalho em saúde, construto de base marxista,estudadono espaço da saúde a partir da contribuição de Mendes-Gonçalves (1994, 1998).

Na SB, existem trabalhos que analisam o processo de trabalho do Cirurgião-Dentista (CD) e de sua equipe no campo público de atenção à saúde (CHAVES; VIEIRA-DA-SILVA, 2007; FACCIN; SEBOLD; CARCEREI, 2010; GALVEAS *ET AL.*, 2016; MENDES *ET AL.*, 2017; PIMENTEL *ET AL.*, 2012; PIMENTEL *ET AL.*, 2010; RODRIGUES; ASSIS, 2009; SANTOS; ASSIS, 2006; SANTOS *ET AL.*, 2007; SOUZA *ET AL.*, 2007). Essas pesquisas trazem contribuições e apontam algumas questões críticas no fazer cotidiano do processo de trabalho como prática clínica curativista hegemônica (PIMENTEL *ET AL.*, 2010), a falta de acompanhamento e supervisão das equipes, a ausência de integração entre a odontologia e demais áreas (MENDES *ET AL.*, 2017; PIMENTEL *ET AL.*, 2012), a dupla inserção nos campos público e privado (CHAVES; VIEIRA-DA-SILVA, 2007), as limitações estruturais, bem como as diferentes percepções sobre o processo saúde-doença

(FACCIN; SEBOLDI; CARCERERI, 2010; GALVEAS *ET AL.*, 2016). Ressalta-se, todavia, que esses trabalhos voltaram suas análises apenas para atenção básica, não tendo sido encontrado nenhum artigo que investigasse o processo de trabalho na atenção especializada.

Tendo em vista o exposto, o objetivo presente estudo foi analisar as práticas desenvolvidas pelos profissionais de CEO em dois municípios da Bahia.

Metodologia

Estratégia do estudo e fontes de informação

Desenvolveram-se dois estudos de caso na Bahia. A produção dos dados foi realizada em 2011, entretanto, ressalta-se a importância da publicação e a atualidade do debate relacionado com o processo de trabalho na atenção especializada em saúde bucal.

Inicialmente, foi feito o levantamento dos municípios da Bahia que atendiam às seguintes condições: CEO implantado e cobertura populacional da ESF estimada em 100%, buscando-se a possibilidade de maior integração entre os serviços e dos CEO desempenharem procedimentos especializados, conforme preconizado pela política.

Foram identificados 20 municípios conforme os critérios estabelecidos. Em seguida, entrevistaram-se gestores da Coordenação Estadual de Saúde Bucal, a fim da indicaçãode municípios considerados exemplares quanto ao melhor desempenho do serviço especializado em saúde bucal. Os gestores estaduais indicaram dois municípios, a partir da análise dos relatórios das visitas realizadas pela área técnica, dos resultados da avaliação anual realizada pela Coordenação Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde (MS), assim como também foi considerado o período de implementação semelhante dos serviços em ambas localidades.

Os procedimentos para a produção de dados foram a análise documental, realização de entrevistas semiestruturadas e a observação participante. Constituíram-se fontes de análise documental as diretrizes da PNSB, outras publicações do MS que versaram sobre o tema, o Plano Plurianual (PPA) dos municípios em estudo, Planos Municipais de Saúde, Relatórios Anuais de Gestão (RAG), Protocolos Assistenciais municipais e atas do Conselho Municipal de Saúde que abordaram o tema em análise.

Nesta pesquisa, foram considerados os agentes do trabalho os CD, Auxiliares de Saúde Bucal (ASBs), funcionárias do CEO. Os gestores relacionados com a saúde bucal especializada (prefeito(a), secretário municipal de saúde e a coordenação de SB/CEO) também foram entrevistados, tendo em vista sua relação com os agentes do trabalho e sua influência no processo de trabalho. Entrevistas individuais semiestruturadas foram conduzidas com 24 informantes-chave (1 prefeito(a), 2 secretários de saúde, 2 coordenadores de SB e/ou do CEO, 8 CD especialistas nos CEO e 1 generalista da atenção básica, 8 auxiliares de SB e 3 funcionários dos serviços). Todas as entrevistas foram gravadas após devido consentimento, transcritas e analisadas.

A partir de categorias definidas pelo referencial teórico utilizado, o material empírico obtido foi tratado e processado em matrizes de análise. A partir da categoria analítica do processo de trabalho em saúde, foram definidas categorias de análise, questões norteadoras e suas fontes de verificação *(quadro 1)*. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia por meio do Registro CEP nº 045/2010. Este trabalho teve fomento do edital DCIT/MS/Fapesb – PPSUS nº 6127/2010.

Quadro 1. Matriz de análise das categorias que compõem o processo de trabalho nos CEO em dois municípios da Bahia, 2011

Categoria de análise	Questões norteadoras	Fontes de Verificação
Agentes do Trabalho	Quais atividade são realizadas? Quem são os agentes de trabalho? Quais as atribuições e responsabilidades de cada um desses agentes? Que problemas encontram para organizar o trabalho? Quais relações técnicas e sociais no / do trabalho?	Observação direta acompanhando e registrando do movimentos, discursos e ações dos agentes, bem como suas relações. Entrevistas com gestores, Cirurgiões-Dentistas (CD), Auxiliares de Saúde Bucal (ASB) e funcionários administrativos dos CEO.
Objeto	Qual a percepção dos trabalhadores sobre as necessidades de tratamento dos usuários que frequentam o serviço? Quais eram os tratamentos mais realizados?	Entrevistas com gestores, Cirurgiões-Dentistas (CD), Auxiliares de Saúde Bucal (ASB) e funcionários administrativos dos CEO. Análise documental de relatórios de gestão anuais (RAG), documentos da coordenação dos CEO, Planos Municipais de Saúde (PMS).
Finalidades	Qual a imagem objetivo do trabalho dos agentes no CEO? O que seria um CEO ideal?	Entrevistas com gestores, Cirurgiões-Dentistas (CD), Auxiliares de Saúde Bucal (ASB) e funcionários administrativos dos CEO.
Instrumentos	Quais equipamentos e materiais utilizados? Eles estão adequados? Qual a formação dos trabalhadores e sua forma de contratação? Quais os saberes que fundamentam as práticas dos agentes?	Observação direta acompanhando e registrando do movimentos, discursos e ações dos agentes, bem como suas relações. Entrevistas com gestores, Cirurgiões-Dentistas (CD), Auxiliares de Saúde Bucal (ASB) e funcionários administrativos dos CEO.
Produto	Qual a relação entre o percebido em nível local com o estabelecido na PNSB? Quais as características do cuidado produzido no CEO?	Observação direta acompanhando e registrando do movimentos, discursos e ações dos agentes, bem como suas relações. Entrevistas com gestores, Cirurgiões-Dentistas (CD), Auxiliares de Saúde Bucal (ASB) e funcionários administrativos dos CEO.
Organização do Processo de Trabalho	Como se organiza o trabalho dos agentes? Qual a rotina de funcionamento do serviço? Quais as especialidades a que o CEO atende? Existência de protocolos assistenciais e cumprimento das metas de produção.	Observação direta acompanhando e registrando do movimentos, discursos e ações dos agentes, bem como suas relações. Entrevistas com gestores, Cirurgiões-Dentistas (CD), Auxiliares de Saúde Bucal (ASB) e funcionários administrativos dos CEO.

Marco teórico

Este estudo adotou, enquanto referencial metodológico, o ciclo da política pública (*policycicle)* (KINGDON, 1995) e enquanto teórico o processo de trabalho em saúde (MENDES- GONÇALVES, 1994, 1998).

A presente investigação situou-se na análise da implementação do ciclo da política pública no âmbito municipal. A organização das práticas foi estudada por meioda teoria do processo de trabalho (MENDES-GONÇALVES, 1994, 1998), uma aplicação da teoria marxista do trabalho ao campo da saúde.

No estudo do processo de trabalho em saúde, são analisados os seguintes componentes: o objeto do trabalho, os

instrumentos, a finalidade, o produto e os agentes. Destaca-se ainda que esses elementos precisam ser examinados de forma articulada, pois somente sua relação recíproca configura um processo de trabalho específico. O objeto, em sua relação com o processo de trabalho, não se delimita por si mesmo, é delimitado por um olhar que contém um projeto. O objeto será o alvo da transformação, representado na saúde pelo que Mendes-Gonçalves chama de carecimentos, entendido como necessidades de saúde (MENDES-GONÇALVES, 1994, 1998). A apreensão do objeto consiste em identificar as características que permitem a visualização do produto final, antevisto nas finalidades do trabalho (MENDES-GOLÇALVES, 1994). Outro aspecto importante a ressaltar é a noção de finalidade e do sentido teleológico do processo de trabalho humano.

Para apreender o objeto de trabalho, o agente opera saberes. O instrumento de trabalho serve para intermediar a ação humana sobre os objetos conforme o processo social e histórico que inclui a reprodução social. Há diferenciação de instrumentos materiais e nãomateriais. Os primeiros são os equipamentos, material de consumo, medicamentos, instalações e outros; já os segundos são os saberes, que articulam em determinados arranjos os sujeitos (agentes do processo de trabalho) e os instrumentos materiais. Estes se constituem nas ferramentas principais do trabalho de natureza intelectual. O autor salienta que esses saberes são também os que permitem a apreensão do objeto de trabalho (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009). Dessa forma, o meio de trabalho é o complexo de coisas que o trabalhador insere entre si e o objeto de trabalho e lhe serve para dirigir sua atividade sobre esse objeto (MENDES- GONÇALVES, 1998).

O agente do trabalho é sujeito da ação na medida em que traz para dentro do processo de trabalho, além do projeto prévio e sua finalidade, outros projetos de caráter coletivo e pessoal (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009).

Resultados

Município A: aspectos críticos de uma implementação exitosa

PERCEPÇÃO DO OBJETO E INSTRUMENTOS (MEIOS) DE TRABALHO

A percepção do objeto de trabalho do CEO enquanto necessidade de saúde esteve presente na narrativa da coordenadora. Entre os odontólogos especialistas, o objeto situava-se no tratamento dos dentes ou da boca, de acordo com a área de sua atuação. Ressalta-se que dois dos profissionais destacaram a educação em SB. Sobre a percepção dos carecimentos em SB, esta variou de acordo com as especialidades atendidas por cada entrevistado e formação dos profissionais.

Ao tratar do objeto de trabalho atual, o CD trabalhador da atenção básica que atuava no CEO afirmou que a implementação do serviço representou

> *Um divisor de águas, não ter aqueles pacientes mutilados, antigamente sem os CEO os pacientes acabavam tendo que extrair os dentes.* (CD trabalhador da AB que atuava no CEO).

Foi ressaltado que antes do CEO muitos casos eram encaminhados para fora do município, a exemplo de cirurgias de terceiro molar, e muitos usuários não tinham acesso a serviços de SB como pacientes especiais. As ASBs e dentistas destacaram que a perda dental antes do serviço era maior do que atualmente, em queexiste a possibilidade do tratamento de canal, tratamento de periodontia, cirurgias maiores e atendimento a pacientes especiais.

A análise dos meios de trabalho imateriais utilizados pela coordenação de SB/CEO revelou habilidade no trato com pessoas, habilidade para ouvir e reconhecimento à figura do coordenador pelos agentes entrevistados.

Os meios de trabalho utilizados pela coordenadora revelam sua formação como sanitarista e gestora. O saber planejador, termo aqui utilizado para expressar o antagonismo ao improviso seja como cálculo estratégico ou aproximando-se da sistematicidade e formalidade, era traduzido em instrumentos materiais de trabalho, como planilhas, gráficos e relatórios.

Ao analisar os saberes imateriais, as ações educativas no CEO restringiam-se ao nível individual, no consultório, por meiode aconselhamentos e/ou da realização de procedimentos de higiene bucal supervisionada.

A maioria dos CD entrevistados no CEO informou que os instrumentais e equipamentos disponibilizados eram satisfatórios. Entretanto, o CD responsável pela periodontia afirmou que a ausência de curetas de boa qualidade comprometia a qualidade técnica científica do seu trabalho.

FINALIDADE

A prefeita afirmou que o fator decisivo para a implementação da política foi a indução federal. Nos Planos Municipais de Saúde e Relatórios Anuais de Gestão (RAG) constatou-se um aumento da realização de procedimentos de SB com perspectivas de avanço na prótese dental de acordo com a narrativa dos entrevistados. Constatou-se que a implementação do CEO era uma busca por legitimação pelo governo local. *"Desde a implantação, a nossa contrapartida só tem sido crescente, é um serviço que não é barato"* (Prefeita município A).

A fala do secretário de saúde aproximou-se inicialmente daquela da prefeita, abordando depois limitações para atuação da atenção básica enquanto primeiro nível da atenção:

> *um dos motivos era primeiramente melhorar a qualidade de saúde bucal dos munícipes e segundo, tinha atenção básica, mas você não tinha como seguir adiante na área de saúde bucal, daí a necessidade de um centro mais especializado na área.*

A coordenadora SB/CEO apontou como finalidade do processo de trabalho o acolhimento e resolutividade da atenção.

Ancoradas na concepção do objeto centrado na prática assistencial curativista, as finalidades destoavam nas narrativas dos diferentes entrevistados, assim como era possível perceber por meiode suas práticas de trabalho. A coordenadora SB/CEO apontou como finalidade do processo de trabalho do CEO o acolhimento e resolutividade da atenção. A maioria dos CD relatou como finalidade do seu trabalho o tratamento especializado dos dentes, comparando a existência do serviço a períodos passados. *"[...] um divisor de águas, não ter aqueles pacientes mutilados, antigamente sem os CEOs os pacientes acabavam tendo que extrair os dentes"* (CD da atenção básica).

Organização, controle do processo de trabalho e produto

O município A possuía um CEO tipo I, com três consultórios odontológicos. As especialidades ofertadas eram periodontia, cirurgia com diagnóstico de câncer, pacientes especiais e endodontia. Todos os profissionais afirmaram alcance de metas exigidas em portaria do MS, o que também se constatou nos relatórios de gestão. A produtividade era monitorada e avaliada mensalmente pela coordenação SB/CEO.

O serviço funcionava dez turnos por semana. Em dois turnos, um dos consultórios odontológicos era utilizado para atendimento de procedimentos básicos a pacientes de uma zona rural. Todo trabalho desempenhado coletivamente por divisão de funções implica um posto de trabalho que cuide para que o conjunto se mova organizadamente em direção ao produto. A esse posto cabia o controle do processo de trabalho, no município A, uma atribuição da coordenação de SB/CEO.

Essa coordenação era constituída apenas por um profissional com graduação em

odontologia e especialização em saúde coletiva. Essa coordenadora conjugava ações de controle, supervisão, administrativas, de planejamento, monitoramento e avaliação. A gestora relatou sobrecarga de trabalho por desempenhar sozinha atividades de diversas naturezas, inclusive manutenção de equipamentos. Os CD que atuavam no serviço eram especialistas ou possuíam atualização na especialidade sob sua responsabilidade.

Os profissionais do CEO reuniam-se com a coordenação apenas quando havia alguma demanda específica, nunca em reuniões conjuntas com os dentistas da atenção básica, o que representava uma lacuna para a interface entre os dois níveis de atenção. Na análise das atividades desempenhadas pela coordenação do CEO, por meioda observação participante, chamou a atenção o predomínio de atividades de administração em detrimento daquelas de planejamento. O último levantamento epidemiológico havia sido realizado há onze anos e apenas entre os escolares. Todos os profissionais da SB, de nível superior ou médio, tinham vínculo de trabalho precário. Os relatórios apontavam para aumento da utilização dos serviços, com consequente aumento anual do número de procedimentos realizados.

Os profissionais atendiam até quatropacientes com urgências/turno/profissional. Depois do atendimento, referenciavam para a própria endodontista do CEO. Assim, havia substituição informal de faltosos a partir da demanda livre das urgências odontológicas, o que pode ser considerado positivo. No entanto, a atenção às urgências reduzia o foco na atenção especializada desse serviço.

A existência de protocolos municipais assistenciais foi apontada pelos CD e auxiliares, tendo como base a normatização do MS. Entretanto, eram atendidos casos de urgência no CEO do município A, apesar das diretrizes nacionais preconizarem que as urgências devem ser atendidas na atenção básica.

A ausência de oferta de prótese dentária chamou atenção para o caso da endodontia de molares. A maioria dos usuários com necessidade de endodontia de molares chegava ao serviço apresentando também necessidade de prótese para a mesma unidade dentária, especialidade não ofertada. Assim, criou-se um protocolo para atendimentos dos usuários com necessidade de endodontias. Esse protocolo consistia na realização do procedimento endodôntico apenas para os usuários que pudessem custear sua prótese no setor privado, o que representava barreiras ao atendimento.

Quanto à interface com a atenção básica, verificou-se o cumprimento do protocolo assistencial da restauração dos dentes tratados endodonticamente no CEO e encaminhados para as Unidades de Saúde da Família (USF) via contra referência. Também foram constatadas lacunas. Não havia reuniões que conjugassem os profissionais dos dois níveis da atenção a fim da discussão de casos.

Município B: a gestão municipal da saúde bucal como determinante para o insucesso do serviço

PERCEPÇÃO DO OBJETO E INSTRUMENTOS (MEIOS) DE TRABALHO

O objeto de trabalho manteve-se situado nos dentes e na boca, mas também foi apontada a educação em SB. A percepção acerca das necessidades de SB mais frequentes entre os usuários permeou as especialidades periodontia e endodontia. Fato explicado pela ausência do profissional periodontista e pela redução do número de endodontistas, restando apenas um.

A explicação para a ausência de profissionais perpassou o financiamento do serviço pela redução no orçamento após derrota em disputa territorial com outro município. Os odontólogos afirmaram que o CEO foi o serviço que sofreu mais cortes, não representando uma prioridade para os gestores. O secretário de saúde do município B afirmou

que há certo tempo atrás a SB *"não era nem tocada no assunto"*. Assim, os profissionais contratados para compor especialidades não exercidas pelos concursados foram progressivamente demitidos, entre estes o periodontista, além do fechamento do laboratório de prótese e redução do número de endodontistas. Após esse fato, houve diversas ameaças de fechar o serviço.

Quanto aos instrumentos materiais, no período do estudo a autoclave estava quebrada, e as ASBs esterilizavam o instrumental em hospital próximo. O endodontista informou que não havia proteção de chumbo para o paciente nem para o profissional. Esse CD também relatou a deficiência quanto aos instrumentais e insumos:

> *Ultimamente tem quebrado até lima no dente do paciente, porque as limas já têm certo tempo de uso. [...] a reposição aqui é demorada. É complicado. Lençol de borracha costuma faltar com frequência – como eu lhe falei – tem que cortar luva para fazer. Cimento falta. É complicado* [Risos]. *Você tem que dar murro em ponta de faca.* (Endodontista).

A ausência de condições apropriadas foi apontada enquanto maior problema para a realização do trabalho. As ASBs também referiram ser um obstáculo à realização do trabalho a falta de material ou mesmo falta de manutenção dos equipamentos.

FINALIDADE

Quanto às finalidades do CEO, o secretário de saúde não mostrou ter clareza do objeto do serviço nem da política nacional. Devido à situação política de secundarização e cortes no CEO, a opinião dos profissionais quanto à finalidade sempre fazia referência a esta conjuntura, o que ocasionava restrições ao próprio objeto de trabalho, e as finalidades ficavam limitadas às questões estruturais.

Um CD responsável pela especialidade dentística compreendia a finalidade do CEO enquanto uma extensão da atenção básica. Outras dentistas e ASBs enfatizaram a importância do serviço especializado na redução da perda dental e sua atuação em procedimentos nunca antes ofertados no serviço público.

> *Eu acho que as condições de trabalho são muito precárias ainda. Por exemplo, quando aqui falta alguma coisa, a gente é quem tem que correr atrás, não tem um auxílio mais de perto para resolver as coisas.* (ASB IV).

ORGANIZAÇÃO, CONTROLE DO PROCESSO DE TRABALHO E PRODUTO

Nesse município, antes da implementação do CEO, já havia oferta de atenção especializada em saúde bucal. O serviço, chamado de Clínica Especializada, ofertava endodontia de dentes incisivos, caninos e pré-molares. Com a implementação do CEO, a endodontia dos molares passou a ser realizada.

O CEO do município B, tipo II, funcionava dez turnos com prestação de serviço nas seguintes especialidades: dentística, cirurgia, endodontia e pacientes especiais. Segundo os entrevistados, há alguns anos, esse serviço não cumpria metas assistenciais estabelecidas em portarias ministeriais. No período do estudo, não houve oferta de prótese dentária e periodontia, bem como diagnóstico oral de lesões de mucosa.

O agendamento de pacientes era contínuo e realizado no próprio serviço mediante sua recepção, por meio da ficha de referência, entretanto muitos usuários compareciam ao CEO sem esta referência, inclusive urgências. Havia marcações realizadas para até 60dias contados da data do agendamento, o que ocasionava muitas ausências às consultas.

No município B, o controle do processo de trabalho era exercido pela ASB/recepcionista do serviço, e não pelo CD que coordenava o serviço. O coordenador de SB/

CEO, proprietário de clínica odontológica privada no mesmo município, especialista em prótese, afirmou que a administração do CEO era elementar por não haver fluxo de recursos financeiros ou desembolso direto por parte dos usuários.

> *Na realidade, a administração do CEO é muito básica. Porque você não precisa pagar ninguém, você não recebe nada. Consiste em saber agendar paciente, ver as necessidades de material e parte do trabalho. Não vai receber o dinheiro, vai pagar conta... não precisa de uma organização complexa, entendeu?* (Coordenador SB/CEO).

No município B, as atividades do coordenador de SB/CEO restringiam-se ao controle da manutenção de equipamentos e consultórios odontológicos, assim os meios utilizados para o trabalho estavam mais relacionados com contatos com empresa de manutenção e compra de material.

> *Nós tínhamos uma planilha de avaliação. A planilha de avaliação era mais para cobrar a produtividade e punir do que para elaborar uma estratégia. Logicamente a gente também coletava aquele dado para tentar elaborar uma estratégia. Logo no início nós tínhamos controle sim de produtividade porque nós estávamos com a equipe toda formada. ..., só que como eu não tenho a menor condição de atingir por que eu não tenho profissional. Por exemplo, para que eu vou saber de uma estatística de periodontia se eu não tenho periodontista?* (Coordenador CEO/SB Mun B).

Os saberes epidemiológico e planejador não permearam as ações executadas pela referida coordenação. O improviso permeava as ações do coordenador. Os relatórios de gestão apontavam diversas dificuldades impostas pela gestão municipal e a diminuição progressiva da realização de procedimentos em um período de quatro anos. Esse gestor e dentistas do CEO, além da graduação em odontologia, possuíam especialização e/ou atualização em especialidades distintas. O coordenador não era sanitarista, tinha especialização em prótese dental. As atividades educativas restringiam-se ao ambiente do consultório, quando eram realizadas.

> *Aqui ninguém é chamado pra nada. É chamado quando você falta, quando acontece alguma coisa aqui, aí eles chamam pra regular. Melhorar a qualidade de trabalho, ninguém está preocupado não. Cada um se coordena. Todo mundo sabe... Ninguém mais aqui é criança, todo mundo já tem aqui um certo tempo, conhece a realidade do município, sabe da obrigação de cada um, então cumpre.* (Endodontista).

"Não vejo o coordenador aqui não, uma vez ou outra é que ele aparece por aqui pra falar com a ASB coordenadora" (ASB II).

A ASB relatou as diversas funções de controle sobre a estrutura e processos para funcionamento da unidade de saúde. Queixou-se apenas de seu salário ser incompatível com a função que executava. Por outro lado, os CD manifestaram desapreço pelo coordenador. Deixaram transparecer que se sentiam abandonados pela administração.

> *[...] resolvo tudo aqui. Conheço o lugar, faço tudo, não fico incomodando ele* [o coordenador]. *Se o Raios-X ou o foto* [polimerizador] *der problema, vou ligar para o técnico do meu celular e resolvo. Se quebrar alguma coisa, eu faço um relatoriozinho e vou até as pessoas que tenho que procurar, para poder me ajudar e não incomodo ele* [o coordenador] *em quase nada.* (ASB).

Quanto a monitorar e avaliar as ações e produtividade, o coordenador negou, apesar do secretário de saúde ter afirmado que essas ações aconteciam 'religiosamente'. Segundo os entrevistados, nunca ocorreram reuniões periódicas com a coordenação atual. No CEO, a maioria dos dentistas é concursada há muitos anos. Apenas uma CD é contratada, responsável pela especialidade de pacientes especiais.

O coordenador afirmou que não eram

muitos casos de urgência que chegavam ao CEO, pois, segundo o MS, essa é uma atribuição da USF, *"principalmente pelo tamanho da população e pela situação de saúde bucal no município"*.

Entretanto, os CDs afirmaram o contrário, além desses procedimentos não constarem no relatório anual: *"As urgências têm chovido aqui, o que atrapalha muito o atendimento. CD responsável pela dentística"*.

O usuário continuava seu tratamento no CEO após o tratamento de urgência. Ademais, apesar de restaurações dentárias serem procedimentos que se enquadram na atenção básica, as CD responsáveis pela especialidade dentística afirmaram que, devido à ausência de aparelhos fotopolimerizadores, todas as restaurações em resina eram realizadas no CEO. Dessa forma, grande parte da produção do CEO, no município B, era de procedimentos de atenção básica.

Os dentistas e ASBs referiram que o serviço só se mantém funcionando pela articulação interna dos agentes do processo de trabalho.

> *[...] sem ser contraditório entre pegar uma profissional da área odontológica e um clínico* [médico], *a opção é um clínico. Isso em função da questão das finanças.* (Secretário de saúde).

Pela ausência do profissional periodontista, a demanda de usuários com essa necessidade ficou a cargo dos profissionais da atenção básica. Os gestores entrevistados, secretário de saúde e coordenador AB/CEO não deram perspectivas de reativação do laboratório de prótese e contratação do CD protesista, apesar da percepção dessa necessidade.

Como a prótese dentária não era ofertada no CEO, os profissionais da atenção básica faziam acordos verbais com os usuários sobre custeio da prótese na iniciativa privada quando havia necessidade de encaminhá-los para o tratamento endodôntico.

Ademais, apesar de restaurações em resina composta serem procedimentos que se enquadram na atenção básica, exceto procedimentos de estética com esse material, as CD responsáveis pela dentística afirmaram que as USF só estavam realizando restaurações em amálgama devido à ausência de aparelhos fotopolimerizadores, referenciando os usuários com necessidades de restaurações em resina para o CEO. Dessa forma, grande parte da produção do CEO, no município B, compunha-se de procedimentos de atenção básica. Os dentistas que atuam no CEO referiram não existir relação com os profissionais da atenção básica.

Não foram observadas ações coletivas educativas no CEO, realizaram-se ações de escovação supervisionada/orientação de higiene bucal individualmente no consultório. A coordenação evidenciou a dificuldade de profissionais que se dispunham a realizar essas atividades, mencionando falha no processo de formação.

O processo de trabalho nos municípios estudados

A análise dos dados mostrou fragilidades na relação entre agentes do trabalho e gestores em ambos os municípios, especialmente no município B, interferindo negativamente no processo de trabalho no CEO. A percepção mais abrangente do objeto e finalidade do serviço em coerência com o proposto nas diretrizes da PNSB, principalmente pelos gestores,estiveram relacionadas com o serviço exitoso (município A) enquanto produto no processo de implementação. É provável que o desempenho do controle do processo de trabalho por agente com saberes voltados para a saúde coletiva e administração pública esteve relacionado com o êxito no funcionamento do CEO nesse município.

No município A, a coordenadora da SB operava saberes além da clínica, o que ampliou seus meios de trabalho, finalidades. Os produtos têm um potencial de produzir mais saúde ou maior integralidade com

procedimentos mais adequados e oportunos. O saber clínico foi preponderante em relação ao saber da saúde pública, o que dificultou uma ampliação dos meios, finalidades e produtos.

Os objetos de trabalho, entretanto, predominaram enquanto atendimento a doentes, cujos produtos se tornavam 'endodontia', 'restauração', nem mesmo cura dos pacientes. O objeto de trabalho do CEO representou a mudança de uma situação de 'mutilação' pelo modelo assistencial anterior para 'redução da perda dental'.

Discussão

Há evidências de que o CEO nesses municípios desenvolvia ações típicas de atenção básica, preocupação já expressa por outros autores (CHAVES *ET AL.*, 2010; SOARES; PAIM, 2011).

Outro estudo (PIMENTEL *ET AL.*, 2012) que analisou o processo de trabalho nas equipes de SB da ESF apontou a persistência da prática centrada na clínica clássica, no procedimento individual e restrito ao consultório. Ainda que os CEO devam desempenhar procedimentos especializados de forma complementar àqueles realizados na atenção básica, não há recomendações de que esse profissional deva apenas desempenhar suas atividades isoladamente dentro do consultório. Nos municípios estudados, as atividades educativas, quando realizadas, eram realizadas no nível individual, dentro do consultório.

Os produtos do processo de trabalho se perdiam na medida em que as finalidades eram muito limitadas, especialmente pelo coordenador de SB/CEO no município B, reforçando o proposto de Mendes-Gonçalves (1992, 1994, 1998) que os meios de trabalhos expressam os saberes materiais e não materiais, que, por sua vez, revelam a finalidade como tensão da vontade de agentes concretos.

A ausência de integração dos CD que trabalhavam nos CEO com os profissionais da atenção básica também foi um achado de estudo (SOARES; PAIM, 2011), no qual também foram constatados problemas na referência/contrarreferência.

Uma investigação (FACCIN; SEBOLD; CARCERERI, 2010) realizada também com CD da atenção básica mostrou que a ausência de uma política municipal voltada para mudança do modelo assistencial é um agente limitador ao processo de trabalho, como se constatou no município B. Além disso, as diferentes maneiras com as quais os profissionais percebem o processosaúde-doença influenciam o produto da atenção prestada.

Qualquer mudança de modelo assistencial necessita de meios satisfatórios e ampliação de finalidades via novos saberes (materiais e não materiais). Para que se tenha como outra rotina uma prática odontológica que não seja centrada apenas no curativismo e na prática mutiladora, é necessária uma nova percepção quanto às finalidades do processo de trabalho do CD, bem como do seu objeto de trabalho.

As características da gestão municipal da saúde, principalmente da SB, influenciaram o desempenho dos CEO estudados. No município B, a percepção do objeto limitada por gestores, o que se traduziu nas reduções orçamentárias para o serviço com demissão de profissionais e deficiências de insumos básicos, ocasionou limitações ao produto. Os saberes trazidos pela formação sanitarista e sua experiência na gestão pública da coordenação do município A influenciaram sua percepção do objeto e finalidades, conduzindo como produto o serviço exitoso neste caso. Esse achado corrobora estudo que aponta o protagonismo da gestão local na implementação de políticas de indução federal, como a PNSB (SOUZA, 2004).

Como fatores limitantes ao produto, as duas gestões impuseram barreiras de acesso ao serviço odontológico especializado. Estudo aponta que as razões para a baixa utilização dos serviços podem estar associadas à disponibilidade, barreiras de acesso a serviços odontológicos e às características dos sistemas municipais de saúde (MATOS;

GIATTI; LIMA-COSTA, 2004). No município B, a utilização dos serviços de endodontia era baixa pela redução no número de profissionais, e inexistia a oferta de procedimentos de periodontia e de prótese por especialistas no CEO. No município A, o usuário só efetuava a endodontia caso admitisse custear sua prótese no setor privado, o que é barreira organizacional produtora de iniquidade no acesso.

Estudo de revisão sistemática abordou enquanto causa das ausências às consultas: o esquecimento, erro rotineiro do paciente, confusão sobre a data, entre outras razões (GEORGE; RUBIN, 2003). Fatores bem pertinentes às ausências dos usuários às consultas no município B, tendo em vista que o agendamento era contínuo, mas devido àinsuficiência de profissionais, a data do agendamento distava bastante do dia da marcação.

Quanto à precarização do vínculo de trabalho, estudo apontou que mais da metade dos CD alocados em CEO da região metropolitana da capital do estado de Pernambuco possuía vínculo temporário, e sua intensificação representava um fato no cotidiano dos entrevistados (OLIVEIRA, 2010). Essa característica também foi identificada no presente artigo.

A grande maioria dos CD entrevistados possuía dupla inserção nos campos público e privado. Além de trabalharem nos CEO, atuavam em consultórios particulares. Fato semelhante ao encontrado por estudo de Chaves e Vieira-da-Silva (2007), no qual a maior força do campo privado influenciava as disposições e práticas dos agentes. Isso pode explicar a incipiência de ações educativas, bem como os olhares que continham os objetos de trabalho tão voltados às práticas curativas, limitado às patologias.

Conclusões

Este trabalho apresenta como limitação a ausência de incorporação da visão dos usuários sobre o processo de trabalho dos CEO. Outra limitação refere-se ao fato de o recorte estar centrado no serviço de atenção especializada, sendo necessários estudos futuros que analisem a interface desses dois níveis de atenção, investigando profundamente a atenção básica em SB nas lacunas aqui apontadas como a acessibilidade, acompanhamentos dos casos, longitudinalidade, coordenação e resolutividade, conforme defende Starfield (2002).

O presente estudo mostrou a importância e a influência da gestão e da capacidade técnica do gestor no processo de trabalho em SB nos CEO, o que conduz a uma discussão acerca do papel exercido pela coordenação de SB nos municípios estudados. Ademais, o lugar ocupado pelo CEO na rede de atenção à saúde bucal não pode ser confundido com o papel exercido pela atenção básica. Ressalta-se que o produto enquanto integralidade ou no sentindo mais abrangente da saúde só foi possível quando os agentes ampliaram seus olhares para além do saber clínico, e assim puderam abdicar da visão do seu processo de trabalho enquanto a mera realização de procedimentos odontológicos.

Colaboradores

T. R. A. Rossi desenvolveu a pesquisa e elaborou o texto do artigo. S. C. L. Chaves orientou todo trabalho e revisou o artigo. ■

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – 2010*. Brasília, DF: MS, 2010.

CHAVES, S. C. L.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. As práticas profissionais no campo público de atenção à saúde bucal: o caso de dois municípios da Bahia. *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 12, p. 6, p. 1697-1710. 2007.

CHAVES, S. C. L. *et al*. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. *Rev. Saúde Públ.* São Paulo, v. 44, n. 6, p. 1005-1013. 2010.

FACCIN, D.; SEBOLD, R.; CARCERERI, D. L. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio Janeiro, v. 15, n. supl. 1, p. 1643-1652. 2010.

GALVEAS, E. A. et al. Singularidades no Processo de trabalho entre técnicos em saúde bucal e cirurgiões--dentistas. Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 273-292, mar. 2016.

GEORGE, A.; RUBIN, G. Non-attendance in general practice: A systematic review and its implications for access to primary health care. *Fam Pract,* Londres, v. 20, n. 2, p. 178-184. 2003

KINGDON, J. W. *Agendas, Alternatives and Public Policies.* Nova Iorque: Longman, 1995.

MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; NOGUEIRA, C. O. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 521-532. 2011.

MATOS, D. L.; GIATTI, L.; LIMA-COSTA, M. F. D. Fatores sócio-demográficos associados ao uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro,v. 20, n. 5, p. 1290-97. 2004.

MENDES-GONÇALVES, R. B. *Práticas de saúde e tecnologia:* contribuição para reflexão teórica. Brasília, DF: OPS, 1998.

_____. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde:* características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec; Abrasco, 1994.

MENDES, J. D. R. *et al*.Análise das atividades de educação em saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde,* Fortaleza, v. 30, n. 1, p. 13-21. 2017.

OLIVEIRA, R. S. *Precarização e intensificação do trabalho na atenção à saúde bucal:* um estudo com cirurgiões dentistas dos Centros de Especialidades Odontológicas. 2010. 171 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.

PAIM, J. *et al*. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*, v. 377, n. 9779, p. 1778-97. 2011.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. *Processo de trabalho em saúde:* Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PIMENTEL, F. C. *et al*.Análise da atenção à saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário VI, Recife (PE). *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, n. 15, p. 4, p. 2189-2196. 2010.

PIMENTEL, F. C. *et al*. Caracterização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal em municípios de Pernambuco, Brasil, segundo porte populacional: da articulação comunitária à organização do atendimento clínico. *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 28, supl. p. s146-s157. 2012.

RODRIGUES, A. A. A. O.; ASSIS, M. M. A. *Saúde bucal no Programa Saúde da Família:* sujeitos, saberes e práticas / Oral health in the Family Health Program: subjects, knowledge and practices. Vitória da Conquista:

Edições UESB, 2009.

RONCALLI, A. G. Projeto SB Brasil 2010 - pesquisa nacional de saúde bucal revela importante redução da cárie dentária no país. *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 4-5. 2011.

SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 53-61.2006.

SANTOS, A.M. *et al.* Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 75-85.2007.

SOARES, C. L. M; PAIM, J. S. Aspectos críticos para a implementação da política de saúde bucal no Município de Salvador. *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 966-974. 2011.

SOUZA, C. Governos locais e gestão de políticas sociais universais. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 27-41. 2004.

SOUZA, T. M. S.; RONCALLI, A. G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2727-2739. 2007.

STARFIELD, B. *Atenção Primária:* equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

Recebido para publicação em abril de 2017
Versão final em julho de 2017
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: Edital DCIT/MS/Fapesb – PPSUS nº 6127/2010

Análise dos fatores que influenciam e condicionam a participação social na Atenção Primária à Saúde

Analysis of factors influencing and conditioning social participation in Primary Health Care

Ana Maria Caldeira Oliveira[1], Sueli Gandolfi Dallari[2]

RESUMO O objetivo do estudo foi identificar e analisar os fatores que influenciam e condicionam a decisão de participar nas Comissões Locais de Saúde, espaços participativos localizados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Foram entrevistados 21 conselheiros, sendo os dados analisados pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Verificou-se nos discursos dos usuários a ideia de participação como meio de acesso da população ao funcionamento da UBS e da própria comissão. Os trabalhadores justificaram sua participação por meio dos princípios da atenção primária. Já os gestores, percebendo a importância desses fóruns para os usuários, procuram desenvolver práticas gerenciais democráticas e solidárias.

PALAVRAS-CHAVE Participação social. Atenção Primária à Saúde. Política de saúde.

ABSTRACT *This study is aimed at identifying and analyzing the factors that influence and condition the decision to participate in Local Health Commissions, participatory spaces located in the Basic Health Units (Unidades Básicas de Saúde – UBS). Twenty-one members were interviewed and data were analyzed using the Collective Subject Discourse technique. The idea of participation was verified in the users' discourses as a means for the population to access the functioning of the UBS and to the commission itself. Workers used the principles of primary care to justify their participation. Managers, on the other hand, aware of the importance of these forums for users, seek to develop democratic and supportive management practices.*

KEYWORDS *Social participation. Primary Health Care. Health policy.*

[1] Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – Belo Horizonte (MG), Brasil.
amcoliveira@usp.br

[2] Universidade de São Paulo (USP), Departamento de Práticas de Saúde Pública – São Paulo (SP), Brasil.
sdallari@usp.br

DOI: 10.1590/0103-11042017S315

Introdução

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978, preconizava a participação comunitária em diferentes momentos do planejamento e da implementação da atenção à saúde. Essa conferência compreendeu a saúde como direito humano fundamental, baseado em um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) seria a base para um novo modelo de atenção à saúde, tendo a capacidade de reorganizar sistemas de saúde (OPAS, 2008).

A atenção primária pode ser entendida como um

> conjunto de ações de saúde, em âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. (BRASIL, 2012, P. 19).

Cabe destacar que, no Brasil, durante o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) passou a ser designada por Atenção Básica à Saúde.

Em Belo Horizonte, a APS é composta pela rede de Unidades Básicas de Saúde (UBS), e se organiza a partir da definição de territórios sobre os quais as UBS devem ter responsabilidade sanitária (BELO HORIZONTE, 2016). Tem entre seus princípios a universalidade, a integralidade, a acessibilidade, a coordenação do cuidado, o vínculo e a participação da comunidade (BRASIL, 2012). Dessa maneira, os serviços da APS devem ser orientados para a comunidade, por meio do conhecimento de suas necessidades de saúde, o que impõe seu envolvimento e participação nas decisões sobre a saúde da coletividade (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

A Estratégia Saúde da Família (ESF), modalidade de atuação na APS, foi implantada em Belo Horizonte em 2002. Atualmente, o município possui uma população de 2.385.639 habitantes e conta com 85,6% de cobertura da ESF, por meio de 150 UBS e 588 Equipes de Saúde da Família (EqSF) (BELO HORIZONTE, 2016). As EqSF realizam ações para o acolhimento dos usuários nas UBS mediante o atendimento programado a crianças, adultos e idosos, além do atendimento à demanda espontânea. Desenvolvem ações de assistência médica e odontológica, puericultura, pré-natal, assistência farmacêutica, vacinação, curativos, marcação de consultas especializadas, coleta de exames laboratoriais, entrega de resultado de exames e eletrocardiograma.

Desse modo, é fácil perceber que as UBS representam um espaço de encontro entre os usuários, os profissionais de saúde, os gestores e a comunidade. Nesse sentido é que foram criadas as Comissões Locais de Saúde (CLS) em cada UBS, constituindo-se espaços participativos do SUS mais próximos da população. As CLS têm como atribuições propor, acompanhar e fiscalizar a implementação das políticas de saúde no âmbito da área de abrangência da UBS (CMSBH, 2014).

Um dos principais atributos da atenção primária é constituir-se como serviço de primeiro contato ou porta de entrada do sistema de saúde, visando garantir a resolução dos problemas de saúde de maior frequência e relevância dentro do território (BRASIL, 2012). Para tanto, o primeiro requisito é que o serviço de atenção primaria seja acessível à população. As CLS, assim como as UBS, também precisam se afirmar como porta de entrada preferencial da população, devendo estar acessível à população, objetivando a participação (OLIVEIRA; DALLARI, 2015).

Por isso, a inclusão de novos atores sociais, por meio do envolvimento da comunidade, não está sujeita ao princípio da paridade. Segundo o Regimento Interno Unificado das Comissões Locais de Saúde a comissão não é paritária, sendo composta pelo gestor da unidade, trabalhadores lotados na UBS e por

todos os usuários residentes e domiciliados na área de abrangência da UBS (CMSBH, 2014). As reuniões da comissão são abertas à comunidade, e todos os presentes têm direito à voz e ao voto. Dessa forma, a comissão não apresenta um número predeterminado de conselheiros. Já a Mesa Diretora da comissão, eleita anualmente pelo Plenário, é composta paritariamente por quatro membros: dois representantes de usuários, um representante dos trabalhadores e o gestor da unidade de saúde.

Nesse contexto, verifica-se que as CLS representam um espaço público inovador, com características próprias. Tais características valorizam a ampliação da esfera pública como elemento da democracia. O referencial teórico da pesquisa se apoia em Habermas (1989), que ressalta a importância da esfera pública para orientar e controlar a qualidade do processo de tomada de decisão por meio de discussões entre cidadãos. O objetivo deste estudo foi identificar e analisar os fatores que influenciam e condicionam a decisão de participar na APS, por meio da participação nas CLS.

Metodologia

Trata-se de um estudo empírico descritivo com abordagem qualitativa. Um estudo de caso único envolvendo mais de uma unidade de análise (YIN, 2010). A seleção das unidades de análise foi realizada a partir de um convite feito aos Conselhos Distritais de Saúde de Belo Horizonte para participarem da pesquisa, indicando sua CLS mais atuante. Dois, dos nove Conselhos Distritais, Leste e Centro-Sul, responderam prontamente ao convite. As CLS indicadas possuem Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) opostos: muito elevado risco e baixo risco, respectivamente (BELO HORIZONTE, 2008). O IVS, criado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) associa indicadores de base populacional, tais como moradia e renda, com indicadores da saúde, como mortalidade infantil, estratificando a população em baixo, médio, elevado e muito elevado risco. Para compor a pesquisa, foi selecionada uma CLS com IVS muito elevado risco, pertencente ao Distrito Sanitário Centro-Sul, totalizando três unidades de análise *(quadro 1)*.

Quadro 1. Caracterização das Comissões Locais de Saúde selecionadas

Indicação do Conselho Distrital	Unidade Básica de Saúde	Regional/Distrito Sanitário	Risco Predominante (IVS)
Sim	A	Leste	Muito elevado
Sim	B	Centro-Sul	Baixo
Não	C	Centro-Sul	Muito elevado

Foram entrevistados 21 Conselheiros Locais de Saúde utilizando a técnica de entrevista baseada em roteiro semiestruturado. Em cada CLS selecionada, foram entrevistados 7 conselheiros: o gestor, 3 representantes dos usuários e 3 representantes dos trabalhadores da saúde, escolhidos devido à presença frequente nas reuniões. O gestor é representado pelo gerente da UBS. Os usuários são representantes individuais que se autorrepresentam e/ou representantes coletivos, organizados em associações de bairro,

que buscam melhorias nos serviços públicos. Os trabalhadores, lotados na UBS, são representados pelos profissionais médico, dentistas, enfermeiros, assistentes sociais, auxiliares de enfermagem, agente de combate a endemias e agente comunitário de saúde.

Como técnica complementar, foi utilizada a observação participante com a adoção de um Diário de Campo. A pesquisa foi realizada no período compreendido entre os meses de fevereiro a julho e 2014, sendo aprovada na Plataforma Brasil, CAAE: 18186813.6.3001.5140.

Os dados obtidos com as entrevistas foram analisados pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003), que, a partir de uma estratégia discursiva busca tornar mais clara uma dada representação social. Foram identificadas as expressões-chave, que são trechos selecionados do material verbal de cada depoimento que melhor descrevem seu conteúdo, e as ideias centrais, que são formulações sintéticas que descrevem o(s) sentido(s) presentes no material e também nos conjuntos de respostas de diferentes indivíduos que têm sentido semelhante ou complementar e, então, construídos os DSC. É importante destacar que, para a construção do painel de discursos, optou-se pela identificação das expressões-chave e das ideias centrais por segmento de participação nas CLS.

Resultados e discussão

Com a finalidade de identificar e analisar os fatores que influenciam e condicionam a decisão de participar utilizou-se a seguinte questão aberta: *"Você decidiu ser Conselheiro Local de Saúde, não é mesmo! Como foi isso? Conta pra gente!" (quadro 2)*.

Quadro 2. Síntese de ideias centrais

	Segmento dos usuários
A	Participar do dia a dia do trabalho do posto de saúde
B	Participar para conhecer e informar
C	Participar para reivindicar
D	Participar para lutar pelo direito à saúde
E	Dificuldades na participação
	Segmento dos trabalhadores
F	Trabalhar na unidade e fazer parte da comunidade
G	Participar para ajudar o próximo
H	Inerente à profissão
I	Fazer parte do processo
J	Participar no espaço de tomada de decisões
K	Dificuldades na participação
	Segmento de gestores
L	Participar para melhorar a realidade onde você trabalha
M	Gosto em participar

Segmento dos usuários

A - PARTICIPAR DO DIA A DIA DO TRABALHO DO POSTO DE SAÚDE

DSC – *A gente tá participando do dia a dia do posto de saúde e da comissão local, a gente vê o desenvolvimento do trabalho e até mesmo o porquê dessa comissão. Os moradores, todos eles, podem vir e participar. Tem palavra! Eles podem falar o que sentem [...]! Tem pergunta, tem resposta, tudo direitinho... aqui dentro, na hora da reunião.*

B - PARTICIPAR PARA CONHECER E INFORMAR

DSC – *Quando se trata da saúde é bom a gente tá participando! Porque a gente participando... se uma pessoa te pergunta o que ocorreu lá* [na comissão local]*, o que está acontecendo na saúde, a gente pode explicar pra ela. E se a gente não tá participando, a gente não pode falar nada, por que a gente não sabe, não tá por dentro do assunto.*

C - PARTICIPAR PARA REIVINDICAR

DSC – *É mais fácil a gente tá assistindo as reuniões e quando a gente precisa de fazer uma reivindicação... é mais fácil, né... porque você tá sabendo de tudo que está passando ali. Nesse caso, eu tive desejo de participar pra pedir melhorias [...]. Eu tenho as minhas limitações... que eu não sei escrever muito bem [...]. Mas eu gosto demais de participar! E a gerente é uma pessoa assim, né... muito amiga e tudo [...] gosta de conversar com a gente e de explicar, o que é melhor! Ensinar, né... porque a gente é novo, não na idade, mas no que a gente tá fazendo. Ela não, ela senta e explica pra gente, e isso faz muita diferença!*

D - LUTAR PARA ASSEGURAR O DIREITO CONSTITUCIONAL

DSC – *Eu acredito que tudo isso já é uma conquista* [o SUS]*, mas se não tiver uma luta, você conquista... mas você não leva. Então, primeiro você tem que lutar... mesmo que já seja um direito assegurado na constituição [...]. Cada comunidade tem que se unir pra buscar pra si [...] o que realmente acha que é bom. Não só pra você, pra meia dúzia de pessoas, mas pra toda a comunidade, porque a comunidade é muito carente desse atendimento.*

A Declaração de Alma-Ata idealizava a APS como atenção à saúde baseada em métodos e tecnologias apropriadas, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, cujo acesso deveria ser garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade, mediante sua plena participação, pressupondo a democratização dos conhecimentos (OPAS, 2008). Dessa maneira, o discurso do sujeito coletivo do grupo A destaca a noção de esfera pública aberta a todos que desejarem participar, tendo direito à voz. Os teóricos deliberativos observam como verdadeiramente democrática a possibilidade de todos os participantes se expressarem no processo decisório, por meio da formação de opiniões e das vontades.

As CLS são fóruns abertos a todos os interessados, com direito à voz e ao voto, e, dessa maneira, realizam a proposta da Reforma Sanitária no sentido de "transformar todos os beneficiários da política de saúde em voz e voto" (LABRA, 2009, P. 183). Entretanto, o sujeito coletivo A chama a atenção somente para o direito à voz. Esse fato pôde ser explicado com a utilização da técnica de observação participante, que observou a prática de tomada de decisões por meio de acordos, não sendo frequentes as votações.

Segundo o Regimento Interno Unificado das Comissões Locais de Saúde (CMSBH, 2014),

faz parte das atribuições dos Conselheiros Locais acompanhar e fiscalizar os serviços prestados pela UBS, além de propor melhorias. Damasceno, Brito e Monteiro (2010) destacam que, para o exercício do controle social, é imprescindível o conhecimento sobre a dinâmica dos serviços de saúde. Dessa forma, o sujeito coletivo do grupo B percebe a participação como instrumento para obter conhecimento e informação. Ou seja, a participação como modelo de empoderamento visando à conquista de saberes para intervir nas decisões que afetam a vida da comunidade (PEREZ *ET AL. APUD* BISPO JÚNIOR; MARTINS, 2014).

O sujeito coletivo C reconhece *"Eu tenho as minhas limitações... que eu não sei escrever muito bem [...]"*. Assim, constata-se o progresso no sentido de conceder a palavra àqueles com menor escolaridade e menos conhecimento técnico, promovendo a inclusão de grupos sociais tradicionalmente excluídos dos processos políticos (COELHO, 2011). Quanto à preocupação *"A gente é novo, não na idade, mas no que a gente tá fazendo"*, Pateman (1992) afirma ser a participação responsável por promover e desenvolver as qualidades que lhe são necessárias: quanto mais os indivíduos participam, mais bem capacitados eles se tornam para fazê-lo.

Esse sujeito coletivo valoriza a participação da gestão, representada por uma gerente disposta a *"conversar, explicar e ensinar"*, e, de acordo com esse sujeito *"isso faz muita diferença"*. Côrtes (2009) ressalta que os atores estatais são decisivos na definição das condições de funcionamento dos conselhos. Por se tratar de fóruns nos quais a relação entre os atores é marcadamente assimétrica, cabe aos gestores públicos divulgar as atividades dos fóruns e garantir a disponibilidade de recursos e informações para a realização dessas atividades (COELHO, 2011).

Ainda segundo o sujeito coletivo do grupo C, participar das reuniões seria uma maneira de manter-se informado. Nesse sentido, uma das atribuições da CLS é exatamente "manter-se informado sobre os projetos que dizem respeito ao setor saúde na área de abrangência da UBS" (CMSBH, 2014, P. 2), facilitando reivindicações que objetivem a melhoria do serviço, das condições de vida e saúde da comunidade. Giovanella *et al.* (2009) percebem a APS não só como estratégia capaz de organizar o sistema de saúde, mas também, capaz de responder às necessidades da população, o que exige o entendimento da saúde como direito social.

Nesse contexto, o sujeito coletivo do grupo D vê o SUS como uma conquista. Realmente, a promulgação da Constituição Federal de 1988 representou um marco na história da democracia brasileira, em particular, no que diz respeito aos direitos sociais e à cidadania. A Constituição Federal de 1988 reconheceu a saúde como direito fundamental do ser humano e vinculou sua obtenção às políticas sociais e econômicas, objetivando a redução do risco de agravos, bem como a garantia de acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, destinados não só à sua recuperação, mas também à sua proteção e promoção. Pode-se dizer que essas conquistas são fruto da 'luta' do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira.

Entretanto, esse mesmo sujeito coletivo fala da necessidade de *"lutar... mesmo que já seja um direito assegurado na constituição"*. Apesar da Constituição de 1988 ter estabelecido a base legal que confere a igualdade de direitos, é a desigualdade no usufruto desses mesmos direitos formalmente estabelecidos é que é percebida. Essa desigualdade mantem a existência de diferentes padrões de democracia no cotidiano. Para as classes média e rica, há o reconhecimento dos direitos, bem como a capacidade de vocalização e reivindicação em diferentes fóruns. Já para os mais pobres, verifica-se uma romaria exaustiva para conseguir usufruir, ainda que parcialmente, dos direitos anunciados como existentes. São tratados como pedintes, a quem se lhes outorga no máximo um favor (ESCOREL; AROUCA, 2016).

Ainda que seja importante considerar a melhoria da qualidade e da lisura com os gastos e com a gestão da saúde, o que se constata é que o atendimento universal e de qualidade prometido pela Constituição e esperado pela população exige um maior comparecimento do gasto público (COSTA, 2017). Os sucessivos cortes no financiamento do SUS, gerando um subfinanciamento crônico, têm impedido a consecução de seus objetivos e princípios constitucionais (COSTA, 2017). Como relatado, na vida real das pessoas, a saúde está entre as primeiras queixas da população: *"a comunidade é muito carente desse atendimento"*.

Infelizmente, o futuro também está ameaçado pela Emenda Constitucional (EC) 95, que estabelece teto para os gastos públicos. Estima-se que a aplicação dessa EC retira do SUS aproximadamente R$ 400 bilhões em 20 anos considerando o crescimento anual do Produto Interno Bruto (PIB) a 2,0% e a taxa de variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) em 4,5%.

E - DIFICULDADES NA PARTICIPAÇÃO

> DSC – *Eu acho também, que a idade vai chegando e a gente vai cansando e a gente também vai ter que sair, né. Mas enquanto não tiver outros pra pôr no lugar, porque os novos [...], não estão interessados. Se nós que estamos aqui sairmos, pode falar que vai acabar!*

Esse discurso revela a existência de um sentimento de desinteresse da população pelas práticas participativas (BISPO JÚNIOR; MARTINS, 2014). Dessa forma, constata-se a fragilidade da base social necessária ao funcionamento do modelo participativo, em função da inexistência de um mínimo de organização da população. Segundo Labra (2009, P. 177),

> ainda não se pode afirmar que os cidadãos se envolvem de forma importante e generalizada nas questões de interesse comum, são solidários confiantes e tolerantes e se engajam em organizações cívicas que incorporam e reforçam esses valores.

Nesse contexto, Serapioni (2013) destaca a avaliação dos 30 anos após Alma-Ata, que elenca como importante desafio o deficitário envolvimento das comunidades na área da saúde, principalmente, das comunidades mais pobres.

Com a expressão *"a idade vai chegando"*, o sujeito coletivo do grupo E chama a atenção para o perfil do segmento usuário: tem-se a prevalência do sexo feminino e faixa etária média de 60 anos.

Segmento dos trabalhadores

F - TRABALHAR NA UNIDADE E FAZER PARTE DA COMUNIDADE

> DSC – *Decidi ser conselheiro local de saúde devido à importância do conselho pra comunidade. Trabalho na unidade e faço parte dela* [comunidade], *sou ACE, Agente de Combate a Endemias. Daí meu interesse em tá participando da reunião e ser Conselheiro Local de Saúde.*

G - PARTICIPAR PARA AJUDAR O PRÓXIMO

> DSC – *Eu trabalho aqui de ACS* [Agente Comunitário de Saúde] *já tem 11 anos, né. Desde que eu entrei aqui, eu tenho mania de ajudar as pessoas. Então, na reunião [...] eu comecei a vir e continuei a vir, e acabei fazendo parte. De vez em quando, eu trago demanda... porque eles não estão satisfeitos com a situação, discuto, convido pessoas pra vir. Eu acho bom participar porque meu alvo é trabalhar de perto, não é só pra ganhar dinheiro, é pra ajudar meu próximo.*

H - INERENTE À PROFISSÃO

DSC – *Ahh!... eu acho que isso é inerente a profissão! Eu tô aqui na Unidade Básica de Saúde... uma Comissão Local, com participação da comunidade... eu quero participar! Eu tenho que participar! Eu entendo que é pelo contato com a população que é atendida aqui. Eu acho que isso é bem próprio da gente, enquanto assistente social. Comissão Local... é importante tá junto!... tá participando!... tá escutando!*

I - FAZER PARTE DO PROCESSO

DSC – *Decidi participar porque eu faço parte do sistema de saúde, da comunidade! Eu pertenço à comunidade como médica dela, eu faço parte da equipe de saúde, né. Então, não tem como eu me abster, eu faço parte do processo!*

J - ESPAÇO DE TOMADA DE DECISÕES

DSC – *Eu decidi participar porque a Comissão Local... ela toma decisões, né... em relação aos problemas que a gente detecta, tanto na comunidade, quanto dentro do centro de saúde, e direciona as soluções. E como eu sou enfermeira do PSF, tenho contato diário com a comunidade, aqui no centro de saúde e nas visitas domiciliares. Então, eu achei que era imprescindível a minha presença, a minha colaboração, aqui na comissão.*

Oliveira e Marcon (2006) destacam que o controle social na APS apresenta especificidades, pois deve ser exercido pelos profissionais que atuam diretamente no território e, portanto, que vivenciam a realidade local dos usuários. Mais que isso, os discursos do sujeito coletivo F e G revelaram a presença do ACE e do ACS, Conselheiros Locais de Saúde com duplo vínculo, ou seja, são ao mesmo tempo trabalhadores da saúde e moradores do território, fazendo parte da comunidade. Dessa maneira, comprova-se a inter-relação equipe/comunidade/família essencial para o desenvolvimento das atividades da APS (OLIVEIRA; MARCON, 2006).

Todavia, cabe ressaltar que, na CLS, esses conselheiros, representantes do segmento trabalhador, não se confundem com os representantes do segmento dos usuários, pois o Regimento Interno Unificado das Comissões Locais de Saúde (CMSBH, 2014) considera usuário o cidadão que não possua vínculo empregatício direto ou indireto com a rede SUS de Belo Horizonte.

Por meio da expressão *"De vez em quando, eu trago demanda... porque eles não estão satisfeitos com a situação, discuto, convido pessoas pra vir"*, o sujeito coletivo G demonstra quão estreitas são as diretrizes do trabalho em equipe e da participação social. Segundo Crevelim e Peduzzi (2005), essas diretrizes são ao mesmo tempo consequência e expressão das relações entre a população de referência, o serviço e a equipe. Entretanto, ao associar sua participação na CLS como uma ajuda ao próximo, o sujeito coletivo G entende o controle social como prática caritativa. Vale ressaltar que as diretrizes da ESF orientam a participação e o controle social como estratégias para alcançar os princípios do SUS (OLIVEIRA; MARCON, 2006). Entretanto, o que se verifica é o SUS entendido como ação de filantropia, contrariando a premissa da saúde como direito social e de cidadania.

O Ministério da Saúde (2012) considera atribuição comum a todos os profissionais da APS promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social. Dessa maneira, o sujeito coletivo dos grupos H, I e J revelaram a participação nas CLS dos profissionais assistente social, médico e enfermeiro. A concepção da APS no Brasil preconiza a adoção de um processo de trabalho apoiado em uma equipe multiprofissional, que trabalhe com a definição de território, adscrição de clientela, cadastramento e o acompanhamento da população residente na área de abrangência.

Nesse sentido, pesquisa realizada por Giovanella *et al.* (2009), no município de Belo Horizonte, revelou que 85% das famílias cadastradas buscam o mesmo serviço de saúde para a assistência ou prevenção, comprovando os princípios de responsabilização pela população adscrita e o vínculo existente entre os usuários, os trabalhadores de saúde e o serviço da APS.

Não é à toa que o sujeito coletivo do grupo H valoriza a participação por propiciar um contato com a população de referência. *"Comissão Local... é importante tá junto!... tá participando!... tá escutando!"*. Assim, a equipe de saúde deve atuar como mediadora no processo participativo, escutando a comunidade no momento em que ela manifesta suas vontades e opiniões, estimulando-a a tomar decisões objetivando o bem comum (DAMASCENO; BRITO; MONTEIRO, 2010).

Por sua vez, o sujeito coletivo do grupo K reconhece a importância da CLS, exatamente, como espaço de tomada de decisões. Ou seja, uma esfera pública democrática, na qual grupos organizados influem e decidem sobre ações governamentais necessárias ao bem-estar da coletividade. Desse modo, compete aos Conselheiros Locais discutir e buscar soluções para os principais problemas assistenciais e estruturais da comunidade (BISPO JÚNIOR; MARTINS, 2014), na esfera pública CLS. Já o sujeito coletivo do grupo I revela um sentimento de pertencimento à comunidade. *"Eu pertenço à comunidade como médica dela"*. Gurza Lavalle e Isunza Vera (2011) observam na participação o potencial de desenvolver o sentimento de pertencimento do cidadão à sua sociedade, não apenas fortalecendo a formação de identidades políticas, mas também legitimando as instituições políticas.

K - DIFICULDADES NA PARTICIPAÇÃO

DSC – *Não foi bem eu quem escolheu, acho que fui escolhida! Os representados escolheram os representantes na hora da reunião, não houve candidatura, não houve eu quero [...]. Assim, me torno conselheira por falta de opção... por falta de participação do trabalhador da unidade. E aí vou ficando! Infelizmente* [os trabalhadores] *são sempre os mesmos.*

O sujeito coletivo do grupo K relata uma situação de eleição de Conselheiros Locais de Saúde, representantes do segmento de trabalhadores da saúde. *"[...] na hora da reunião, não houve candidatura, não houve eu quero [...]"*. A técnica de observação participante possibilitou aferir que, no processo eleitoral, nas CLS acompanhadas, não são compostas chapas. Os nomes vão surgindo indicados pelos presentes, tanto para o segmento dos usuários quanto para o segmento dos trabalhadores. É importante ressaltar que a eleição é realizada somente para mesa diretora. Como explicado anteriormente, a CLS considera como conselheiro todos os presentes nas reuniões, trabalhadores da UBS e usuários pertencentes a área de abrangência da UBS. Nas CLS acompanhadas os trabalhadores das UBS não são obrigados a participarem das reuniões.

Diferentemente, Bispo Júnior e Martins (2014), ao estudarem os Conselhos Locais de Saúde no município de Vitória da Conquista, detectaram que os profissionais de saúde das UBS são obrigados a participar das reuniões. Os autores apuraram, também, que grande parte dos profissionais de saúde não se encontra motivada para exercer a participação, entendendo as atividades do Conselho Local como uma atribuição a mais, na sobrecarregada jornada de trabalho. Nesse sentido, o sujeito coletivo K lamenta: os representantes dos trabalhadores *"são sempre os mesmos"*.

Segmento de gestores

L - PARTICIPAR PARA MELHORAR A REALIDADE ONDE VOCÊ TRABALHA

DSC – *A decisão de ser conselheiro é a decisão de poder contribuir, de poder ajudar a melhorar a realidade [...], em conjunto com a comunidade.*

Melhorar o serviço, melhorar a prestação do serviço e a interação com a comunidade. Tentar a melhoria na vida de todas as pessoas que dependem [...] dessa unidade.

M - GOSTO EM PARTICIPAR

DSC – *Na qualidade de gestora, a gente sempre tem um assento na comissão. Esse é um dos motivos, e outro... é que eu gosto de participar, gosto de estar participando das decisões, gosto de estar conversando com as pessoas, de fazer uma gestão mais democrática. Eu acho que a participação na comissão é muito enriquecedora.*

O cenário de declínio da economia aliado ao massacre dos diretos sociais tem como consequência direta o acirramento das desigualdades sociais (ESCOREL; AROUCA, 2016). Dessa forma, em realidades onde as carências e a exclusão social são elementos que determinam a saúde e a qualidade de vida, promover saúde deve ser sinônimo de transformação social em busca de justiça e inclusão (CARVALHO; GASTALDO, 2008).

Nesse sentido, o sujeito coletivo L, representante do segmento de gestores, percebe a *"decisão de ser conselheiro como estratégia para melhorar a realidade"*, o que pode ser entendido como o enfrentamento das desigualdades sociais *"em conjunto com a comunidade"*. Não é à toa que a APS compreende a saúde de maneira indissociável do desenvolvimento econômico e social, propondo o enfrentamento dos determinantes sociais no processo saúde-doença.

Para tanto, a APS deve ser desenvolvida por meio de práticas gerenciais democráticas e participativas (BRASIL, 2012). O sujeito coletivo do grupo M concorda com essa ideia e destaca o gosto em participar através do exercício de *"uma gestão mais democrática"*. Coelho (2011) observa que a atuação da autoridade política é capaz de proporcionar um contexto favorável à mobilização, possibilitando a inclusão de um maior número de cidadãos, promovendo a disseminação de informações, e consequentemente, um debate público mais profícuo.

Conclusões

Ao buscar identificar e analisar os fatores que influenciam e condicionam a decisão de participar, verificou-se, nos discursos apresentados pelo segmento dos usuários a ideia de participação como meio de acesso da população ao funcionamento da UBS e da própria Comissão Local. O estudo identificou, também, as dificuldades de participação do segmento dos usuários, que podem ser associadas a fatores socioculturais históricos, como a falta de tradição participativa e de cultura cívica e a cultura política dominante. Ainda assim, mesmo que, de maneira incipiente, constata-se o envolvimento da comunidade, que a partir de um processo de empoderamento reivindica uma atenção à saúde de qualidade, além da efetivação do direito universal à saúde no cotidiano dos cidadãos, conforme afirmado na Constituição de 1988.

O segmento dos trabalhadores reconhece como dificuldade a pequena participação dos trabalhadores das UBS nesse fórum e justifica sua participação por meio de uma equipe multiprofissional, com base nos princípios norteadores da APS.

Já os gestores, por meio uma participação compulsória, demonstraram preocupação com a 'realidade' da comunidade. Nesse sentido, ao perceberem a importância desse fórum para os usuários, procuram valorizar e desenvolver na APS, práticas gerenciais democráticas e solidárias.

Colaboradores

AMC Oliveira trabalhou na concepção, coleta e análise de dados e redação do artigo; SG Dallari foi a orientadora, colaborando também para a revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada. ■

Referências

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. *Relatório de gestão 2007.* Belo Horizonte: SMSA, 2008. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/arquivos/relatorio_de_gestao_final_24-04-2008.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2015.

_____. *Relatório de gestão 2015.* Belo Horizonte, 2016. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=saude&lang=pt_BR&pg=5571&tax=15436>. Acesso em: 17 jan. 2017.

BISPO JÚNIOR, J. P.; MARTINS, P. C. Participação social na Estratégia de Saúde da Família: análise da percepção de conselheiros de saúde. *Saúde em Debate,* Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 440-451, jul./set. 2014.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica.* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

CARVALHO, S. R.; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 13, p. 2029-2040, 2008.

COELHO, V. S. P. Uma metodologia para a análise comparativa de processos participativos: pluralidade, deliberação, redes e politicas de saúde. In: PIRES, R. R. C. (Org.). *Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de Avaliação.* Brasília, DF: IPEA, 2011. p. 279-74.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE (CMSBH). *Regimento Interno Unificado das Comissões Locais de Saúde*. Belo Horizonte: CMSBH, 2014.

CÔRTES, S. M. V. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). *Participação, democracia e saúde.* Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 102-128.

COSTA, A. M. A saúde em tempos de golpe. *Saúde em Debate,* Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 5-8, jan./mar. 2017.

CREVELIM, M. A.; PEDUZZI, M. A participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários. *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 323-331, abr./jun. 2005.

DAMASCENO, S. S.; BRITO, G. K. K.; MONTEIRO, C. H. Fomentando o controle social em rodas de conversa com usuários de uma unidade de saúde da família. *Saúde em Debate,* Rio de Janeiro, v. 34, n. 84, p. 59-66, jan./mar. 2010.

ESCOREL, S.; AROUCA, L. E. Democracia e participação: para além das dicotomias. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. esp., p. 39-48, dez. 2016.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. *Atenção primária à saúde:* seletiva ou coordenadora dos cuidados? Rio de janeiro: Cebes, 2012.

GIOVANELLA, L. *et al*. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-794, maio/jun. 2009.

HABERMAS, J. *Consciência moral e agir comunicativo.* Rio de Janeiro: Tempo brasileiro, 1989.

LABRA, M. E. Política Nacional de Participação na Saúde: entre a utopia democrática do controle social e a práxis predatória do clientelismo empresarial. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). *Participação, democracia e saúde.* Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 176-2003.

LAVALLE, A. G.; VERA, E. I. A trama da crítica democrática: da participação à representação e a accontabillity. *Lua Nova,* São Paulo, v. 84, p. 353-364, 2011.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. *O discurso do sujeito coletivo:* um novo enfoque em pesquisa qualitativa:

desdobramentos. Caxias do Sul: Educs, 2003.

OLIVEIRA, A. M. C.; DALLARI, S. G. Participação social no contexto da Atenção Primária em Saúde: um estudo de caso das Comissões Locais de Saúde do SUS de Belo Horizonte, *Physis,* Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p.1059-1078, out./dez. 2015.

OLIVEIRA, R. G.; MARCON, S. S. Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. *Rev Esc Enferm USP,* São Paulo, v. 41, n. 1, p. 65-72, mar. 2007.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Declaração de Alma-Ata.* Washington, DC, 2008. Disponível em: <http://www.legislacion.bvsalud.org/php/level.php?lang=pt&component=37&item=6>. Acesso em: 17 jan. 2016.

PATEMAN, C. *Participação e teoria democrática.* Rio de janeiro: Terra e Paz, 1992.

SERAPIONI, M.; SILVA, M. G. C. Avaliação da qualidade do programa Saúde da Família em municípios do Ceará: uma abordagem multidimensional. *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4315-4326, nov. 2011.

YIN, R. K. *Estudo de caso:* planejamento e métodos. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

Recebido para publicação em dezembro de 2016
Versão final em julho de 2017
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Intervenção intersetorial para promoção da saúde em sistemas locais: um estudo de avaliabilidade

Intersectoral action for health promotion in local systems: a study of evaluability

Nília Maria de Brito Lima Prado[1], Maria Guadalupe Medina[2], Rosana Aquino[3]

RESUMO Trata-se de um estudo de um estudo de avaliabilidade da intervenção intersetorial Promovendo Saúde na Escola (Prose) para a promoção da saúde no âmbito da Estratégia Saúde da Família, desenvolvida em cinco municípios baianos. Seu objetivo foi o de verificar se a intervenção foi bem concebida, elaborar um modelo lógico de intervenção contendo dimensões e critérios para a fase de avaliação e identificar áreas críticas a serem aprimoradas. Os dados derivaram de análise documental e entrevistas com informantes-chave, sendo o modelo lógico submetido à avaliação por técnica de consenso. Os resultados revelaram a necessidade de aprimorar as ações de educação formal e gestão de ações intersetoriais. A intervenção mostrou-se passível de avaliação.

PALAVRAS-CHAVE Promoção da saúde. Saúde escolar. Avaliação em saúde. Colaboração intersetorial.

ABSTRACT *This is an evaluability (evaluability assessment) study of Promovendo Saúde na Escola (Prose) intervention intersectoral action to promote health in the context of the Family Health Strategy, developed in five municipalities in the State of Bahia. The study aimed both to verify whether the intervention was well designed and to develop a logical intervention model containing dimensions and criteria as for the evaluation step, as well as for the identification of critical areas in need for improvement. Data were gathered by means of document analysis and interviews with key informants, being the logic model validated by consensus technique. Results revealed the need to improve actions of formal education and intersectoral management. We concluded for the evaluation availability.*

KEYWORDS *Health promotion. School health. Health evaluation. Intersectoral collaboration.*

[1] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto Multidisciplinar em Saúde (IMS) –Vitória da Conquista (BA), Brasil.
nilia.prado@ufba.br

[2] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Salvador (BA), Brasil.
medina@ufba.br

[3] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Salvador (BA), Brasil.
aquino@ufba.br

DOI: 10.1590/0103-11042017S316

Introdução

A perspectiva de atuação intersetorial tem sido um pressuposto nos discursos oficiais sobre a promoção de saúde e dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e uma estratégia importante para a efetivação de políticas públicas e reorganização do modelo de atenção em sistemas universais de saúde de diversos países (BRASIL, 2007B; KELEHER, 2007). Uma das iniciativas mais consolidadas no mundo tem sido a articulação dos setores saúde e educação, a exemplo da Iniciativa Global de Saúde nas Escolas, da Iniciativa Regional das Escolas Promotoras de Saúde (Ireps) e da experiência da estratégia de Escolas Promotoras de Saúde (EPS) difundida na América Latina (CASEMIRO; FONSECA; SECCO, 2014).

No Brasil, os programas de saúde escolar têm larga tradição, muito embora, na maioria das vezes, com perspectivas restritas a práticas higienistas, assistencialistas e verticalizadas (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010), com predomínio de ações curativas por meio de triagem e avaliação clínica e nutricional (MORETTI, 2010; OLIVEIRA *ET AL.*, 2013; TAGLIETA *ET AL.*, 2011), i.e., desnutrição e carências nutricionais por hipovitaminose A e anemia ferropriva, saúde bucal, auditiva e oftalmológica, tratamento de doenças parasitárias, transmissíveis e respiratórias, tratamento para a dependência de álcool, drogas e tabaco; ações preventivas intermitentes orientadas para práticas educacionais (PAULETO; PEREIRA; CYRINO, 2004; TAGLIETA *ET AL.*, 011; TODENTI *ET AL.*, 2012) relacionadas à higiene bucal, obesidade infantil, educação sexual; ou ações planejadas com base em campanhas sazonais (CAVALCANTI; LUCENA ; LUCENA, 2014).

No âmbito dos sistemas de saúde em decorrência do processo de redemocratização da saúde e da reorientação dos modelos de atenção à saúde, a Atenção Primária à Saúde (APS) passou a ser o lócus preferencial das ações de promoção da saúde, incluindo a discussão acerca da necessidade do estabelecimento de propostas intersetoriais com outros setores e equipamentos sociais do território de abrangência, a fim de viabilizar soluções mais efetivas para os problemas de saúde vivenciados pela população adscrita (MEDINA; HARTZ, 2009).

Mais recentemente, o Programa Saúde na Escola (PSE) propôs o fortalecimento da integração e articulação sustentável entre as políticas de educação básica e de saúde, a partir da atuação nos territórios, privilegiando as necessidades das comunidades locais e demarcando uma nova abordagem para o desenvolvimento de ações e atuação dos profissionais de educação e saúde no espaço escolar. Uma das diretrizes da política de atenção à saúde do escolar no Brasil critica o desenvolvimento de ações pontuais e isoladas e sugere a perspectiva de articulação entre a saúde e a educação que, de maneira crítica, reflexiva e de forma transversal e interdisciplinar, considerem a integralidade dos escolares e as especificidades do território de atuação (BRASIL, 2007A).

Contudo, apesar de o PSE, na condição de estratégia política, trazer em seu bojo um conjunto de princípios e diretrizes que orientam para as práticas pautadas pela integralidade, intersetorialidade, participação social e corresponsabilidade, a articulação com a APS no âmbito local não está consolidada. Nesse sentido, a intervenção intersetorial Promovendo Saúde na Escola (Prose), objeto deste estudo, foi elaborada por meio de um projeto desenvolvido por pesquisadores do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e financiado pelo Fundo Nacional de Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde com o apoio técnico das Secretarias Estaduais de Saúde e Educação do Estado da Bahia. Seus pressupostos foram a necessidade de desenvolver ferramentas e mecanismos que fortalecessem a execução do PSE articulado com a Estratégia Saúde da Família (ESF) nos municípios, que constituem os cenários prioritários para a implementação de políticas, cujas ações fomentem o redirecionamento do modelo de atenção à saúde.

Este artigo apresenta os resultados do estudo de avaliabilidade da intervenção intersetorial Prose, que teve como objetivos elaborar o modelo lógico da intervenção; identificar

a percepção dos atores sociais quanto a seus objetivos e implantação e identificar áreas críticas a serem melhoradas. Assim, constituíram-se como questões norteadoras deste estudo a adequada definição dos objetivos da intervenção Prose, a percepção dos agentes envolvidos sobre os objetivos, ações e atribuições da intervenção, verificar se a intervenção estava, na ocasião, apta a ser avaliada e se existiam pontos críticos da intervenção a ser melhorados.

Métodos

Trata-se de estudo de avaliabilidade da intervenção Prose, realizado no período de outubro a novembro de 2013. Os estudos de avaliabilidade (*evaluability assessment*) consistem no exame sistemático e preliminar de um programa, em sua teoria e em sua prática, a fim de determinar se há justificativa para uma avaliação extensa ou para melhor delimitar os objetivos do programa, bem como identificar áreas críticas a serem priorizadas na avaliação (ROSSI *ET AL.,* 2016; WHOLEY *ET AL.,* 2004). Salienta-se que para que uma intervenção possa ser considerada avaliável, deve ser operada conforme seus pressupostos, possuir estabilidade em longo prazo e antecipar o alcance de resultados parciais, considerados positivos.

Caracterização da intervenção

A intervenção Prose teve como principal público alvo os estudantes do ensino médio entre 15 e 18 anos, matriculados em escolas públicas da rede estadual de ensino pertencentes a territórios cobertos pela ESF em cinco municípios baianos de médio porte, selecionados por randomização com base em características sócio demográficas que atendiam aos seguintes critérios: população total entre 20.000 e 60.000 habitantes; cobertura da ESF superior a 90%; PSE implantado em pelo menos duas escolas; e a presença de educador físico e nutricionista do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf).

Ademais, a intervenção objetivou promover práticas de alimentação saudável e atividades físicas dentro e fora da escola; e favorecer o protagonismo dos escolares, o desenvolvimento e gestão de ações intersetoriais por meio de estratégias direcionadas à dinamização e articulação da execução do PSE no território. Com vistas a fomentar a articulação de ações intersetoriais, o Prose contemplou múltiplos componentes, traduzidos por ações em diversos espaços do território de atuação das equipes de saúde e da escola: comunidade e equipamentos sociais, família e redes de apoio social e indivíduos.

Cabe salientar que a etapa inicial da intervenção contou com uma fase preparatória, na qual foram realizadas oficinas com o objetivo de capacitar os professores das escolas participantes por profissionais de saúde que atuavam na ESF e por nutricionistas e educadores físicos do Nasf para a execução de ações articuladas e para constituir novos espaços de diálogo entre os setores da saúde e da educação, direcionando-os para um processo contínuo de planejamento e monitoramento de ações intersetoriais. O fato de tomar como ponto de partida, o processo pedagógico evidenciava o intuito de reforçar habilidades e competências e, consequentemente, de formar agentes multiplicadores com potencial para compartilhar um problema, como também, ampliar a autonomia local para identificar e planejar ações locais.

Produção de dados

Inicialmente, realizou-se a análise de todos os documentos produzidos pelo grupo de pesquisa responsável pela elaboração e planejamento da intervenção Prose nos municípios, quais sejam: projeto, relatórios, atas de reunião, áudios e vídeos de aulas e oficinas preparatórias da intervenção. A partir dessa análise, elaborou-se um modelo lógico preliminar da intervenção. Neste, constavam os objetivos, componentes, ações e resultados esperados no longo prazo.

Para aprimorar o modelo lógico, posteriormente, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, orientadas por roteiros diferenciados

por categoria dos 68 informantes-chave, quais sejam: 8 técnicos do projeto, 41 professores, 9 profissionais de saúde, 10 estudantes monitores. As entrevistas foram realizadas pelo pesquisador principal, precedidas da observação dirigida por meio de visitas *in loco* aos cinco municípios. Obteve-se o consentimento informado por escrito, sendo assegurados aos respondentes o sigilo e a confidencialidade das informações.

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. Em seguida, procedeu-se à análise e classificação dos extratos que continham as ideias centrais fornecidas pelos informantes. O material foi organizado de modo a permitir a identificação de convergências e divergências nos discursos dos entrevistados, sendo realizada a triangulação das fontes de evidência mediante a leitura dos documentos e entrevistas transcritas. Posteriormente, realizou-se uma primeira categorização em unidades de análise com base nos objetivos, ações e componentes da intervenção no processo de implantação, e, por fim, procedeu-se à síntese dos resultados.

O modelo lógico revisado foi submetido à apreciação de pesquisadores integrantes do projeto na qualidade de especialistas na área estudada, aplicando-se a técnica de consenso por Conferência de Consenso, uma técnica mista, adaptação da técnica de grupo nominal e do método Delfos (SOUZA; VIEIRA-DA-SILVA; HARTZ, 2005). A técnica contemplou quatro fases: (1) preenchimento individual de uma matriz; (2) validação individual do modelo lógico; (3) discussão aberta entre os participantes e (4) uma nova resposta individual às questões postas na matriz.

1. Preenchimento individual de uma matriz: inicialmente, enviou-se aos participantes, por meio de correio eletrônico, uma matriz com a descrição dos objetivos, componentes, ações, resultados esperados e público alvo da intervenção. O respondente foi solicitado a pontuar de 0 a 10 cada item da matriz, traduzindo sua discordância ou concordância em relação ao enunciado. Havia espaço para comentários e sugestões. Após a consolidação das respostas individuais dos participantes, o pesquisador principal reenviou a matriz revisada aos participantes.

2. Validação individual do modelo lógico: a matriz revisada, incluindo indicadores, critérios e padrões de avaliação, foi reenviada aos participantes, por correio eletrônico, assim como o modelo lógico, já em forma de representação esquemática, para uma nova apreciação individual. Nessa fase, solicitou-se que cada participante atribuísse uma nota que variava de zero a dez a cada um dos indicadores, critérios e padrões da matriz revisada.

A partir das respostas, calculou-se a média aritmética e o desvio-padrão para cada critério, indicador e padrão. O desvio-padrão serviu para estimar o grau de consenso. Para inclusão na matriz de julgamento, adotou-se o seguinte procedimento: (1) todo indicador e padrão com média superior a sete foi considerado importante. Abaixo disso, seria considerado pouco importante, não devendo compor a matriz; (2) todo indicador e padrão com desvio padrão inferior a três foi considerado consensual; e (3) o indicador e padrão com média igual ou superior a sete e desvio padrão igual ou superior a três, mesmo quando importantes, não compuseram a matriz, pois não foram consensuais.

3. Discussão aberta entre os participantes: na terceira fase, ocorreu a discussão aberta do modelo lógico com a presença de todos os participantes e procedeu-se à definição de pesos. Na matriz final, a soma de todos os pontos atribuídos totalizou 100 pontos. Esses pontos foram distribuídos entre os critérios, indicadores e padrões selecionados de acordo com sua importância relativa. O componente 'ensino formal' foi o mais valorizado, sendo atribuídos 60 pontos. O componente 'educação e comunicação' foi o segundo mais valorizado, com 30 pontos; e o componente 'gestão de ações intersetoriais' obteve 10 pontos. Nessa fase, também foram discutidas as

gradações relativas a cada critério, indicador e padrão, de modo a atribuir o grau de implantação das ações segundo os graus implantação incipiente, implantação intermediária e implantação avançada.

4. Solicitação de nova resposta individual às questões postas na matriz: na quarta fase da Técnica de Consenso, a matriz de julgamento contendo os pesos atribuídos foi submetida a nova apreciação pelos pesquisadores por meio de correio eletrônico. Após a quarta etapa, atingiu-se a formulação do modelo lógico definitivo da intervenção e da matriz de julgamento com critérios ponderados, indicadores e padrões validados.

Tabela 1. Matriz de critérios e indicadores para a avaliação

Dimensões	Critérios	Padrão	Indicador	Pontuação			Peso	Pontuação máxima
				Incipiente (INC) (≤ 29 pontos)	Intermediário (INT) (entre 30 e 69 pts)	Avançado (AVA) (≥70 pontos)		
	Componente: Ensino Formal							
Atividades em classe	Realização de sessões temáticas sobre alimentação saudável em atividades curriculares obrigatórias.	8 sessões temáticas com duração de 50 minutos a cada 15 dias.	nº de sessões temáticas conduzidas ou assistidas em relação ao n.º total de sessões temáticas propostas.	< 5	5 a 9	10	1,4	14,0
		Inclusão de um plano de aula para cada sessão temática.	nº de planos de aulas incluídos em relação ao n.º total de planos de aulas.	< 5	5 a 9	10	0,6	6,0
Alimentação saudável	Inclusão do consumo de alimentos saudáveis no ambiente escolar.	Consumo de merenda escolar contendo alimentos saudáveis semanal.	Consumo de alimentos saudáveis na escola três vezes por semana.	0	1 a 9	10	0,5	5,0
	Inclusão do consumo de alimentos saudáveis no domicilio.	Consumo de alimentos saudáveis domicílio três vezes por semana.	Inclusão do consumo de alimentos saudáveis em domicílio dos escolares por semana.	0	1 a 2	3 a 5	1,0	5,0
Atividade Física	Atividade física curricular no turno das atividades curriculares obrigatórias.	≥ 80 minutos semanais.	Duração da atividade física curricular por semana.	0	1 a 2	3 a 5	1,0	5,0
		≥ 5h por semana.	Frequência das atividades curriculares de educação física por semana.	0	1 a 2	3 a 5	1,0	5,0
	Implantação de programa esportivo curricular no turno oposto das aulas.	2 horas semanais no turno oposto às aulas obrigatórias.	Carga horária de atividade física no turno oposto as aulas por semana.	0	1 a 2	3 a 5	1,0	5,0
	Sessão temática sobre atividade física em atividades curriculares obrigatórias.	1 sessão temática com duração de 50 min a cada 15 dias.	Sessão temática porposta pelo projeto Prose conduzida ou assistida.	0	1	1 a 2	2,5	5,0
		Inclusão de plano de aula para a sessão temática sobre atividade física.	Inclusão de plano de aula da sessão temática sobre atividade física.	0	1	1 a 2	2,5	5,0

Tabela 1. (cont.)

	Prática de atividade física fora do ambiente escolar.	Relato de prática de atividade física fora do ambiente escolar.	Frequência da atividade física fora do ambiente escolar por semana.	0	1 a 2	3 a 5	1,0	5,0
Pontuação do Componente: Ensino Formal								**60,0**
	Componente: Educação e Comunicação							
Acesso a informação	Acesso à página eletrônica em rede social para obtenção de informações sobre os temas da intervenção.	Quatro acessos mensais ao site do Prose na Internet.	nº de acessos ao site do Prose por mês.	0	1	2	1,5	3,0
	Acesso as ações e informações do Projeto Prose por meio de *e-mail* pessoal.	Quatro acessos mensais ao *e-mail* pessoal.	nº de acessos e respostas enviadas pelo *email* pessoal ao *e-mail* do Prose por mês.	0	1	2	1,5	3,0
	Participação nos Fóruns de discussões no site do Prose.	1 acesso semanal ao Fórum de Discussões do site do Prose.	nº de participações no fórum de discussões do site do Prose por mês.	0	1	2	1,0	2,0
	Acesso as informações na página do Facebook do Prose.	1 acesso semanal a página do Prose em uma rede social.	nº de acessos a página do Prose em uma rede social por mês.	0	1	2	1,0	2,0
Atividades comunitárias	Realização de oficinas.	Realização de 3 oficinas com merendeiras e pais dos escolares.	nº de oficinas realizadas.	0	1 a 2	3 a 5	1,0	5,0
	Participação nas oficinas do Projeto Prose/ Intervenção.	Participação em todas as oficinas preparatórias do Projeto Prose.	nº de participantes por oficina/nº convidados.	0	5	10	0,2	2,0
	Realização de oficinas com familiares dos estudantes.	3 oficinas, com carga horária de 2 horas cada.	n.º de oficinas com familiares dos estudantes.	0	1 a 2	3 a 5	0,5	2,5
	Realização de oficinas com merendeiras.	3 oficinas, com carga horária de 2 horas cada.	n.º de oficinas realizadas com as merendeiras.	0	1 a 2	3 a 5	0,5	2,5
	Realização de oficinas com vendedores do entorno da escola.	3 oficinas, com carga horária de 2 horas cada.	nº de oficinas com vendedores do entorno da escola.	0	5	10	0,5	5,0
	Realização de entrevistas em rádio comunitária.	2 entrevistas realizadas.	nº de entrevistas em rádio comunitária.	0	1	2	1,5	3,0
Pontuação do Componente: Educação e Comunicação								**30,0**
	Componente: Gestão de ações intersetoriais							
Ações intersetoriais	Existência de Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI) PSE.	1 reunião por mês do GTI PSE local.	nº de reuniões do GTI PSE.	0	1	2	2,5	5,0
	Realização de ações intersetoriais entre PSE e ESF.	Realização de pelo menos duas ações intersetoriais entre PSE e ESF.	nº de ações intersetoriais realizadas.	0	1	2	2,5	5,0
Pontuação do Componente: Educação e Comunicação								**10,0**
Pontuação total								**100,0**

Fonte: Elaboração própria.

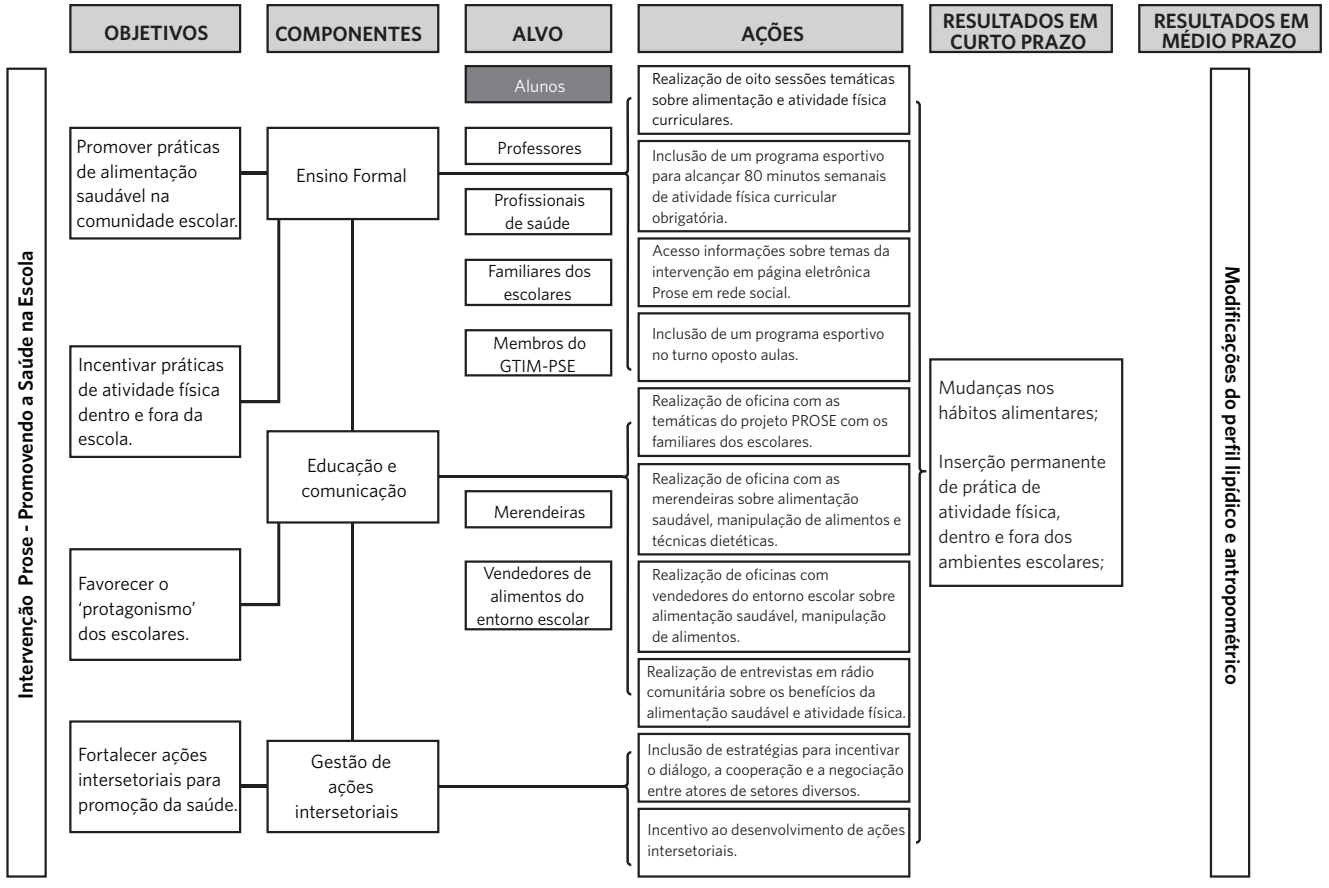
O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (CCAE 09709112.3.0000.5030) pelo parecer 182.685, de 4 de janeiro de 2013. Em conformidade com a Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, assegurou-se o anonimato dos participantes, sigilo e confidencialidade das informações coletadas.

Resultados e discussão

Modelo lógico da intervenção Prose

Após a validação do modelo lógico definitivo *(tabela 1),* a intervenção Prose pôde ser descrita por meio de modelo lógico. Nele constam os objetivos da intervenção, quais sejam, as de promover a alimentação saudável na escola; incentivar a Atividade Física (AF) dentro e fora do âmbito escolar; e favorecer o protagonismo dos escolares e o desenvolvimento de ações intersetoriais para promoção da saúde. Para cumprir tais objetivos, foram desenhados três componentes: O componente ensino formal, mais voltado para a formação dos alunos, articulado com os próprios objetivos pedagógicos das escolas participantes nos municípios. O componente 'educação e comunicação', que estava direcionado à difusão conhecimentos por meio do desenvolvimento de estratégias, dentro e fora do contexto escolar. E o componente 'gestão de ações intersetoriais', criado como sustentação para a implantação dos demais.

Figura 1. Modelo lógico definitivo da intervenção Prose



Fonte: Elaboração própria.

O componente ensino formal constou de oito sessões temáticas para promoção da saúde na escola; alimentação saudável; atividade física e saúde; gorduras, sal e açúcar; avaliação nutricional; uso de suplementos; rotulagem de alimentos; alimentos funcionais. As sessões foram inseridas em atividades curriculares obrigatórias nas escolas por meio de um programa disponibilizado pelos pesquisadores que contemplava materiais didáticos impressos, vídeos didáticos, manual com a descrição dos planos de aula e orientações para a implantação das sessões temáticas, que poderiam ser ministradas por professores e profissionais de saúde. Esse componente objetivou, também, inserir na disciplina de educação física um programa para ampliar para 80 minutos semanais a carga horária dedicada à realização de atividades físicas curriculares obrigatórias, especialmente por meio de práticas desportivas.

O componente 'educação e comunicação' contemplou a difusão de informações em sites eletrônicos, redes sociais, entrevistas em rádio comunitária ou jornais veiculados por transmissão televisiva sobre os benefícios para a saúde derivados da inclusão da alimentação saudável e da prática regular de atividades físicas, assim como, incentivou a realização de atividades que promovessem o protagonismo dos adolescentes para fomentar a mudança dos hábitos cotidianos. Com o propósito de alcançar a comunidade externa, inclusive as famílias dos adolescentes, realizaram-se oficinas com familiares dos estudantes, merendeiras e vendedores ambulantes de alimentos no entorno das escolas sobre alimentação saudável, boas práticas de manipulação de alimentos e técnicas dietéticas.

O componente 'gestão de ações intersetoriais' constituiu estratégias para incentivar o incremento de habilidades e valores que favorecessem o diálogo, a cooperação e negociação e a construção de viabilidade para implantar ações articuladas. Dentre os métodos adotados, destacam-se a construção de plano de ação local e a constituição e formalização de Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI), composto por técnicos e gestores da saúde, da educação e da sociedade civil, com o intuito de planejar, desenvolver, acompanhar e avaliar as atividades direcionadas à promoção da saúde no contexto escolar.

Em síntese, almejou-se como resultados de curto prazo a mudança de hábitos alimentares e a inserção contínua da prática de atividade física na escola no turno de aula e no turno oposto, bem como fora da escola, e o incentivo a hábitos alimentares saudáveis na merenda escolar e em domicílio. No longo prazo, o objetivo é a diminuição do perfil lipídico, calculado pelas concentrações séricas de colesterol LDL e pelas medidas antropométricas dos escolares, aproximando-as dos escores considerados ideais.

Identificação de clareza entre os atores sociais quanto aos objetivos e atribuições para implantação da intervenção Prose

O estudo de avaliabilidade aqui relatado objetivou, do mesmo modo, identificar se a intervenção estava, de fato, sendo implantada nos diversos locais. Nesse sentido, foi possível confirmar que os objetivos da intervenção estavam claramente definidos nos documentos do projeto Prose. Observou-se que os objetivos descritos no projeto de intervenção, coincidiram com as formulações dos diferentes atores, quais sejam, pesquisadores do projeto, professores, profissionais de saúde e estudantes monitores. O único objetivo que divergiu desse consenso foi aquele relacionado ao protagonismo dos escolares.

A ausência de clareza quanto ao protagonismo revelou-se uma das áreas críticas da intervenção. Esse fato pode ter ocorrido por motivos relacionados ao desenho da intervenção e à incipiente qualificação técnica prévia dos atores envolvidos.

Do ponto de vista dos atores, percebeu-se

um descompasso. Os alunos monitores não se viram como protagonistas na atribuição de multiplicadores das ações da intervenção. Justificaram a ausência de orientações necessárias para o exercício do protagonismo que pudessem subsidiar a articulação com os demais escolares e viabilizar a multiplicação das informações apreendidas e necessárias para o desenvolvimento e extrapolação das ações intersetoriais a outros domínios do território, inclusive ao contexto familiar.

> *[...] Fui escolhido pelo diretor, dirigente e administrador da instituição escolar, para participar do projeto. Depois lembro que teve uma aula do projeto Prose, com os pesquisadores, que explicou o projeto e falava como melhorar a merenda e esportes, educação física. Vários colegas meus participaram. Depois falaram que nós iríamos ajudar nessas aulas e a fazer algumas atividades com os professores na escola e nas ruas do bairro. Mas, não entendi bem como seria... nunca fizemos isso, não é? É diferente de ser líder de classe.* (E22-aluno).

Os professores questionaram que, apesar de essa atribuição ter sido discutida com os pesquisadores e escolares nas oficinas de capacitação da fase preparatória, a operacionalização da função não foi bem definida. Dessa forma, não se sentiram aptos a assumir a responsabilidade de agregar estratégias que viabilizassem o protagonismo dos escolares. Os profissionais de saúde ressaltaram, da mesma forma, que não possuíam competência técnica necessária para estimular o protagonismo dos escolares para o desenvolvimento de ações direcionadas à promoção da saúde.

> *[...] foram escolhidos pelos pesquisadores do Prose e pelo diretor, alguns alunos para assumir uma função de monitor e nos auxiliar a desenvolver as atividades para promover alimentação saudável e atividade física na escola e no bairro. Eram os alunos que já tinham a função de líder da sala. Mas, na prática, não sabíamos como eles deveriam agir ou se envolver. Confesso que não estamos acostumados a envolver os alunos no planejamento das atividades, eles só costumam participar das aulas, não é? No máximo, desenvolvem feiras de saúde; mas nós planejamos e orientamos tudo [...].* (E10-professor).

> *Não ficaram claras, na prática, as atribuições de alunos com a função de multiplicador. Lembro que chegamos a discutir na oficina com os alunos, mas não discutimos com os pesquisadores e com professores como desenvolver esta ação. Não cabe a nós formar uma nova competência destes alunos, não é? Nós dominamos apenas o conteúdo da saúde; são os professores que se envolvem com a formação de competências, e acho que esta faz parte do processo educacional.* (E28-profissional de saúde).

No que concerne ao desenho da intervenção, do mesmo modo, os pesquisadores expuseram que, apesar dessa atribuição ter sido descrita nos documentos relacionados ao projeto de intervenção, não foram disponibilizados procedimentos operacionais e não houve a discussão de um plano de ação específico com os demais atores envolvidos. Ou seja, os próprios pesquisadores 'dão pistas' de que esse objetivo apresentou fragilidades quanto à constituição de elementos operacionais.

> *[...] estava previsto pelo projeto de intervenção que alguns alunos com o perfil de liderança fossem selecionados como alunos monitores. Eles teriam a função de multiplicar algumas informações e incentivar os demais alunos a desenvolver atividades de promoção da saúde, dentro e fora da escola. Mas não sei se essa função ficou tão clara nos documentos disponibilizados para os atores envolvidos e nas oficinas preparatórias...* (E11-pesquisador do projeto).

Em relação ao aludido, alguns estudos têm enfatizado a necessidade de reforço de habilidades e competências que subsidiem a identificação e diagnóstico dos reais

problemas passíveis de uma intervenção, assim como o planejamento e o desenvolvimento de ações para promoção da saúde no contexto escolar como instrumento para o fomento ao protagonismo juvenil e ampliação da capacidade de equanimidade dos setores envolvidos nas decisões de cunho intersetorial (SILVA, 2010).

Monitoramento da implantação da intervenção Prose

Outro objetivo do estudo foi o de verificar se a intervenção Prose estava, de fato, sendo implantada nas escolas. Alguns agentes entrevistados, i.e., diretores das escolas, professores, alunos e profissionais de saúde confirmaram que a intervenção Prose estava sendo desenvolvida em todas as escolas dos cinco municípios. Os entrevistados relataram o desenvolvimento do componente ensino formal, especialmente as ações relacionadas às videoaulas temáticas, à alimentação escolar e à prática de atividades físicas curriculares obrigatórias.

> *O Prose foi um o projeto que buscou articular os setores saúde e educação por meio do reforço e incentivo ao desenvolvimento de atividades nas escolas e no território. Permitiu-nos refletir sobre como as ações devem ser planejadas e executadas com os profissionais da Atenção Básica. Conseguimos, ainda no primeiro ano, planejar e dividir as aulas entre os professores e profissionais de saúde. Quase todas já foram dadas.* (E15-diretor de escola).

Quanto às aulas, os profissionais de saúde expuseram que as temáticas propostas pela intervenção foram incluídas no cronograma dos componentes curriculares obrigatórios e conduzidas por alguns professores e profissionais de saúde do Nasf. Os escolares confirmaram a exposição e discussão dos conteúdos das videoaulas e a utilização dos materiais didáticos de apoio disponibilizados pelos pesquisadores do Prose.

> *Eu assisti a cinco aulas; a mais interessante foi a que falava sobre alimentação saudável, pois, depois do vídeo, discutimos e construímos algumas pirâmides alimentares e tivemos a ideia de expor todas em uma feira de ciências!* (E25-aluno).

Contudo, no decorrer das práticas educativas, os profissionais de saúde e os professores revelaram dissonâncias quanto à linguagem científica das videoaulas, especialmente no que se refere às distintas matrizes disciplinares e discursivas entre os setores. Para os professores, as temáticas abordadas versavam sobre assuntos mais condizentes com a área da saúde, e que, de certa forma, favoreciam as abordagens dos profissionais da saúde. Por outro lado, os profissionais de saúde alegaram que, apesar de maior domínio quanto às questões propostas pelo Prose, não possuíam competência técnica para o desenvolvimento das aulas, pois requeriam o subsídio de metodologias pedagógicas. Essas contradições, segundo os diretores das escolas, podem ter conduzido a posicionamentos polarizados e à condução isolada das aulas, ora pelos professores ora pelos profissionais de saúde, constituindo-se em entrave para a implantação da intervenção conforme concebida.

> *Então, o projeto Prose, ao propor que nós, educadores, trabalhássemos o conceito e a prática de promoção da saúde, e como está relacionado com a qualidade de vida, com atividade física e alimentação, não previu a nossa dificuldade em ministrar essas aulas e em discutir esses assuntos dentro das aulas curriculares obrigatórias. Acho que essas aulas deveriam ser conduzidas pelos profissionais de saúde ou que nós tivéssemos mais capacitação nesses assuntos, sobre as ações de saúde, para que pudéssemos despertar mais o interesse dos alunos.* (E2-professsor).

> *A intervenção, apesar de complexa, tem permitido repensarmos a necessidade de inclusão de práticas pedagógicas nos ambientes escolares, mais voltadas para discussões sobre a saúde.*

Não apenas em palestras e aulas, mas de uma forma que envolva, além dos alunos, os pais e familiares. Para os professores, é mais fácil, pois, como eles dominam as metodologias de ensino, então podem repensar como trabalhar essas questões de forma mais envolvente para fixar a atenção e também despertar o interesse contínuo dos alunos. (E3-profissional de saúde).

Tais posicionamentos alertam para a necessidade de se estabelecer, em paralelo à adesão a políticas intersetoriais, a qualificação dos agentes, de modo a assegurar a capacidade operacional na provisão e regulação de ações articuladas com vistas à promoção da saúde no contexto escolar, no âmbito local. Tendo em vista que, o dilema passa a ser operar uma política necessariamente intersetorial explicitada num ambiente com atores que priorizam agendas setoriais previamente definidas. Nesse sentido, a formação dos profissionais de saúde deve contemplar o desenvolvimento de competências e habilidades voltadas para o diálogo e à negociação com os demais atores setoriais e extras setoriais, bem como para a atuação didático-pedagógica no desenvolvimento de ações de educação e promoção da saúde.

Do mesmo modo, a Política Nacional de Educação Permanente no Sistema Único de Saúde (SUS) destaca a necessidade de qualificação dos profissionais na etapa inicial de implantação de uma política intersetorial por meio de capacitações gradativas para viabilizar a adaptação a mudanças e a superação de práticas setorizadas e fragmentadas (KOPTCKE; CAIXETA; ROCHA, 2015; SILVA; TAVARES, 2016). Portanto, a qualificação dos atores de distintos setores tem sido considerada uma estratégia imprescindível à viabilização da interdisciplinaridade e da integralidade da atenção e, consequentemente, da construção de decisões articuladas de modo intra e intersetorial, direcionadas ao enfrentamento dos problemas e situações identificadas nos territórios de atuação dos profissionais.

Em relação ao objetivo de ampliar da carga horária e diversificar as atividades físicas obrigatórias, os escolares e diretores revelaram que os professores de educação física demonstraram empenho, relatando a utilização de materiais didáticos alternativos, tais como cones, cordas, dentre outros, e práticas esportivas como futebol de salão, voleibol, basquete, handebol. Por outro lado, apesar da inclusão das estratégias mencionadas, alguns professores referiram certa dificuldade em implantar novas atividades devido às condições estruturais inadequadas das quadras poliesportivas em determinadas escolas.

No que se refere à ampliação da carga horária no turno oposto e fora do ambiente escolar, os professores indicaram que a participação dos educadores físicos do Nasf, no planejamento e realização das atividades direcionadas aos escolares, i.e., práticas esportivas com participação em torneios esportivos municipais e regionais, e a outros agentes do território – comunidade local e familiares dos escolares – permitiram a ampliação e concretização das ações previstas pela intervenção Prose.

No que diz respeito à alimentação escolar, observou-se convergência e consenso entre os agentes, especialmente quanto à alteração dos cardápios e inclusão de alimentos mais saudáveis, como frutas e verduras na alimentação escolar. Os diretores das escolas ressaltaram que o envolvimento das nutricionistas do Nasf em reuniões mensais para planejamento de compras, definição dos cardápios e orientação das merendeiras viabilizou o preparo de alimentação escolar mais saudável. Os professores e os alunos referiram que introduziram a discussão sobre a temática em feiras de ciências.

[...] o Prose, para mim, é o elo entre a saúde e a Educação. Estávamos precisando desse estímulo para que a coisa acontecesse. As atividades físicas estão sendo desenvolvidas pelos professores e também pela saúde (profissionais do Nasf). E tem envolvido a comunidade externa, do território da escola. (Entrevistado 17-profissional de

saúde do Nasf).

> *O projeto tem ajudado a modificar algumas aulas, inclusive de educação física, na escola; acho que é um dos objetivos não só melhorar a quantidade, mas tudo. A merenda da escola mudou. Agora estão servindo mais frutas. Os professores estão falando muito sobre esportes e sobre alguns alimentos. Os profissionais de saúde, nutricionistas, também estão vindo ministrar aulas.* (E8-aluno multiplicador).

Percebe-se que a participação dos nutricionistas e educadores físicos do Nasf foi crucial para o desenvolvimento da intervenção Prose ao atuarem como articuladores entre as equipes da ESF e os professores. O processo de trabalho das equipes do Nasf apoia-se nas diretrizes do apoio matricial, viabilizando o planejamento das ações voltadas para a promoção de práticas de alimentação saudável e atividade física no contexto escolar e de acordo com a necessidade de cada território. De fato, alguns estudos revelaram que o Nasf se configura em uma das estratégias mais promissoras, para superar e auxiliar na conversão de um modelo fragmentado e descontínuo em uma atenção integral a partir da APS, pelo fato de possibilitar a ampliação da articulação entre os atores, e destes com diversos setores, por meio de trabalho compartilhado e da cogestão das ações (KOPTCKE; CAIXETA; ROCHA, 2015).

No que tange aos componentes 'educação e comunicação' e 'gestão de ações intersetoriais', os entrevistados alegaram que o primeiro estava sendo implantado sem contratempos, mas justificaram que o segundo exigia maior esforço dos envolvidos, revelando dificuldades no decorrer do desenvolvimento. Os diretores, professores e profissionais de saúde reconheceram a existência de limitações quanto às capacidades, competências e habilidades técnicas e administrativas, sobretudo as relacionadas ao planejamento de ações integradas entre atores de setores distintos.

As controvérsias, segundo os professores e profissionais de saúde, estavam relacionadas à dificuldade de se estabelecer parceria entre os dois setores para fomentar a implementação de intervenções por meio da identificação de demandas prioritárias ante a predominância de práticas setoriais e a inviabilidade técnica, administrativa e política dos contextos municipais. Para os agentes mencionados, tais fatores conduziram a interações intermitentes e restritas às reuniões esporádicas dos GTIs locais.

> *[...] o GTI-M PSE existe, e alguns profissionais de saúde e diretores ou professores de escolas também participam, mas, apesar das reuniões frequentes, não sabemos como executar, na prática, as ações articuladas.* (E4-comunidade escolar).

> *[...] existe um GTI-M do PSE e meu nome está lá na portaria que o instituiu. Mas, acho que devemos ter discussões mais próximas do território em que trabalhamos, mas não sei como fazer isso. Em minha opinião, teríamos que ter uma formação específica que nos qualificasse para discutir essas necessidades em cada local e depois de forma mais ampla, no GTI-M, pois, assim, poderíamos traçar as atribuições dos envolvidos, na prática, não é?* (E7-profissional da saúde).

Além disso, diversos os aspectos restritivos ao desenvolvimento de ações intersetoriais ressaltados por este estudo, também foram identificados por outros estudos recentes, destacando-se: a dificuldade em conciliar os tempos institucionais dos vários setores; a inexistência de protocolos que norteiem o desenvolvimento das ações integradas; os conflitos decorrentes de disputas políticas e de poder; a preponderância de práticas setoriais centradas em estruturas discursivas e disciplinares próprias e resistentes a novos arranjos intersetoriais; e a necessidade de qualificação dos agentes para que a abordagem intersetorial pudesse ser formalizada como mecanismo de gestão (ALMEIDA, 2013; AZEVEDO; PELICIONE; WESTPHAL, 2012).

Considerações finais

O estudo de avaliabilidade da intervenção Prose atingiu o seu objetivo no sentido de confirmar que a intervenção estava implantada na prática nos diferentes locais e de identificar os aspectos e componentes que necessitavam ser aprimorados e priorizados em avaliações posteriores.

Diante dos achados, puderam ser formuladas as seguintes considerações:

1. Necessidade de fortalecimento do componente educação formal, especialmente quanto ao reforço ao processo de autonomia dos alunos monitores com vistas ao desenvolvimento contínuo de multiplicação de ações de promoção da saúde nas escolas e no território.

2. Necessidade de ampliação das ações intersetoriais articuladas por meio do fortalecimento da qualificação e das práticas dos agentes para que viabilizem a execução e continuidade das ações previstas pelo componente 'gestão de ações intersetoriais'.

Por fim, conclui-se que se trata de intervenção passível de avaliação, na medida em que foi possível caracterizar os seus componentes e ações, oferecendo subsídios para compreensão dos processos implicados em sua operacionalização. Ante tal resultado, foi possível constatar que o momento é bastante oportuno à uma subsequente avaliação, dada a fase de implantação da intervenção Prose.

Colaboradores

NMBLP trabalhou na concepção, delineamento, coleta, análise e processamento dos dados e redação do artigo, RA trabalhou na revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada e MGM trabalhou na concepção, delineamento e revisão crítica da versão final. ■

Referências

ALMEIDA, F. A. *Práticas intersetoriais do programa de saúde na escola:* um estudo sobre as ações e interações dos atores sociais envolvidos. 2013. 220 f. Dissertação (Mestrado em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Local) – Centro Universitário UNA, Belo Horizonte, 2013.

AZEVEDO, E.; PELICIONE, M. C. F.; WESTPHAL, M. F. Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção da saúde. *Physis:* Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1333-1356, 2012.

BRASIL. Decreto n. 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola (PSE), e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 5 dez. 2007a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm>. Acesso em: 24 ago. 2017.

_____. Ministério da Saúde. *Escolas promotoras de saúde:* experiências do Brasil. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007b.

CAMPOS, H. M.; SCHALL, V. T.; NOGUEIRA, M. J. Saúde sexual e reprodutiva de adolescentes: interlocuções com a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p.

336-346, abr./jun. 2013.

CASEMIRO, J. P.; FONSECA, A. B. C.; SECCO, F. V. M. Promover saúde na escola: reflexões a partir de uma revisão sobre saúde escolar na América Latina. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 829-840, 2014.

CAVALCANTI, P. B.; LUCENA, C. M. F., LUCENA, P. L. C. Programa Saúde na Escola: interpelações sobre ações de educação e saúde no Brasil. *Textos & Contexto*s, Porto Alegre, v. 14, n. 2, p. 387-402, 2015.

DIAS, M. A. S. *et al*. Programa Saúde na Escola: tecendo uma análise nos documentos oficiais. *SANARE*, Sobral, v. 13, n. 1, p. 29-34, 2014.

FIGUEIREDO, T. A. M.; MACHADO, V. L. T, ABREU, M. M. S. A saúde na escola: um breve resgate histórico. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 397-402, 2010.

KELEHER, H. Health promotion planning and the social determinants of health. In: KELEHER, H.; MACDOUGALL, C.; MURPHY, B. (Ed.). *Understanding health promotion.* Melbourne: Oxford University Press. 2007. p. 1-21.

KOPTCKE, L. S.; CAIXETA, I. A.; ROCHA, F. G. O olhar de cada um: elementos sobre a construção cotidiana do Programa Saúde na Escola no DF. *Tempus actas de saúde coletiva*, Brasília, DF, v.9, n. 3, p. 213-232.2015.

MEDINA, M. G., HARTZ, Z. M. A. The role of the Family Health Program in the organization of primary care in municipal health systems. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p.1153-67, 2009.

MORETTI A, C. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. supl. 1, p. 1827-1834, 2010.

OLIVEIRA, R. S. *et al*. Avaliação da acuidade visual em escolares no município de Herval d'Oeste, Santa Catarina, Brasil. *Revista Bras Med Fam Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 28, p. 180-186, 2013.

PAULETO, A. R. C.; PEREIRA, M. L. T.; CYRINO, E. G. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 121-130, 2004.

ROSSI, S. P. H. *et al*. *Evaluation:* A Systematic Approach. SeventhEdition, 2016.

SILVA, D. A. J.; TAVARE S, M. F. L. Ação intersetorial: potencialidades e dificuldades do trabalho em equipes da Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 193-205, 2016.

SILVA, M. A. I.; MELLO, D. F.; CARLOS, D. M. O adolescente enquanto protagonista em atividades de educação em saúde no espaço escolar. *Rev. Eletr. Enf*., v. 12, n. 2, p. 287-93, 2010. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n2/pdf/v12n2a09.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2017.

SOUZA, L. E. P. F., VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; HARTZ, Z. M. A. Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Org.). *Avaliação em Saúde:* dos modelos teóricos à prática de avaliação de programas e Sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA, 2005. p. 65-102.

TAGLIETA, M. F. A. *et al*. Impacto de um programa de promoção de saúde escolar sobre a redução da prevalência da cárie em crianças pré-escolares de Piracicaba – SP. *RFO UPF*, Passo Fundo, v. 16, n. 1, 2011.

TODENTI, P. F.*et al*. Obesidade: estratégias de prevenção da saúde em ambiente escolar. *Cinergis*, Santa Cruz do Sul, v. 13, n. 3, p. 1-8, 2012.

WHOLEY, J. S. *et al*. H*andbook of practical program evaluation*. Cambridge: Second Edition, 2004.

Recebido para publicação em abril de 2017
Versão final em julho de 2017
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: Fundo Nacional de Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde, processo nº 23066.065458/10-36

Práticas de saúde e modelo de atenção no âmbito do Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Salvador (BA)

Health practices and healthcare model in the scope of the Family Health Support Center in Salvador (BA)

Vladimir Andrei Rodrigues Arce[1], Carmen Fontes Teixeira[2]

RESUMO Buscou-se analisar a organização tecnológica do processo de trabalho dos profissionais que atuam no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) em Salvador (BA), de modo a verificar a possível contribuição desta proposta à mudança do modelo de atenção à saúde. Trata-se de pesquisa qualitativa, do tipo estudo de caso. Verificou-se que os profissionais buscam realizar um cuidado ampliado aos usuários, porém, prevalece uma organização do processo de trabalho fundamentada na atenção clínica individualizada, com algumas ações de cunho preventivo, coadunando os modelos da Clínica Ampliada e Sanitarista. Faz-se necessária a apropriação de instrumentos de trabalho que permitam a compreensão das necessidades sociais da população, com vistas à integralidade da atenção.

PALAVRAS-CHAVE Saúde da família. Atenção Primária à Saúde. Prática de saúde pública. Política de saúde. Serviços de saúde.

ABSTRACT *The aim of this article was to analyze the technological organization of the work process of the professionals working in the Family Health Suppport Center (Nasf) in Salvador (BA), in order to verify the possible contribution of this proposal to the change in the health attention model. This is a qualitative research, of case study type. It was verified that professionals seek to carry out an extended care to the users, however, the individualized clinical attention prevails in the work process organization, with some preventive actions, corroborating the Broadened and Sanitary Clinic models. It is necessary the appropriation of labor instruments that allow the understanding of the population social needs, with a view to the integrality of the healthcare.*

KEYWORDS *Family health. Primary Health Care. Public health practice. Health policy. Health services.*

[1] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Ciências da Saúde (ICS), Departamento de Fonoaudiologia e Instituto de Saúde Coletiva (ISC), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Salvador (BA), Brasil.
vladimir.arce@ufba.br

[2] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Humanidades, Artes e Ciências (IHAC) e Instituto de Saúde Coletiva (ISC), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Salvador (BA), Brasil.
carment@ufba.br

 DOI: 10.1590/0103-11042017S317

Introdução

A implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) representa uma inovação organizacional no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), no Sistema Único de Saúde (SUS), e tem por objetivo contribuir para a integralidade da atenção à saúde da população coberta pela Estratégia Saúde da Família (ESF). Deste modo, espera-se que as equipes multiprofissionais que atuam nestes núcleos organizem seus processos de trabalho a partir da realidade socioeconômica e epidemiológica dos territórios, não enfocando apenas as ações clínicas individuais, mas também a articulação dos serviços de saúde e demais equipamentos sociais, identificando prioridades, prevenindo riscos e promovendo saúde (BRASIL, 2012, 2009).

Dado o pouco tempo de implantação dos Nasf, poucas são as evidências científicas acerca dos efeitos destes núcleos sobre o perfil de oferta da rede básica. Entretanto, não é raro perceber a reprodução de práticas profissionais reduzidas a seus aspectos técnicos e descontextualizadas, geralmente orientadas pelo conhecimento específico das especialidades, sobretudo relacionadas a ações de tratamento ou reabilitação (ARAÚJO; GALIMBERTTI, 2013; COSTA *ET AL.*, 2013; LEITE; ANDRADE; BOSI, 2013; RODRIGUES; BOSI, 2014; SOUSA; OLIVEIRA; COSTA, 2015). Logo, identifica-se uma tendência ao privilégio de práticas clínicas, em detrimento das ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos, que continuariam, portanto, subalternas ao modelo médico hegemônico (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014).

Considerando que a mudança desse modelo implica na reorientação das práticas profissionais, é importante analisar as práticas de saúde desenvolvidas pelos profissionais dos Nasf, buscando entender as potencialidades e os limites das mesmas para o apoio à reorientação do modelo de atenção à saúde, em suas várias dimensões – gerencial, organizativa e técnico-assistencial (TEIXEIRA, 2006). Ressalta-se que as práticas de saúde devem ser compreendidas como processo de trabalho, não podendo ser reduzidas a seus aspectos técnicos, mas como conjuntos estruturados de práticas sociais, históricas (MENDES-GONÇALVES, 1988, 1992), que resultam da articulação dos diferentes componentes, quais sejam: o objeto, os instrumentos ou meios utilizados no trabalho, a finalidade das atividades, a necessidade que orienta o trabalho e as relações sociais estabelecidas neste processo (MENDES-GONÇALVES, 1992), através das quais seus agentes articulam sua prática à totalidade social (PEDUZZI, 2003).

Nessa perspectiva, o presente trabalho tem como objetivo analisar a organização tecnológica do processo de trabalho dos profissionais que atuam no Nasf em Salvador (BA), de modo a verificar a possível contribuição desta proposta à mudança do modelo de atenção à saúde.

Metodologia

Trata-se de pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso (YIN, 2005) sobre o processo de trabalho dos profissionais dos Nasf de Salvador (BA). Em 2015, o município dispunha de 11 equipes Nasf, sendo duas delas registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) há menos de um ano da realização da pesquisa, que dão apoio a aproximadamente 100 Equipes de Saúde da Família (EqSF). Compõem estas equipes profissionais de educação física, fisioterapia, nutrição, psicologia, serviço social e terapia ocupacional.

A definição dos sujeitos da pesquisa foi feita com a utilização da técnica Snow Ball, sendo consideradas as indicações da área técnica responsável pelos Nasf na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município, de docentes da Universidade Federal da Bahia que desenvolveram estágios com estas equipes, e dos próprios profissionais inicialmente indicados. Utilizou-se como critérios de inclusão: a) profissionais considerados referências em suas equipes por se destacarem

no processo de implantação e desenvolvimento do Nasf, de forma geral; b) profissionais que atuavam há aproximadamente um ano na mesma equipe Nasf; e c) profissionais de equipes cadastradas há pelo menos um ano no CNES. Estes dois últimos critérios buscaram favorecer a escolha de profissionais capazes de reconhecer as principais características do cotidiano do trabalho das equipes. Buscou-se garantir ao menos um representante de cada categoria profissional que compunha o Nasf em Salvador (BA), e ao menos um profissional de cada equipe, o que permitiu a seleção e inclusão de 12 profissionais de 9 equipes Nasf.

Para a produção dos dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os sujeitos, e também foi elaborado um diário de campo para o registro de situações e impressões subjetivas relevantes para a pesquisa. O material obtido foi submetido à análise de conteúdo (BAUER, 2002), de modo a contemplar a caracterização das 'práticas de saúde/processo de trabalho dos profissionais do NASF', especificamente seus elementos estruturais – 'objeto, atividades, instrumentos de trabalho, finalidades, necessidades e relações sociais' –, de acordo com o referencial teórico adotado (MENDES-GONÇALVES, 1992, 1988). A partir destes dados, foi possível realizar uma análise comparativa entre as práticas identificadas com os modelos hegemônicos e as propostas alternativas descritas na literatura (*quadro 1*), de modo a verificar se está ocorrendo, na realidade estudada, um 'processo de mudança ou conservação do modelo de atenção à saúde' no âmbito do Nasf.

Quadro 1. Características dos modelos hegemônicos e das propostas de mudança na organização da atenção à saúde no SUS

	Modelos de atenção	Principais características
Hegemônicos	Modelo médico-assistencial hospitalocêntrico	Fundamenta-se na clínica e na medicina científica, centrando-se na figura do médico; Atuação com foco na doença e nos doentes, na perspectiva individual; Hospital e rede de serviços privados como principais lócus de organização; Instrumentos de trabalho centrados na tecnologia médica.
	Sanitarista	Subalterno ao modelo médico-assistencial hospitalocêntrico; Foco nas campanhas sanitárias e na elaboração e implantação dos programas especiais verticais de controle de doenças e outros agravos, o que influencia o surgimento de sistemas de vigilância em saúde; Os sujeitos das práticas são os sanitaristas; O objeto central da atuação está nos modelos de transmissão das doenças, com especial foco nos fatores de risco; Instrumentos de trabalho são centrados na tecnologia sanitária, a exemplo de ações de educação em saúde, controle de vetores e imunização.
Propostas alternativas	Distritos sanitários	Estratégia de reorganização dos serviços na perspectiva sistêmica; Ênfase na delimitação dos territórios/áreas de abrangência da rede de serviços e na articulação dos diversos níveis de complexidade; Foco no perfil da demanda e nas necessidades de saúde da população; Articula instrumentos advindos da geografia crítica, da epidemiologia e do enfoque situacional de planejamento.
	Oferta organizada/ ações programáticas de saúde	Foco na reorganização do processo de trabalho e do processo de produção de serviços desenvolvido em uma unidade de saúde, visando superar a lógica da demanda espontânea; A programação em saúde busca articular diversas ofertas vinculadas ao atendimento das necessidades e dos problemas específicos da população, incorporando uma lógica epidemiológica e social.

Quadro 1. (cont.)

Propostas alternativas	Vigilância da Saúde	Incorpora experiências de distritos sanitários e o debate da promoção da saúde e da determinação social do processo saúde-doença em coletividades humanas; Integralidade da atenção, articulando práticas de controle dos determinantes, riscos e agravos à saúde, por meio de práticas de promoção, prevenção e assistência; O objeto do trabalho se refere aos problemas de saúde; Tem como instrumentos de trabalho as abordagens participativas de planejamento, sobretudo aquelas com enfoque estratégico-situacional, além de tecnologias médicas, sanitárias e de comunicação social; Apoia-se na ação intersetorial, utilizando o conceito epidemiológico de risco e intervindo sob a forma de operações.
	Acolhimento	Preocupação com a gestão e a organização do trabalho no âmbito das unidades de saúde; Foco no acolhimento e no estabelecimento de vínculos entre profissionais e população; Base do modelo em defesa da vida; Foco na humanização e na melhoria da qualidade da atenção
	Clínica Ampliada	Impulsionada pela proposta do acolhimento; Constituída nos pressupostos das equipes de referência, no apoio matricial e na elaboração de Projeto Terapêutico Singular (PTS), visando ajudar trabalhadores e usuários a lidarem com a complexidade dos sujeitos e a multiplicidade dos problemas de saúde.
	Saúde da Família	Articulação de elementos provindos de vários movimentos ideológicos, incorporando propostas alternativas, tais como a Vigilância da Saúde e o acolhimento; Torna-se estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde no SUS, buscando-se cobertura universal e reorganização do processo de trabalho em saúde da atenção básica, além de buscar promover mudanças nos demais níveis de atenção do sistema.

Fonte: Elaborado a partir de Teixeira e Vilasbôas (2014).

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, do Hospital Universitário Professor Edgar Santos da Universidade Federal da Bahia (Hupes/UFBA), sob o número 473.854/2013, seguindo as diretrizes da Resolução nº 466, de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

A idade média dos sujeitos da pesquisa, a maioria mulheres, era de 32 anos, variando de 26 a 39, com tempo médio de formação igual a 8,3 anos, variando entre 4 e 16 anos. A média de tempo em que trabalhavam em suas equipes foi equivalente a dois anos. Do total, 58% se formaram em universidades públicas e 75% não fizeram estágio na ESF durante a graduação. Ainda, 58% possuíam ou estavam cursando pós-graduação em área correlata ao campo da saúde coletiva, sendo que apenas um profissional possuía mestrado na área e 16% tinham especialização voltada para atuação clínica.

Atividades e instrumentos de trabalho no Nasf

As 'atividades clínicas voltadas para os usuários' foram as mais citadas, observando-se o predomínio de atendimentos clínicos de curta duração, compartilhados principalmente com outros profissionais do Nasf e, em menor expressão, com profissionais das EqSF, além de atendimentos em grupo e visitas domiciliares. Constatou-se, porém, uma grande dificuldade dos profissionais para dar continuidade aos processos terapêuticos iniciados, por não possuírem

estrutura física adequada nem agenda específica de atendimento, além da baixa adesão das EqSF a essas atividades.

Também é significativa a realização de 'atividades educativas de prevenção', sobretudo em grupos conduzidos pelas EqSF (controle do tabagismo, hiperdia, grupo de idosos e gestantes), bem como em grupos organizados pelo próprio Nasf (grupo de atividades físicas, controle da obesidade e saúde mental) ou atividades pontuais (salas de espera, feiras de saúde e campanhas sanitárias promovidas pela SMS). Estas são orientadas principalmente pela agenda programática dos serviços e pelo perfil do profissional.

Também são desenvolvidas 'atividades de apoio às EqSF', prioritariamente em reuniões para discussão de casos, capacitação em relação a temáticas específicas e organização do processo de trabalho das EqSF. Nota-se, principalmente, neste contexto, o propósito da instrumentalização dos profissionais em relação às questões técnicas do cuidado.

As 'atividades de planejamento, gestão, capacitação e organização do trabalho da equipe Nasf' foram relatadas por oito entrevistados, sendo que estas atividades acontecem, em sua maioria, durante as reuniões semanais da equipe Nasf para planejamento das ações a serem propostas às EqSF, embora também sirvam, de maneira assistemática e menos expressiva, para confeccionar material informativo, bem como sistematizar informações em saúde. Ademais, são realizadas discussões de casos entre os profissionais do Nasf, que se capacitam não apenas em relação a determinados agravos à saúde, mas, também, acerca do próprio trabalho. Um entrevistado afirmou que tais atividades representam um espaço também de avaliação permanente do trabalho. Foram citadas, ainda, reuniões com áreas técnicas da SMS, reuniões gerais das unidades de saúde onde estão lotados e atividades pontuais de apoio aos gestores locais.

As 'atividades de articulação da rede de saúde/território' foram as menos citadas pelos entrevistados, sendo a principal delas a articulação com escolas, por meio do desenvolvimento de ações preventivas junto ao Programa Saúde na Escola (PSE). Também foram relatadas visitas a serviços de saúde especializados para encaminhamento de usuários e, de maneira bastante incipiente, visitas a demais equipamentos sociais ou contato com lideranças comunitárias.

Em relação aos 'instrumentos de trabalho' utilizados nas atividades do Nasf, a maioria dos entrevistados referiu-se a instrumentos imateriais, a exemplo da capacidade comunicacional criativa e proativa que o profissional deve ter para desenvolver seu trabalho em equipe, de maneira flexível, comprometida e participativa, valorizando o diálogo e a criação de vínculos, sendo capaz de resolver conflitos e de lidar com imprevistos de forma planejada. Referem também a importância da ampliação do olhar sobre o cuidado à população, inserindo novas abordagens e metodologias de trabalho na relação com os usuários, como a terapia comunitária e práticas integrativas, sobretudo voltadas para o acolhimento humanizado e para a valorização da subjetividade. A capacidade crítica de articulação política foi apontada como necessária ao trabalho por apenas dois entrevistados.

Os instrumentos materiais referidos incluem o uso de formulários e prontuários para o registro dos Planejamentos Terapêuticos Singulares (PTS), livros-ata para o registro das atividades coletivas e a comunicação entre profissionais, e lista de critérios para a definição de atendimentos individuais, bem como materiais necessários à operacionalização de atividades educativas com os usuários (audiovisuais e de escritório).

Objetos e necessidades

Em relação aos 'objetos', é possível verificar maior enfoque das ações sobre o indivíduo e a doença, ainda que de forma ampliada, ou seja, considerando a subjetividade e o contexto familiar e social em que os usuários vivem. Em menor escala, foi possível

perceber que o trabalho das EqSF também se configura como um dos objetos de trabalho do Nasf, na medida em que ampliá-lo, qualificá-lo e transformá-lo são propósitos assumidos por seis entrevistados. As 'condições de vida da população' também são consideradas objetos sobre os quais atuam os profissionais, porém, de forma assistemática e pontual. E, por fim, os 'modos de adoecimento' e 'fatores de risco' são apontados por metade dos entrevistados como focos do trabalho do Nasf, abordados a partir de práticas de prevenção de doenças voltadas para a mudança de comportamento da população.

Já em relação às 'necessidades que orientam o trabalho dos profissionais', os entrevistados fazem referência às condições de vida e trabalho da população, o que inclui questões de acesso a moradia, educação de qualidade, lazer, saneamento e emprego, entre outros, ou seja, necessidades sociais determinantes da saúde. Sete dos entrevistados apontam a necessidade de maior acesso da população a profissionais e serviços de saúde, considerando a elevada demanda por atendimentos especializados, que são pouco estruturados na rede de atenção à saúde do município.

Finalidades

A finalidade do trabalho do Nasf, segundo os entrevistados, é a *"transformação das práticas de saúde dos profissionais das EqSF, de forma a provocar mudanças no modelo de atenção"*. Neste sentido, consideram que o modo como as EqSF organizam seu trabalho não está de acordo com o propósito central da ESF, por ser focado no atendimento ambulatorial individual, com pouca ação interdisciplinar, sendo as ações coletivas de prevenção e promoção da saúde negligenciadas no cotidiano, ou resumidas à execução das ações previstas em programas verticais.

Relações sociais

As relações estabelecidas no cotidiano do trabalho do Nasf foram agrupadas em quatro eixos. As 'relações com a gestão' prevaleceram no discurso de todos os entrevistados, com grande referência à situação precária em que se encontra a ESF no município, que é percebida pelos profissionais como burocratizada, desestruturada e negligenciada pelo poder público. Para os entrevistados, esta situação interfere nas condições de trabalho, que são agravadas pela falta de uma política de gestão do trabalho e pela insuficiência de uma rede de atenção à saúde para dar suporte à APS. Já o vínculo de trabalho estável e a existência de uma técnica de referência para o Nasf no município que compreende e apoia, em alguma medida, o trabalho dos profissionais, ainda que com pouca governabilidade no âmbito da gestão, foram considerados fatores positivos.

As 'relações com as EqSF' também foram bastante citadas pelos entrevistados. Todos referiram que vem ocorrendo uma melhora neste aspecto desde que os Nasf foram reestruturados com a chegada dos novos servidores, embora conflitos e tensionamentos sigam existindo, pois há uma tendência à desresponsabilização da EqSF pelo andamento dos casos, quando acionam o Nasf, o que ocorre frequentemente de maneira improvisada. Para os entrevistados, as EqSF são instigadas a mudarem suas práticas centradas no atendimento ambulatorial, o que incomoda e afasta algumas equipes. Neste contexto, dois entrevistados demonstraram o incômodo de se sentirem dependentes das equipes, uma vez que o trabalho do Nasf demanda necessariamente uma articulação com a EqSF.

De forma geral, os profissionais do Nasf se sentem subutilizados, tendo que, a todo momento, convencer as equipes a buscá-los para construírem ações em conjunto, o que gera desânimo e, até mesmo, sofrimento. Todos os núcleos buscaram construir vínculos com as EqSF, a partir do acolhimento ou mesmo do atendimento ambulatorial a casos que eram encaminhados ou demandados, de forma a abrir possibilidades de diálogo entre

as equipes, o que acabou dando maior centralidade à prática voltada para o indivíduo e para os agravos/doenças. Percebe-se maior vinculação aos enfermeiros e aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), e menor aos médicos, sobretudo por estes rodiziarem bastante no serviço, ocasionando menor disponibilidade para a prática em conjunto com o Nasf. As relações desiguais de poder também foram citadas por quatro entrevistados, sendo que a desvalorização do ACS ou as disputas entre profissões que compõem as EqSF foram citadas como complicadores do estabelecimento de uma melhor articulação de trabalho com o Nasf.

As 'relações estabelecidas entre os profissionais do Nasf', por sua vez, foram consideradas positivas pela maioria dos entrevistados, havendo o estabelecimento de parcerias interdisciplinares de forma efetiva, horizontal e coesa em diferentes atividades. O perfil dos profissionais foi considerado um potencial para o desenvolvimento da proposta, uma vez que a grande maioria apresenta disponibilidade para o trabalho, ainda que a formação específica para isto seja incipiente. A relação efetiva entre as diferentes equipes Nasf do município possibilitou a criação de um movimento político a favor da capacitação para o trabalho, o que levou à constituição da comissão de educação permanente do Nasf, propiciando a articulação entre as equipes e a socialização de ideias, ações e dúvidas, processo que avançou para o questionamento da situação de precarização da saúde em todo o município, com intensa participação no movimento de greve dos servidores municipais da saúde ocorrida em 2015.

Por fim, quanto às 'relações do Nasf com a população', além de terem sido as menos citadas, apresentaram variações entre as equipes. Metade dos entrevistados afirmou que *"a população não compreende o que é o Nasf"*, e frequentemente *"cobra abertura de agenda para atendimentos ambulatoriais"*. Apenas dois entrevistados afirmaram que há uma boa inserção do Nasf na comunidade.

Discussão

Considerando-se que as práticas de saúde não devem se limitar às características técnicas, nota-se um movimento dos profissionais do Nasf para reforçar a ampliação destas práticas no sentido da construção de um cuidado ampliado aos usuários dos diferentes territórios estudados. Entretanto, este movimento não demonstra ser suficiente para afirmar uma nova socialidade no âmbito da ESF baseada na efetiva integralidade da atenção e na atuação sobre os problemas de saúde, uma vez que o olhar sobre o indivíduo tende a prevalecer em relação ao olhar sobre o coletivo.

Essa questão tem seu início na constatação do perfil dos profissionais que participaram da pesquisa, pois embora tenham, em geral, pouco tempo de formados, a maioria não vivenciou a ESF durante a graduação, evidenciando que a formação generalista, integrada ao sistema de saúde e interdisciplinar, ainda segue sendo um desafio para o SUS (VENDRUSCOLO; PRADO; KLEBA, 2014). De toda forma, a busca individual por qualificação em cursos de pós-graduação em Saúde Coletiva demonstra a disponibilidade destes profissionais para este trabalho em especial.

Em relação às 'práticas de saúde/processo de trabalho dos profissionais do Nasf', o predomínio de atividades de cunho clínico-assistencial evidencia o peso que é dado à clínica, aos diferentes agravos/doenças e aos sujeitos adoecidos. Esta questão também pode ser percebida nas ações técnico-pedagógicas junto às EqSF, quando há uma centralidade no conhecimento específico para a instrumentalização dos profissionais em relação às questões técnicas do cuidado, o que tem limitado o desenvolvimento de outras práticas, tais como a de promoção da saúde e a de vigilância da saúde, como demonstrado em outros estudos (ARAÚJO; GALIMBERTTI, 2013; COSTA *ET AL.*, 2013; RODRIGUES; BOSI, 2014) e evidenciado, também, nesta pesquisa.

O principal objeto de trabalho do Nasf em Salvador (BA), que se refere aos indivíduos e às doenças/agravos à saúde contextualizados

nas relações familiares e sociais, evidencia um cuidado clínico que perpassa, sobretudo, pela valorização do sujeito, da singularidade e das relações imbricadas em seu processo de adoecimento, corroborando Cunha (2005), e pelo compartilhamento do conhecimento e pelo estabelecimento de vínculos, de forma que os usuários possam lidar melhor com suas questões, ou mesmo resolvê-las, reforçando a perspectiva de cuidado humanizado e ampliado, conforme defende Ayres (2004).

A constatação de que há um predomínio de instrumentos imateriais sobre os materiais reforça a perspectiva de construção dessa nova abordagem clínica na ESF. Entretanto, há pouca referência ao uso de novas tecnologias imateriais de planejamento, de intervenções clínicas ou mesmo de comunicação social, ou seja, o trabalho aparenta estar sendo desenvolvido de forma intuitiva, baseado na relação subjetiva e nas características pessoais dos profissionais, o que pode limitar o alcance das práticas desenvolvidas, devendo ser objeto de capacitação para a qualificação do trabalho.

Ao se constatar que o Nasf também possui, como objeto de trabalho, os modos de adoecimento e fatores de risco, reconhece-se a busca por uma ampliação da prática, para além da clínica, o que ocorre por meio de práticas educativas, que demandam os principais instrumentos materiais usados no trabalho. Entretanto, a pouca realização de práticas de promoção da saúde evidencia a fragilidade da articulação com demais equipamentos sociais do território, ou mesmo com as lideranças comunitárias, reforçando o lugar de marginalidade da promoção da saúde na APS, sendo esta uma das limitações da ESF para dar conta de reorientar o modelo de atenção à saúde (TEIXEIRA, 2006).

Essa questão é ainda mais notória quando a capacidade crítica de articulação política do profissional no âmbito da saúde é apontada como necessária por poucos profissionais, bem como quando as condições de vida e trabalho da população, que deveriam ser objeto central do trabalho na ESF, configuram-se como objetos do trabalho de forma assistemática e pontual, ainda que sejam percebidas como necessidades da população. Desta forma, verifica-se que as práticas de prevenção ora desenvolvidas tendem a responder principalmente às propostas verticais de educação em saúde, por vezes independentes da análise de situação de saúde do território, o que também foi observado por Costa *et al.* (2013). Com isto, de forma geral, reforça-se uma perspectiva tradicional de educação em saúde, centrada no conteúdo, ainda que algumas propostas com caráter emancipatório possam ser percebidas em menor grau.

Isso evidencia uma possível contradição do trabalho, já que, embora os profissionais afirmem perceber a magnitude das necessidades sociais que incidem sobre a saúde da população, não demonstram enfrentá-las sistematicamente no âmbito do território, ocasionando a construção de um olhar ampliado para os indivíduos e agravos à saúde, sem que, necessariamente, os determinantes deste processo e os impactos sobre o coletivo sejam concretizados como objetos do trabalho. Reforça esta ideia a constatação de que parte das necessidades da população identificada pelos profissionais se refere ao acesso a tratamentos ou serviços de referência em outros níveis de atenção, o que evidencia a falta de uma rede estruturada de atenção à saúde para dar suporte à grande demanda da população, sendo a articulação desta rede um papel desempenhado de maneira precária pelos profissionais, ainda que esta coordenação seja uma função da APS, conforme apontam Rodrigues *et al.* (2014). Esta fragilidade da rede interfere diretamente no trabalho do Nasf, na medida em que exerce pressão para uma ênfase maior na dimensão clínico-assistencial.

O fato de a atuação das EqSF também ser identificada como um dos objetos de trabalho do Nasf demonstra o quão estratégico este núcleo pode ser nas propostas de qualificação da ESF, podendo ser um instrumento mobilizador e provocador de mudanças, uma vez que sua característica pressupõe a inserção

de novas rotinas no cotidiano das EqSF, ainda que encontre resistências, como foi observado neste estudo. Neste sentido, verifica-se que o trabalho no Nasf, enquanto política pública, possui uma dimensão gerencial importante, sendo que práticas de planejamento e gestão do próprio trabalho são recorrentes e necessárias para a operacionalização do apoio às equipes, o que inclui ações voltadas para a capacitação.

Essa dimensão demonstra ser essencial para a definição e a articulação de todas as demais atividades realizadas pela equipe. Entretanto, faz-se necessário que as práticas de planejamento e gestão sejam mais bem estruturadas no âmbito do Nasf, como também apontam Araújo e Galimbertti (2013), devendo ser parte essencial do processo de trabalho, e não apenas vivenciadas de forma improvisada ou intuitiva, o que deverá favorecer a democratização e a redução da alienação no trabalho, de forma a mobilizar as vontades de diferentes atores, conforme aponta Paim (2006), de forma estratégica e participativa, o que é frágil na realidade observada.

Diante desse contexto, é interessante notar que há uma preocupação dos profissionais do Nasf em promover mudanças nas práticas das EqSF, que são entendidas como fragmentadas e centradas no modelo médico hegemônico. Este dado demonstra que os profissionais do Nasf avaliam que as EqSF não cumprem com seu papel de ampliação da APS, o que frequentemente ocasiona tensionamentos entre as equipes, ainda que diversas parcerias ocorram, evidenciando a complexidade que marca as relações sociais estabelecidas na realidade estudada.

A começar pela relação com a gestão, há um entendimento comum a todos os entrevistados de que o Nasf ocupa um lugar de não prioridade no âmbito da gestão municipal, por não haver uma política clara de incentivo ao seu pleno funcionamento. Esta realidade se estende à ESF como um todo, que conta com baixa cobertura populacional e pouco investimento político e financeiro, o que tem afetado também a disponibilidade e a motivação destes profissionais para o trabalho, corroborando a ideia de que o maior desafio para o SUS é o político (PAIM *ET AL.*, 2011), dificultando o papel de reorientação do modelo de atenção à saúde que se espera da ESF.

Os problemas na relação com as EqSF persistem, em menor grau, ainda hoje em algumas realidades locais, e estão diretamente ligados ao fato de o Nasf não aceitar suprir a demanda de atendimentos clínicos ambulatoriais solicitada pelas EqSF, o que também foi constatado por Lancman *et al.* (2013). As concessões feitas de modo a lidar com os tensionamentos iniciais e construir algum vínculo com as EqSF acabaram por tornar esta prática central no trabalho, o que precisa ser revisto. Além disto, o fato de a construção destas práticas clínicas ocorrerem sem a efetiva adesão das EqSF, e também sem a disponibilidade de recursos materiais específicos para intervenções de ordem clínica, ainda que diferenciada, sinaliza o risco de estarem sendo construídas práticas simplificadas de cuidado, que são reforçadas pelas dificuldades apontadas pelos profissionais em dar seguimento aos casos abordados, o que poderia reforçar uma perspectiva reducionista de extensão de cobertura de serviços básicos de APS, como caracteriza Paim (2012), o que precisa ser mais bem analisado.

De toda forma, o fato de o Nasf não ceder à lógica do encaminhamento e atendimento ambulatorial tradicional evidencia que há, ainda que de maneira incipiente, uma diferenciação em relação às propostas de trabalho dessas equipes, nas quais o Nasf ocupa e sustenta o lugar de crítica e de mudança, reforçando a potencialidade desta proposta para a qualificação da ESF no município. Porém, percebe-se que há uma relação desigual entre essas equipes, sendo o Nasf colocado em um lugar de subordinação, tendo que, a todo momento, convencê-las a aderirem ao trabalho, o que gera desgaste e desânimo em alguns profissionais.

O fato de as relações profissionais serem mais profícuas com enfermeiros e ACS, e

menos com médicos, demonstra que ainda há um distanciamento do médico em relação às propostas de trabalho em equipe na APS, também observado por Costa *et al*. (2013), tornado ainda mais difícil pelas situações de alta rotatividade deste profissional nos serviços. Este é um importante desafio a ser enfrentado, uma vez que o médico segue sendo o elemento central do processo assistencial em saúde no nível institucional (PIRES, 2000). Entretanto, a recente renovação de muitos profissionais das EqSF tem sido considerada uma potencialidade do momento atual da ESF em Salvador (BA), onde novos arranjos e pactuações se tornaram possíveis devido a uma maior motivação para o trabalho destes novos profissionais.

A boa relação estabelecida entre os profissionais que atuam no Nasf evidencia a potencialidade desta proposta para a efetivação da interdisciplinaridade, o que representa um avanço para o trabalho na APS. Entretanto, faz-se necessário ampliar esta questão em direção às EqSF, o que foi observado também por Gonçalves *et al*. (2015), considerando-se o risco de haver um processo de autonomização da equipe, que pode gerar a fragmentação do trabalho e um maior distanciamento entre as equipes. Ainda sobre este aspecto, cabe registrar que o movimento de articulação dos profissionais de todas as equipes de Salvador (BA) tem permitido não apenas as trocas de experiências de trabalho como também a construção de um sujeito coletivo, que vem desenvolvendo ações que explicitam e defendem os interesses coletivos, o que também tem possibilitado a construção de um processo de trabalho relativamente homogêneo entre as equipes, ainda que com algumas diferenças, ao contrário do que foi observado por Leite, Nascimento e Oliveira (2014).

A fragilidade da relação do Nasf com a população, por sua vez, acaba limitando a prática de ações individuais, ou grupais, de forma pontual, enfraquecendo a possibilidade de esta relação constituir uma estratégia política de melhoria da atenção à saúde, o que evidencia os desafios que devem ser enfrentados pelos profissionais, gestores e pela própria população, que dizem respeito, sobretudo, a um maior envolvimento dos usuários na construção, na efetivação e na avaliação das políticas de APS.

Diante desses achados, verifica-se a existência de um processo contraditório na realidade estudada, uma vez que as práticas de saúde dos profissionais do Nasf tendem a concretizar a perspectiva da Clínica Ampliada, ao mesmo tempo em que reproduzem atividades características do modelo Sanitarista. Ou seja, ao mesmo tempo em que buscam superar as práticas clínicas biomédicas das EqSF, buscam extrapolar o âmbito da clínica por meio de práticas centradas na prevenção dos problemas que são objetos de programas prioritários, porém ainda majoritariamente de forma pouco integrada à análise da situação de saúde dos territórios. Deste modo, avançam, por um lado, na implementação de uma proposta de mudança, ao mesmo tempo em que reforçam a conservação do modelo de atenção hegemônico.

Essa situação é fortemente influenciada pelo contexto técnico e político no qual o Nasf está inserido, enquanto parte da política de atenção básica, mas sua gênese também reside na dificuldade de articular práticas profissionais historicamente voltadas para a clínica e para o conhecimento especializado. Ressalta-se que a fragilidade do processo de construção da integralidade da atenção faz com que propostas cunhadas sob o olhar epidemiológico – como é o caso da Vigilância da Saúde (Visau) – sejam pouco fomentadas, o que é evidenciado na incipiência de ações de vigilância e de promoção da saúde no âmbito do Nasf. Neste sentido, faz-se necessário que os propósitos do trabalho do Nasf sejam mais bem definidos e assumidos pela gestão, uma vez que a Visau seja o modelo de atenção assumido pelo município como orientador da reorganização da APS e do SUS, o que pode gerar convergências e contradições que precisam ser analisadas em novas pesquisas.

Assim, a situação do Nasf em Salvador (BA) evidencia as lacunas que devem ser enfrentadas nos campos da formação e do trabalho em saúde, que vão desde a qualificação técnica para o trabalho cotidiano até o aprimoramento do processo de gestão da proposta. Entretanto, é principalmente a capacidade de ação política dos sujeitos envolvidos na construção cotidiana destes núcleos que deve ser estrategicamente fortalecida, sobretudo em contextos atuais de fragilização das políticas públicas em geral, e da saúde, em particular, o que torna permanentemente necessário o debate sobre as práticas de saúde e os modelos de atenção.

Considerações finais

Os achados deste estudo evidenciam que o processo de trabalho dos profissionais do Nasf ainda está em construção e amadurecimento, havendo características por vezes contraditórias no que diz respeito à sua capacidade de contribuir para a reorientação do modelo de atenção à saúde. Assim, reconhece-se a potencialidade do Nasf em provocar mudanças no processo de trabalho das EqSF, mas ainda se faz necessário que os processos de trabalho do próprio Nasf sejam mais bem estruturados, com definições de finalidades, atividades e instrumentos de trabalho coerentes com um objeto ampliado, para além do indivíduo e da doença, o que deve ocorrer de forma atrelada à ESF em geral.

De todo modo, a presença de uma proposta tensionadora do modelo hegemônico, que persiste mesmo na ESF, representa uma janela de oportunidade a ser cada vez mais explorada, de forma que a sensibilidade para as questões sociais demonstrada no cotidiano do trabalho se traduza em ações planejadas e executadas por esses profissionais na perspectiva da integralidade da atenção. Esta questão requer, além de políticas de capacitação da força de trabalho que ora atua nesses núcleos, investimento político e financeiro na proposta, além de maior compromisso das instituições formadoras com a mudança no desenvolvimento dos profissionais de saúde, para que não se corra o risco de que esta proposta se torne a expressão de uma contrarreforma no cerne da APS, sobretudo em contextos onde a ESF esteja fragilizada, como é o caso da realidade estudada. ■

Referências

ARAÚJO, E. M. D.; GALIMBERTTI, P. A. A colaboração interprofissional na estratégia saúde da família. *Psicologia & Sociedade*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 461-468, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v25n2/23.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2017.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300003>. Acesso em: 2 jan. 2017.

BAUER, M. W. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. *Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som:* um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 189-217.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes do NASF:* Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica.* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

COSTA, L. S. *et al.* A prática do fonoaudiólogo nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios paraibanos. *CoDAS,* São Paulo, v. 25, n. 4, p. 381-387, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2317-17822013000400014&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 2 jan. 2017.

CUNHA, G. T. *A construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica.* São Paulo: Hucitec, 2005.

GONCALVES, R. M. A. *et al.* Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional,* São Paulo, v. 40, n. 131, p. 59-74. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v40n131/0303-7657-rbso-40-131-59.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2017.

LANCMAN, S. *et al.* Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública,* São Paulo, v. 47, n. 5, p. 968-975, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n5/0034-8910-rsp-47-05-0968.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2017.

LEITE, D. C.; ANDRADE, A. B.; BOSI, M. L. M. A inserção da Psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1167-87, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000400008>. Acesso em: 2 fev. 2017.

LEITE, D. F.; NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Qualidade de vida no trabalho de profissionais do NASF no município de São Paulo. *Physis,* Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 507-525, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103--73312014000200507&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 2 fev. 2017.

MENDES-GONÇALVES, R. B. *Práticas de saúde:* processos de trabalho e necessidades. São Paulo: CEFOR, 1992.

_____. *Práticas de saúde e tecnologia:* contribuição para a reflexão teórica. Brasília, DF: OPS, 1988.

PAIM, J. Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações? *Saúde em Debate,* Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 343-347, jul./set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042012000300004>. Acesso em: 2 fev. 2017.

_____. Planejamento em saúde para não especialistas. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (Org.). *Tratado de saúde coletiva.* São Paulo: Hucitec, 2006. p. 767-782.

PAIM, J. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet,* [S. l.], v. 377, n. 9779, p. 1-31, 2011.

PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. *Trabalho, Educação e Saúde,* Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 75-91. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v1n1/07.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2017.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem,* Brasília, DF, v. 53, n. 2, p. 251-263, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672000000200010&script=sci_abstract&tlng=es>. Acesso em: 2 fev. 2017.

RODRIGUES, D. C. M.; BOSI, M. L. M. O lugar do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Revista de Nutrição,* Campinas, v. 27, n. 6, p. 735-746, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732014000600735&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 2 fev. 2017.

RODRIGUES, L. B. B. *et al.* A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 343-352, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000200343&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 2 fev. 2017.

SOUSA, D.; OLIVEIRA, I. F.; COSTA, A. L. F. Entre o especialismo e o apoio: psicólogos no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Psicologia USP,* São Paulo, v. 26, n. 3, p. 474-83, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65642015000300474&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 2 fev. 2017.

TEIXEIRA, C. F. Promoção da saúde e SUS; um diálogo permanente. In: TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. *Modelo de atenção à saúde:* vigilância e saúde da família. Salvador: EDUFBA, 2006.

TEIXEIRA, C. F.; VILASBÔAS, A. L. Q. Modelos de Atenção à Saúde no SUS: mudança ou conservação? In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. *Saúde Coletiva:* Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 287-301.

VENDRUSCOLO, C.; PRADO, M. L.; KLEBA, M. E. Formação de recursos humanos em saúde no Brasil: uma revisão integrativa. *Educação em Revista,* Belo Horizonte, v. 30, n. 1, p. 215-44. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-46982014000100009&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 2 fev. 2017.

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

Recebido para publicação em março de 2017
Versão final em agosto de 2017
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: apoio financeiro para transcrição das entrevistas: Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS/ISC/UFBA) – Chamada MCTI / CNPq / CT-Saúde / MS / SCTIE/Decit nº 41/2013

Atenção Domiciliar na Estratégia Saúde da Família: avaliação do grau de implantação em Camaçari (BA)

Home Care in the Family Health Strategy: implementation degree analysis in the city of Camaçari (BA)

Gisele Vieira Dourado Oliveira Lopes[1], Ana Luiza Queiroz Vilasbôas[2], Marcelo Eduardo Pfeiffer Castellanos[3]

RESUMO O objetivo do estudo aqui relatado foi de estimar o grau de implantação da Atenção Domiciliar Tipo 1 (AD1). Para tanto, optou-se por realizar entrevistas semiestruturadas, observação das práticas e análise documental, em estudo de caso único no município de Camaçari (BA). Os resultados indicaram grau intermediário de implantação. A atenção ao usuário foi o componente de nível mais avançado, apesar da baixa pontuação das equipes em relação à promoção da saúde e à cogestão do plano de cuidados. Fragilidades na Atenção à Família e Cuidadores e Gestão da Atenção Domiciliar ficaram evidenciadas. Recomenda-se reorganização de aspectos do processo de trabalho das equipes e da gestão municipal da atenção básica mediante investimento no apoio institucional.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Assistência domiciliar. Avaliação em saúde.

ABSTRACT *The objective of the study here reported was to estimate the level of Home Care Type 1 (AD1) implementation. For that reason, semi-structured interviews, practice observation, and document analysis were conducted by means a single case study in the city of Camaçari, State of Bahia. The results indicated intermediate level of implementation, measured among X levels. The attention to the user achieved the most advanced level among components despite the low score of teams in relation to health promotion and care plan co-management. Weaknesses regarding also Attention to the Family and Caregivers as Home Care Management were highlighted. It is recommended to carry out the reorganization of working process aspects of primary care teams and municipal management through the institutional support investment.*

KEYWORDS *Primary Health Care. Home nursing. Health assessment.*

[1] Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – Salvador (BA), Brasil.
giselelopes@bahiana.edu.br

[2] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil.
analuvilas@gmail.com

[3] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil.
mcastellanos@ufba.br

Introdução

A Atenção Domiciliar (AD), dispositivo de reorganização do processo de trabalho de equipes de saúde, tem por objetivo a redução da demanda por atendimento hospitalar ou do período de internação, fortalecimento da humanização da atenção, intensificação da desinstitucionalização e ampliação da autonomia dos usuários. Constituída por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio, a AD envolve diferentes profissionais da área da saúde, bem como usuários e famílias (BRASIL, 2013; LACERDA *ET AL*., 2006).

O aumento dos serviços de AD tem sido observado na maior parte das sociedades ocidentais, conforme análise de estudos sobre a oferta e a demanda de AD na Europa, América Latina e América do Norte (BRAGA, 2016). No cenário nacional, entre os anos de 2010 e 2013, houve aumento de 52,3% no total de procedimentos domiciliares registrados pelas equipes de atenção básica. Na Bahia, no mesmo período, houve aumento de 129,6% (BRASIL, C2008), o que pode ter ocorrido como resultado da ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do aumento da demanda por AD, ambos devido ao envelhecimento populacional e da mudança do perfil epidemiológico.

Wachs *et al.* (2016), em estudo com 6.624 idosos residentes na zona urbana de 100 municípios de diferentes portes populacionais em 23 estados brasileiros, identificaram a prevalência de 11,7% de atenção domiciliar. Salienta-se que o recebimento de AD foi significativamente maior na população com mais de 80 anos, com condições crônicas, histórico de queda e de hospitalização no último ano.

A despeito de o público ser composto predominantemente por idosos, outras faixas etárias também têm sido alvo de serviços de AD. Pesquisas revelam a diversidade de perfis, condições e situações passíveis de atendimento domiciliar, evidenciando quão representativo é o rol de demandas reprimidas. Ainda que a demanda por AD não esteja mensurada, a expansão da oferta desses serviços não tem acompanhado a demanda, tanto quantitativa quanto qualitativa, nas suas diversas modalidades (BRAGA, 2016).

No caso do Sistema Único de Saúde (SUS), a AD está organizada em três modalidades. A primeira, a Atenção Domiciliar Tipo 1 (AD1), destina-se aos usuários que possuem problemas de saúde controlados ou compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados de menor complexidade, dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS), frequentemente envolvendo condições crônicas de saúde (BRASIL, 2013).

Já as modalidades de Atenção Domiciliar Tipo 2 e 3 (AD2 e AD3), atendem pacientes com quadros clínicos mais complexos, com necessidade de tecnologia especializada de recursos humanos, equipamentos, materiais, medicamentos, atendimento de urgência, emergência e transporte, bem como a presença permanente de um cuidador (BRASIL, 2013).

As experiências em AD mostram ser possível criar um novo ambiente de cuidado, configurando novos modos de produção de projetos terapêuticos. Todavia, está posto o desafio de alcançar a continuidade e integralidade do cuidado, especialmente diante da dificuldade de as Equipes de Saúde da Família (EqSF) absorverem a demanda da AD (SILVA *ET AL*., 2010), coordenando-a com uma diversidade de programas e políticas de saúde.

Além disso, a AD exige a reorganização dos processos de trabalho, o que envolve desde a formação profissional para atuar no território, especialmente no domicílio (MARSIGLIA, 2008; REHEM; TRAD, 2005), com uma diversidade de famílias e quadros clínicos cada vez mais complexos, até a gestão compartilhada entre os diversos níveis de atenção à saúde, com a família e outros setores.

Nesse sentido, este estudo avaliou o grau de implantação da AD1 de modo a caracterizar e problematizar a organização do processo de trabalho das equipes e da coordenação dessa modalidade de cuidado no âmbito municipal.

Aspectos metodológicos

Realizou-se um estudo do grau de implantação do componente AD1 da Política Nacional de Atenção Domiciliar. Considerando que, além dos objetivos e normas estabelecidas pelas políticas e programas governamentais, o processo de trabalho em saúde contém especificidades decorrentes do seu contexto e dos atores envolvidos na sua operacionalização, optou-se por realizar avaliação do grau de implantação Tipo 1 (CHAMPAGNE *ET AL.*, 2011), privilegiando a análise da adaptação da intervenção (implantação da AD1) ao contexto (local da implantação). Assim, objetivou-se identificar possíveis semelhanças e diferenças entre a proposta de AD1 apresentada nos documentos normativos da Política Nacional de Atenção Domiciliar e as práticas assistenciais realizadas no município selecionado.

Local da pesquisa

Sob o entendimento de que a análise deveria dirigir-se a um contexto favorável à implantação da AD1 e de modo a identificar barreiras e facilidades que não representassem simplesmente a escassez de recursos e tecnologias materiais e imateriais, tentou-se identificar um local de estudo com alto potencial de demanda para AD, com boa estrutura e desempenho da rede de atenção básica e com presença de rede de média ou alta complexidade.

Assim, foram adotados os seguintes procedimentos e critérios de inclusão: 1) identificação de municípios baianos com mais de 100 mil habitantes; 2) seleção dos municípios com mais de 50% de cobertura da ESF; 3) bom desempenho na análise de indicadores de condições de internação sensíveis à atenção básica; 4) bom desempenho na análise de indicadores selecionados do banco de dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) referente ao estado da Bahia; 5) entrevistas com apoiadores institucionais da Secretaria Estadual de Saúde (Sesab), responsáveis pelo monitoramento dos municípios com melhor desempenho nas análises citadas anteriormente.

O município de Camaçari foi selecionado porque possui 55,45% de cobertura da ESF e porque alcançou 75% de cobertura do Calendário Básico de Vacinação da Criança e coeficiente de mortalidade infantil de 14,9 por mil nascidos vivos, menor do que a estipulada nos Objetivos do Milênio pela Organização das Nações Unidas (ONU) até 2015 (17,9). Além disso, apresentou menor taxa de internação por condições sensíveis à atenção primária (20,5 por 100 mil/hab.) dentre os municípios avaliados (média de 27,7 por 100 mil/hab.). Dentre as variáveis de interesse do PMAQ, 80 a 100% das equipes comprovaram a realização de visitas domiciliares, o levantamento ou mapeamento dos usuários adstritos que necessitam receber cuidados no domicílio, bem como o atendimento domiciliar. Ademais, o município possui equipe de apoio institucional, um Núcleo de Apoio à Saúde da Família Tipo 1 (Nasf) e 74,7% do quadro de funcionários da Secretaria Municipal de Saúde é composto por servidores estatutários.

Localizado no litoral norte da Bahia, a 45 km de distância da capital, Camaçari possui extensão territorial de 759,80 km², população estimada em 242.984 habitantes e densidade demográfica de 308,7 hab./km². No momento da pesquisa, o Município apresentava 30 Unidades de Saúde da Família, composta por 41 EqSF e 302 Agentes Comunitários de Saúde; e oito Unidades Básicas de Saúde, sem Saúde da Família, composto por oito equipes

do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (SALVADOR, 2014).

Produção e análise dos dados

Para aferição do grau de implantação da AD1, especificaram-se os componentes da intervenção e identificaram-se as práticas requeridas (CHAMPAGNE *ET AL.*, 2011). Assim, os autores elaboraram um modelo lógico preliminar construído a partir das normas do Ministério da Saúde, modificado mediante consulta a especialistas (*figura 1*).

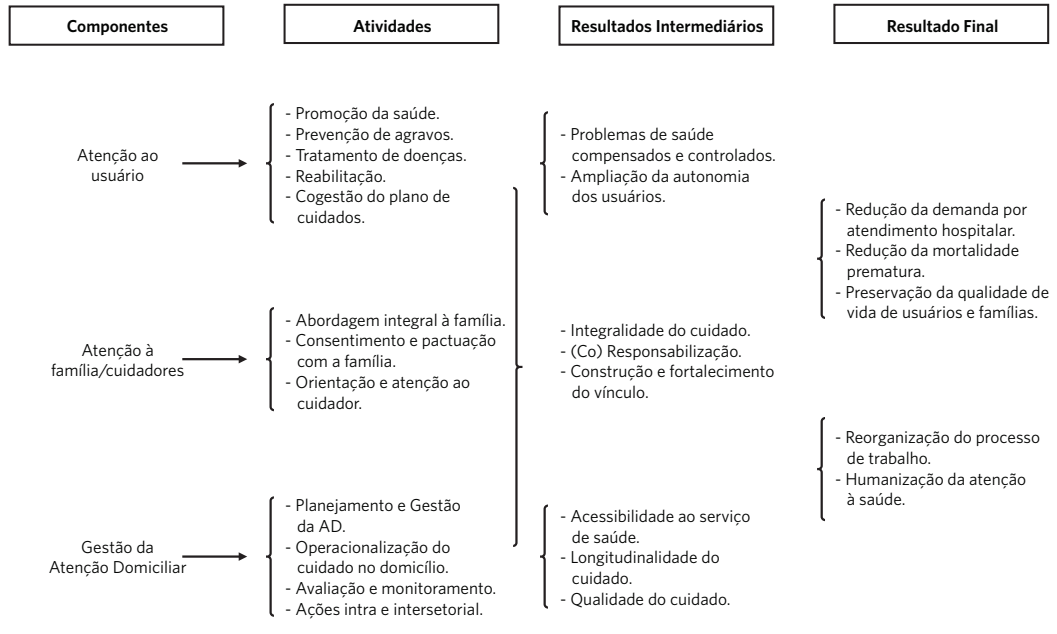
A coleta, processamento e análise dos dados empíricos foram baseados nos componentes e respectivos critérios do modelo lógico produzido para o estudo, nos quais foram estabelecidos três componentes principais: Atenção ao Usuário; Atenção à Família e Cuidadores; Gestão da Atenção Domiciliar.

No primeiro componente, identificaram-se atividades que envolveram desde a promoção da saúde e prevenção de agravos até o tratamento e reabilitação no processo de adoecimento. Inclui-se, também, a cogestão do cuidado, uma vez que, na AD, o usuário é elemento fundamental para a prestação da assistência à saúde e alcance dos seus objetivos.

No segundo componente, identificaram-se atividades voltadas à abordagem integral à família, ao consentimento e à pactuação do plano de cuidado.

No terceiro componente, identificaram-se ações de planejamento, avaliação e monitoramento, além da existência de tecnologias para operacionalização do cuidado e para articulação intra e intersetorial.

Figura 1. Modelo lógico da Atenção Domiciliar Tipo 1 com base na Portaria nº 963/2013 e no 'Caderno de Atenção Domiciliar'



Fonte: Baseada na Portaria nº 963/2013 (BRASIL, 2013) e no 'Caderno de Atenção Domiciliar' (BRASIL, 2012a).

O modelo lógico foi utilizado como referencial para derivar a Matriz de Aferição do Grau de Implantação (*tabela 1*), submetido à avaliação de especialistas em Atenção Primária à Saúde e AD para validação, realizada segundo a técnica simplificada por consenso (SCARPARO *ET AL.*, 2012). A matriz prevê um sistema de escores, a partir do qual cada item analisado recebeu uma pontuação, atribuída de acordo com a relação de importância do item na operacionalização da AD1.

Tabela 1. Matriz de Aferição do Grau de Implantação da Atenção Domiciliar Tipo 1

Componente	Unidade de Análise	Variáveis	Pontuação máxima
Atenção ao Usuário	Promoção à saúde*	Utiliza estratégias de Educação em Saúde.	3
		Identifica fatores de proteção da saúde.	2
		Estimula a preservação ou desenvolvimento de fatores de proteção à saúde.	3
	Total – Ações de Promoção à Saúde		8 pontos
	Prevenção de agravos	A equipe faz orientações, realiza e solicita exames e procedimentos de rastreamento.	3
		A equipe identifica fatores de risco e vulnerabilidades e intervém.	3
		A equipe faz orientações, avalia situação de imunização e realiza procedimento de imunização no domicílio.	3
		A equipe avalia, orienta e estimula a adesão ao tratamento medicamentoso.	3
		A equipe avalia, orienta e estimula a adesão ao tratamento não medicamentoso.	3
	Total – Ações de Prevenção de Agravos		15 pontos
	Tratamento de doenças e reabilitação	Realiza atendimento clínico com periodicidade estabelecida a partir das demandas do usuário.	5
		Identifica e intervém sobre agravos e sequelas: faz encaminhamentos, solicita apoio matricial da equipe do Nasf ou parceria com a rede especializada de reabilitação.	4
		Avalia riscos, benefícios e viabilidade das intervenções e procedimentos em prol da qualidade de vida do usuário.	3
	Total – Tratamento e Reabilitação		12 pontos
	Cogestão do plano de cuidados	Planeja, pactua e avalia junto ao usuário os objetivos a serem alcançados.	3
		Corresponsabiliza o usuário pelo autocuidado.	2
	Total – Cogestão do Plano de Cuidados		5 pontos
Total – Atenção ao Usuário			**40 pontos**
Atenção à Família e Cuidadores	Abordagem Integral à Família	Avalia o contexto socioeconômico e cultural no qual a família se insere.	2
		Faz adaptações às orientações e condutas de acordo com o contexto socioeconômico e cultural da família.	2
		Avalia as condições e infraestrutura física do domicílio e sugere adaptações quando necessário.	2
		Faz uso de instrumentos específicos para conhecer e trabalhar com a família.	2
		Avalia as necessidades de saúde dos membros da família e faz orientações.	2
		Desenvolve ações específicas de apoio à família.	2
	Total – Abordagem Integral às Famílias		12 pontos

Tabela 1. (cont.)

Atenção à Família e Cuidadores	Consentimento e pactuação com a família	Faz esclarecimentos e orientações à família sobre o processo de saúde-doença do usuário.	2
		Solicita assinatura do termo de consentimento informado pela família.	2
		Pactua o plano de cuidados com a família.	2
		Realiza reuniões com a família para planejamento das ações, avaliações e replanejamentos.	2
	Total – Consentimento e Pactuação com a Família		8 pontos
	Orientação e Atenção ao Cuidador	Define e orienta as atribuições do cuidador.	3
		Orienta cuidadores sobre sinais de agravamento e condutas a serem adotadas.	3
		Identifica sobrecarga do cuidador.	2
		Desenvolve ações para evitar ou reduzir sobrecarga do cuidador.	2
	Total – Orientação e Atenção ao Cuidador		10 pontos
Total – Atenção à Família e Cuidadores			**30 pontos**
Gestão da Atenção Domiciliar	Planejamento e Gestão da AD	Nas reuniões de equipe, são discutidos casos clínicos, programação de condutas, avaliação das demandas e monitoramento.	2
		Há definição de atribuições entre os membros da equipe.	2
		Existe levantamento de usuários acamados ou restritos ao domicílio no território.	2
		Há mecanismos de acolhimento das demandas não programadas.	2
		Faz busca ativa de pacientes elegíveis para AD no território adscrito.	2
		Classifica a complexidade dos casos por critérios de risco e estabelece prioridades.	2
		Estabelece e aplica critérios de inclusão, desligamento e alta da AD1.	2
	Total – Gestão do Cuidado		14 pontos
	Operacionalização do Cuidado no Domicílio	Existência e aplicação de protocolos na AD1.	2
		Existência de prontuário familiar e registro das ações desenvolvidas no domicílio.	1
		Existência de rotina estabelecida para Atenção Domiciliar.	1
		Disponibilidade de recursos materiais e equipamentos para AD1.	2
	Total – Sistematização do processo de trabalho		6 pontos
	Avaliação e monitoramento da AD1	Existem indicadores para monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas no domicílio.	2
		Avalia a satisfação dos usuários, famílias e cuidadores.	2
	Total – Avaliação e Monitoramento		4 pontos
	Articulação intra e intersetorial	Existem fluxos de assistência e protocolos com a rede de atenção à saúde.	2
		Monitora os usuários acompanhados pelas equipes de AD2 e AD3 e mantém comunicação com elas.	2
		Desenvolve ações em parceria intersetorial e comunitária para garantir atenção integral à saúde dos usuários, famílias e cuidadores.	2
	Total – Ações Intra e Intersetorial		6 pontos
Total – Gestão da Atenção Domiciliar			**30 pontos**
Total – Grau de Implantação da Atenção Domiciliar no Município			**100 pontos**

*As ações intersetoriais de promoção da saúde foram avaliadas no componente Gestão da AD, na unidade de análise articulação intra e intersetorial, por envolver a atenção ao usuário e à família.

Comparando a pontuação máxima estabelecida e a pontuação obtida após a coleta das informações, o grau de implantação de cada componente foi calculado por meio de regra de três simples. A partir do resultado desse cálculo, foi realizada a classificação das EqSF participantes da pesquisa, por conveniência, em uma das categorias que se seguem: Avançado: quando as equipes apresentarem mais do que 75 até 100% das atividades implantadas; Intermediário: quando mais do que 50 e menos de 75% das atividades previstas forem implantadas; Incipiente: quando o resultado for maior do que 25 até 50% das atividades previstas implantadas; Insatisfatório: quando houver entre zero e 25% das atividades implantadas.

Após a classificação das equipes, realizou-se a avaliação do grau de implantação da AD1 no município de Camaçari. Para isso, foi adotada, por conveniência, a seguinte relação de escores referente à porcentagem de equipes com grau de implantação avançado; Incipiente: até 50% das equipes; Intermediário: mais do que 50 até 70% das equipes; Avançado: mais do que 70% das equipes.

Para garantir que todas as unidades de análise fossem abordadas, tornou-se essencial a diversificação das fontes de informação e estratégias de coleta de dados. Assim, foram realizadas 17 entrevistas semiestruturadas com profissionais que constituíam cinco EqSF. Também foram observadas cinco visitas domiciliares e a rotina das unidades de saúde. Por fim, procedeu-se à análise documental do Plano Municipal de Saúde (2014-2017), do Relatório Anual de Saúde (2013) e de materiais utilizados pelos apoiadores institucionais para atividades de educação permanente junto às EqSF.

O material foi coletado entre setembro de 2014 e janeiro de 2015 e foi analisado seguindo o modelo de análise temática de conteúdo (MINAYO, 2008). Após a categorização e agregação dos dados por EqSF dentro das atividades previstas em cada componente, foi possível preencher a Matriz de Aferição do Grau de Implantação da AD1.

Todos os sujeitos participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), atendendo às determinações da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional da Saúde (BRASIL, 2012B). O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa via Plataforma Brasil e aprovado segundo parecer nº 929.739. Por fim, salienta-se que não houve suporte financeiro para qualquer etapa do projeto.

Resultados e discussão

A análise dos dados foi iniciada a partir das contribuições de cada participante da pesquisa e situação observada de modo a categorizar as informações coletadas dentre os componentes estabelecidos na matriz de análise. No segundo momento, as informações foram agrupadas e analisadas por EqSF (*tabela 2*).

Considerando a pontuação máxima obtida no componente Atenção ao Usuário (40 pontos), três equipes (EqSF 2, EqSF 4, EqSF 5) apresentaram grau de implantação avançado para a Atenção ao Usuário, na AD1, implantando, em média, 90% das ações previstas. Uma equipe alcançou o grau intermediário (EqSF 1) e outra foi classificada com grau incipiente (EqSF 3), apresentando 62,5% e 45% das atividades implantadas, respectivamente.

Em relação ao componente Atenção às Famílias e Cuidadores, a avaliação do conjunto das três unidades de análise indicou que uma equipe (EqSF 5) foi avaliada com grau avançado de implantação (76,6%). Três equipes apresentaram grau intermediário (EqSF 1, EqSF 2, EqSF 4), com porcentagens de 66,6%, 70% e 70%, respectivamente. Por fim, uma equipe (EqSF 3) apresentou grau insuficiente de implantação desse componente (36%).

Ao avaliar o conjunto das entrevistas por EqSF, constatou-se que todas as equipes apresentaram grau intermediário de implantação da Gestão da Atenção Domiciliar Tipo 1, com realização entre 66,6% e 73,3%.

Tabela 2. Grau de implantação da Atenção Domiciliar das EqSF segundo seus componentes e unidades de análise, 2014

Componentes e unidades de análise	Pontuação máxima	Equipes de Saúde da Família				
		1	2	3	4	5
Atenção ao usuário (total)	**40**	**25****	**35*****	**18***	**36*****	**36*****
Promoção à saúde	8	3	5	2	6	6
Prevenção de agravos	15	12	15	10	15	15
Tratamento de doenças e reabilitação	12	9	12	7	12	12
Cogestão do plano de cuidados	5	1	3	-	3	3
Atenção à família e cuidadores (total)	**30**	**17****	**21****	**11***	**21****	**23*****
Abordagem Integral à Família	12	7	10	7	9	10
Consentimento e pactuação	8	4	3	2	5	6
Orientação e Atenção ao Cuidador	10	6	8	2	7	7
Organização do Processo de Trabalho (total)	**30**	**18****	**22****	**17****	**21****	**21****
Planejamento e Gestão da AD	14	12	13	11	13	13
Cuidado no Domicílio	6	3	4	3	4	4
Avaliação e Monitoramento	4	1	1	1	1	1
Ações Intra e Intersetorial	6	2	4	2	3	3
Total do Grau de Implantação	**100**	**60****	**78*****	**46***	**78*****	**80*****

Grau de implantação: *Incipiente, **Intermediário, ***Avançado.

Atenção ao Usuário na AD1

Na dimensão 'Promoção à Saúde', destaca-se que todas equipes realizavam ações de educação em saúde. Porém, tais ações consistiam principalmente na preocupação em 'adequar' a linguagem ao nível socioeconômico-cultural das famílias nas orientações sobre o processo saúde-doença, visando ao melhor entendimento das prescrições e encaminhamentos, bem como à maior adesão ao tratamento.

Essas situações indicam que as práticas de promoção da saúde adotadas pelos profissionais restringiam-se à educação em saúde, sendo esta última entendida como um esforço de adequação de linguagem. Entretanto, há uma lacuna na identificação de fatores de proteção à saúde, o que se agrava ainda mais quando avaliado o estímulo à preservação ou desenvolvimento de tais fatores, resultando na baixa pontuação das equipes nessas variáveis.

Considerando-se que as condições crônicas envolvem a maior parte dos casos de AD1 acompanhados pelas equipes pesquisadas, a situação acima descrita indica que a ação dirige-se especialmente ao tratamento e à prevenção de agravos específicos, desconsiderando ações de promoção à saúde voltadas aos contextos de vulnerabilidade e determinantes sociais de tais condições.

A falta de definição clara das habilidades requeridas para realização da promoção da saúde na formação dos profissionais no Brasil colabora para tal situação. O projeto Developing Competencies and Profissional Standards for Health Promotion Capacity Building in Europe (CompHP) fornece um guia para o desenvolvimento de habilidades e competências em promoção da saúde, gerado a partir dos seguintes domínios: (1) Favorecimento de mudanças, (2) *Advocacy* em saúde, (3) Parceria, (4) Comunicação, (5) Liderança, (6) Diagnóstico, (7) Planejamento, (8) Implementação e (9) Avaliação e

Pesquisa. Ao desenhar as competências para os 'promotores da saúde', o CompHP define um modelo teórico-prático para formação profissional que poderia constituir as diretrizes curriculares dos cursos de saúde no Brasil (PINHEIRO *ET AL.*, 2015), ampliando a oferta e o impacto das práticas de promoção da saúde nos diversos níveis de atenção.

Nas unidades de análise Prevenção de Agravos e Tratamento e Reabilitação, a maioria das equipes apresentou excelente desempenho. Muitas ações de prevenção de agravos já faziam parte das atribuições dos ACS na ESF. Por sua vez, os profissionais de nível superior também relataram tais ações como rotina na AD1. Considerando que a AD1 foi reconhecida como o principal ou o único serviço de saúde acessado pelos usuários restritos ao domicílio, a avaliação clínica e intervenção sobre agravos e sequelas eram as principais atividades realizadas pelas equipes.

Em contrapartida, as equipes apresentaram baixa adoção de práticas de cogestão do cuidado. Observou-se, nas falas dos profissionais das equipes, pouca referência à corresponsabilização pelo cuidado, bem como ao planejamento, a pactos e à avaliação dos objetivos a serem alcançados junto aos usuários. A maioria das ações foi desenvolvida a partir da realidade que se apresenta a cada encontro profissional-usuário, ou seja, não eram elaborados planos de cuidado.

Reconhecendo que o usuário é protagonista de sua própria vida, cabe a ambos, profissional e usuário, o reconhecimento do compromisso mútuo envolvido na afirmação ética das diferentes formas de cuidar. Assim, o usuário deixa de ser 'paciente' para ter poder como sujeito de direitos na relação consigo e com a equipe multiprofissional. É, pois, na relação profissional-usuário que se constrói a possibilidade de autonomia ou a sujeição e dependência dos indivíduos e familiares aos cuidados em saúde (BORGES; PORTO, 2015).

Entretanto, a análise das entrevistas indica acentuado nível de dependência dos usuários em relação aos profissionais responsáveis pela AD1, favorecendo a assimetria de poder da equipe. Conjectura-se que a dificuldade de acesso a outros serviços de saúde, associada ao agravamento e do quadro clínico dos usuários restritos ao domicílio, contribui para manutenção de relações de dependência neste contexto.

Atenção às Famílias e Cuidadores

Na unidade de análise Abordagem Integral à Família, as equipes apresentaram excelente desempenho na maioria das variáveis, especialmente na avaliação e na adaptação das condutas ao contexto socioeconômico das famílias, o que indica ampliação da clínica e das ações de educação em saúde. Por acompanharem grupos familiares socialmente vulneráveis, os aspectos relacionados à infraestrutura do domicílio e às dificuldades de operacionalizar uma rotina de cuidados diante das restrições econômicas e da rede de apoio social foram recorrentes nas falas dos entrevistados, ressaltando a complexidade de questões que envolvem a AD1.

A única variável sem pontuação por todas as equipes refere-se ao uso de instrumentos específicos para trabalhar com as famílias. Nesse quesito, nenhuma equipe adotava instrumentos para avaliação, diagnóstico e intervenção na unidade familiar. Constatou-se, ainda, que a pontuação das equipes ficou prejudicada na variável referente à atenção à saúde de outros membros da família no domicílio, uma vez que apenas o cuidador recebia atenção. Nesse sentido, a abordagem familiar na AD1 era subutilizada tanto na intervenção sobre a saúde individual de seus membros como na atenção à dinâmica familiar, permanecendo o foco na doença e na pessoa adoecida.

Outros estudos corroboram os resultados encontrados neste estudo e afirmam que os instrumentos de abordagem familiar são pouco aplicados no processo de trabalho das EqSF, restringindo-se ao uso acadêmico, pela exigência de tempo para construí-los

de forma adequada, bem como para análise e atuação frente às exigências de cuidados encontradas. Além disso, os instrumentos apresentam o retrato de um momento do ciclo vital da família, sofrendo modificações ao longo do tempo. Por isso, seria necessária a sua atualização cotidiana, de modo a obter informações para o planejamento das ações em saúde (MOIMAZ *ET AL.*, 2011; PEREIRA *ET AL.*, 2009).

Outras variáveis merecem investimento para ampliação das competências e habilidades das equipes junto à família dos usuários em AD1, a saber: adaptações necessárias e possíveis no ambiente domiciliar para o cuidado a pessoas restritas ao domicílio, mesmo com restrições financeiras; apoio à família, especialmente nas situações de término da vida; e avaliação das vulnerabilidades e riscos à saúde individual e coletiva no ambiente doméstico.

Com relação à unidade de análise Consentimento e Pactuação com a Família, apesar de as equipes fazerem esclarecimentos e orientações à família, verifica-se que havia baixa adesão à proposta de planejamento e avaliação conjunta das ações propostas ou desenvolvidas. Isso ficou explícito na ausência de pactos sobre o plano de cuidado e do Termo de Consentimento Informado. Tal resultado corrobora a baixa pontuação obtida pelas equipes em relação à cogestão do plano de cuidados no componente Atenção ao Indivíduo. Identifica-se, portanto, a reprodução do modelo de relações verticalizadas entre profissional ou equipe e usuário ou família, no qual o primeiro assume o papel de detentor do saber e o outro deve ser responsabilizado pelo fazer.

Por fim, na unidade de análise Orientação e Atenção ao cuidador, as equipes identificavam a sobrecarga do cuidador. Porém, há certa dificuldade para se desenvolverem ações que evitem ou reduzam esse processo, o que repercute em baixa pontuação na matriz de análise. As equipes faziam orientações sobre atribuições do cuidador e sinais de agravamento, embora não acontecesse de modo preventivo e ainda não houvesse sistematização do processo. Além disso, seria necessário maior investimento nas abordagens sobre as condutas a serem adotadas e na definição das atribuições do cuidador, de modo a favorecer a qualificação do cuidado realizado em domicílio.

O reconhecimento das necessidades dos cuidadores familiares é de extrema importância e constitui-se a primeira etapa para o diagnóstico situacional e planejamento das intervenções em saúde. A ausência de intervenção pode resultar em prejuízos para a saúde tanto do cuidador familiar como do próprio familiar dependente. Desse modo, ampliar os conhecimentos e capacidades de cuidadores propicia desempenho mais saudável e eficaz das suas funções. Além de conhecimentos e aprendizagem de habilidades, outras necessidades foram identificadas na literatura referentes a recursos comunitários e sociais, significado pessoal, crenças e atitudes e condição socioeconômica (MELO; RUA; SANTOS, 2014).

Gestão da Atenção Domiciliar Tipo 1

No que diz respeito à unidade de análise Planejamento e Gestão da Atenção Domiciliar, as equipes obtiveram boa pontuação, salientando-se a necessidade de investimento na definição de critérios de alta e desligamento da AD1 em todas elas. Verifica-se também para a importância do levantamento dos usuários acamados ou restritos ao domicílio por parte das equipes, de modo a favorecer a gestão dos casos e a continuidade do acompanhamento domiciliar.

As equipes pesquisadas apresentaram bom desempenho no que diz respeito ao acolhimento das demandas não programadas, ao estabelecimento de prioridades por classificação de critérios de risco, à definição de atribuições entre os membros da equipe e ao uso das reuniões de equipe para gerir os casos. Entretanto, identificou-se ausência de sistematização e alimentação das

informações produzidas na AD1 para garantia da continuidade do cuidado em quase todas as equipes.

Em relação às tecnologias para operacionalização do cuidado no domicílio, todas as equipes registraram as ações desenvolvidas na AD1 no prontuário da família, já possuindo uma rotina estabelecida em dias e horários para a AD. Porém, identificam-se como nós críticos da gestão municipal a disponibilidade de recursos materiais e equipamentos em quantidade e qualidade e a divulgação e aplicação de protocolos de assistência na AD1.

Ainda em relação às competências dessa esfera do sistema de saúde, as ações de avaliação e monitoramento das equipes precisavam de maior investimento. O apoiador institucional pode favorecer a reorganização do processo de trabalho das equipes de modo a diagnosticar os entraves e construir conjuntamente estratégias de intervenção para a documentação das informações, aplicação de protocolos e monitoramento da AD1.

Por fim, em relação à articulação intra e intersetorial, também é competência da gestão municipal o estabelecimento de fluxos de assistência e articulação das redes de atenção à saúde. Considerando que os profissionais desconheciam os fluxos ou os conhecem parcialmente, todas as equipes obtiveram pontuações parciais. Isso também se aplicou ao monitoramento dos usuários acompanhados pela AD2 e AD3. Nesse caso, a pontuação ficou prejudicada devido à ausência de comunicação com essas equipes.

No diz respeito ao protagonismo das equipes para a articulação de parceria intersetorial e comunitária, duas equipes não registraram o desenvolvimento dessas ações e outras duas o faziam quando requisitadas pela própria comunidade ou para atender demandas que não dizem respeito à AD1. Apenas profissionais de uma equipe relataram diversas articulações em prol da atenção integral aos usuários acompanhados em AD1.

Grau de implantação da Atenção Domiciliar Tipo 1 no município de Camaçari (Ba)

Ao avaliar o conjunto dos resultados alcançado pelas EqSF que participaram desta pesquisa (*quadro 1*), constatou-se que uma equipe apresentou grau incipiente de implantação da AD1 (EqSF 3), realizando apenas 46% das atividades; uma equipe alcançou grau intermediário (EqSF 1), por ter desenvolvido 60% das ações previstas; e três equipes obtiveram pontuação suficiente para ser classificadas com avançado de implantação da AD1, uma vez que as EqSF 2 e EqSF 4 realizavam 78% das atividades e EqSF 5, 80%.

Quadro 1. Grau de implantação da Atenção Domiciliar Tipo 1 no município de Camaçari (BA) por EqSF, 2014

Componente	Equipes de Saúde da Família				
	1	2	3	4	5
Atenção ao Usuário	Intermediário	Avançado	Incipiente	Avançado	Avançado
Atenção à Família e Cuidadores	Intermediário	Intermediário	Incipiente	Intermediário	Avançado
Gestão da AD1	Intermediário	Intermediário	Intermediário	Intermediário	Intermediário
Implantação da AD1	Intermediário	Avançado	Incipiente	Avançado	Avançado

Considerando a relação pré-estabelecida de escores para avaliação municipal e que 60% das EqSF pesquisadas alcançaram o grau máximo de implantação dessa modalidade de atenção, é possível afirmar que o município de Camaçari alcançou grau intermediário de implantação da AD1.

Destacam-se como desafios para o nível

central de gestão, principalmente, o fortalecimento do apoio institucional como dispositivo estratégico para a reorganização das práticas em saúde, e consequentemente na AD1, a ampliação e efetividade dos processos de monitoramento e avaliação das ações realizadas pelas EqSF, a garantia da continuidade e qualidade dos recursos, bem como a articulação intra e intersetorial, de modo a favorecer a integralidade do cuidado.

Considerações finais

A avaliação do processo de trabalho das EqSF na AD1 indicou que o município avaliado apresentou grau intermediário de implantação dessa modalidade de atenção em saúde. Nesse processo, revelaram-se lacunas na organização das práticas, para a gestão, avaliação e monitoramento da AD1.

A incipiência das ações de promoção da saúde no território e a não utilização de tecnologias materiais e não materiais específicas para agir em relação ao contexto familiar e domiciliar encontradas no estudo aqui relatado indicam a necessidade de investimentos importantes na formação dos profissionais da atenção básica, em especial, que possibilitem a incorporação de outros saberes além dos biomédicos.

Isso também se reflete na necessidade de expansão e consolidação de práticas de promoção da saúde e de cogestão do cuidado; de desenvolvimento de habilidades e ampliação das tecnologias para intervenção sobre coletivos, especialmente sobre o contexto e a dinâmica familiar; bem como de articulação comunitária pelos diversos trabalhadores de saúde. Provavelmente esses achados são encontrados em outros contextos municipais, dadas a formação tradicional dos profissionais de saúde, comum nos cursos universitários, e a sobrecarga de atividades a serem desempenhadas pelas equipes da Atenção Primária à Saúde.

Aliadas a esse contexto, têm-se as limitações de efetivação da integralidade nas redes de atenção à saúde, especialmente quanto à definição e execução de fluxos de cuidado. Assim, o monitoramento e a avaliação precisam considerar análises dos processos de trabalho por categorias, atividades, papéis e funções desempenhados nos serviços, bem como identificar lacunas na dimensão organizacional dos outros níveis de assistência que impactam diretamente na efetividade do cuidado às condições crônicas.

Além disso, ressalte-se a importância da apropriação de conceitos e práticas em vigilância à saúde, incluindo o planejamento, o monitoramento e avaliação na rotina das EqSF participantes deste estudo, pois permite que os profissionais ampliem a capacidade de análise do seu próprio processo de trabalho, bem como dos seus resultados, gerando qualificação contínua do serviço prestado aos usuários.

Ainda que este trabalho possua grau limitado de generalização, o modelo lógico e a matriz de análise desenvolvidos permitem a sua aplicação em outros contextos de implantação da AD1 em municípios brasileiros. Ademais, seus resultados contribuem para orientar profissionais e gestores na resolução de aspectos negativamente intervenientes do processo saúde-doença-cuidado, especialmente em relação ao adoecimento crônico. Neste sentido, indica-se a realização de novos estudos de avaliação dos serviços a partir do olhar de quem o vivencia na condição de usuário, de modo a reconhecer outros aspectos positivos e limitantes da AD1.

Colaboradores

GVDOL e MEPC trabalharam na concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados. ALQV trabalhou no planejamento e revisão crítica do conteúdo. ■

Referências

BORGES, S. A. C.; PORTO, P. N. Por que os pacientes não aderem ao tratamento? Dispositivos metodológicos para a educação em saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, abr./jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0103--11042014000200338&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 2 set. 2016.

BRAGA, P. P. *et al*. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 903-912, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413--81232016000300903&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 2 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de atenção domiciliar*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a. 2 v.

_____. Ministério da Saúde. *DATASUS*. Brasília, DF, c2008. Disponível em: http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202. Acesso em: 26 fev. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 28 maio 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html>. Acesso em: 2 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 12 jun. 2012b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 2 set. 2016.

SALVADOR (BA). Prefeitura. Secretaria de Saúde. Departamento de Planejamento, monitoramento e avaliação em saúde. *Plano Municipal de Saúde 2014-2017*. Salvador: [S. n.], 2014. Disponível em: <http://www.saude.salvador.ba.gov.br/arquivos/astec/pms_2014_2017_versaofinal.pdf>. Acesso em: 2 set. 2016.

CHAMPAGNE, F. *et al*. A análise de implantação. In: BROUSSELLE, A. *et al*. *Avaliação, conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011, p. 217-239.

LACERDA, M. R. *et al*. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. *Saúde e Sociedade,* São Paulo, v. 15, n. 2, maio/ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000200009>. Acesso em: 2 set. 2016.

MARSIGLIA, R. M. G. Famílias: questões para o Programa de Saúde da Família (PSF). In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. (Org.). *Família:* redes, laços e políticas públicas. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

MELO, R. M. C.; RUA, M. S.; SANTOS, C. S. V. B. Necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência,* Coimbra, v. 4, n. 2, jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832014000200015>. Acesso em: 2 set. 2016.

MINAYO, M. C. *O desafio do conhecimento:* pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MOIMAZ, S. A. S. *et al*. Saúde da Família: o desafio de uma atenção coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 16, sup.1, jan. 2011. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/72420>. Acesso em: 2 set. 2016.

PEREIRA, A. P. S. *et al*. O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. *Revista Brasileira de Enfermagem,* Brasília, DF, v. 62, n. 3, maio/jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/12.pdf>. Acesso em: 2 set. 2016.

PINHEIRO, D. G. M. *et al*. Competências em promoção da saúde: desafios da formação. *Saúde e Sociedade,* São Paulo, v. 24, n. 1, jan./mar. 2015. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/104598/0>. Acesso em: 2 set. 2016.

REHEM, T. C. M. S. B.; TRAD, L. A. B. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 10, p. 231-242, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413--81232005000500024&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 2 set. 2016.

SCARPARO, A. F. *et al*. Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na enfermagem. *Revista Rene,* Fortaleza, v. 13, n. 1, p. 242-251, jan. 2012. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/281497981_Reflexoes_sobre_o_uso_da_tecnica_Delphi_em_pesquisas_na_enfermagem>. Acesso em: 2 set. 2016.

SILVA, K. L. *et al*. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. *Revista de Saúde Pública,* São Paulo, v. 44, n. 1, p. 166-176, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n1/18.pdf>. Acesso em: 2 set. 2016.

WACHS, L. S. *et al*. Prevalência da assistência domiciliar prestada aos idosos brasileiros e fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102--311X2016000300702>. Acesso em: 2 set. 2016.

Recebido para publicação em outubro de 2016
Versão final em maio de 2017
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Sujeitos da antítese e os desafios da práxis da Reforma Sanitária Brasileira

Subjects of the antithesis and the challenges of the praxis of the Brazilian Health Reform

Jairnilson Silva Paim[1]

RESUMO O conceito de revolução passiva tem sido utilizado como recurso para a análise da Reforma Sanitária Brasileira (RSB). Pode ser considerado, também, como um critério para que sujeitos desequilibrem o binômio conservação-mudança. O artigo tem como objetivo discutir os conceitos de sujeitos da práxis e de sujeitos da antítese para a análise da RSB. Ao considerar a conjuntura atual, o estudo procura caracterizar distintos sujeitos que transitam por projetos em disputa na saúde. Conclui chamando atenção para o fato de a RSB se apresentar até o presente como uma reforma parcial, o que não significa anular as possibilidades de os sujeitos da antítese conduzirem o seu processo para uma reforma mais ampla.

PALAVRAS-CHAVE Política de saúde. Sistema Único de Saúde. Revolução passiva. Movimento da Reforma Sanitária. Reforma dos serviços de saúde.

ABSTRACT *The concept of passive revolution has been used as a resource for the analysis of the Brazilian Health Reform (RSB). It can be considered, as well, as a criterion for subjects to unbalance the conservation-change binomial. The article aims to discuss the concepts of praxis subjects and subjects of the antithesis for the analysis of the RSB. When considering the present conjuncture, the study seeks to characterize different subjects that transit through projects in dispute in health. It concludes by drawing attention to the fact that the RSB presents itself to the present as a partial reform, which does not mean to nullify the possibilities of the subjects of the antithesis to lead their process towards a wider reform.*

KEYWORDS *Health policy. Unified Health System. Passive revolution. Health Reform Movement. Health care reform.*

[1] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil.
jairnil@ufba.br

Introdução

O uso do conceito de revolução passiva como ferramenta de análise, interpretação e explicação para o desenvolvimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) reitera a necessidade de estudar e pensar o Brasil, sua sociedade, seu Estado e sua cultura (IANNI, 2004) com o intuito de analisar os limites e as possibilidades desse 'projeto e processo' (PAIM, 2008B).

Esse recurso heurístico não deve ser visto como justificativa, pretexto ou desculpa para o fato de a RSB ser considerada uma 'promessa não cumprida'. Nem mesmo como espécie de racionalização para os 'filtros' pelos quais passou ou para outros possíveis históricos que não se viabilizaram (SCHRAIBER, 2008). Assim, o conceito de 'revolução passiva' não deve ser visto como forma de dourar o conformismo de muitos nem a resignação de outros. Ao contrário, tendo em conta que as mudanças sociais verificadas na História do Brasil não são as do tipo jacobino, a compreensão da dialética da mudança-conservação ou da revolução-restauração permite orientar a ação de sujeitos no sentido de tornar menos conservadora a resultante desse processo.

O 'dilema reformista', já apontado desde o início do processo da RSB (TEIXEIRA, 1989) e retomado em estudos mais recentes (DANTAS, 2014; SILVA, 2016), requer sujeitos sociais que incidam sobre certos componentes da 'revolução passiva' brasileira. Nesse sentido, a 'revolução passiva' representa um critério para que tais sujeitos desequilibrem o binômio da conservação-mudança em favor das forças progressistas e contribuam para mudar a direção do 'transformismo'. Esses 'portadores da antítese' (VIANNA, 2004) poderiam ser identificados, ainda que em estado prático, em novas conjunturas, ou constituídos de forma deliberada, enquanto 'sujeitos da antítese'. Nesse sentido, o presente artigo tem como objetivo discutir os conceitos de 'sujeitos da práxis' e de 'sujeitos da antítese' para a análise de conjunturas e práxis da RSB.

Sujeitos da práxis e sujeitos da antítese

A constituição de um sujeito social supõe a superação da sua condição de indivíduo, quando incorpora uma ideologia, e a possibilidade de se tornar um ator social na medida em que seja capaz de incluir temas na agenda do Estado (TESTA, 1995). A sua intencionalidade, analisando concretamente as circunstâncias, poderia aguçar a consciência crítica, estimular a mobilização, perseguir a organização e buscar a efetividade da intervenção enquanto sujeito transformador (TESTA, 2007).

Toda práxis supõe a existência de um sujeito que se contrapõe ao objeto e toma iniciativa (sujeito da práxis), mas que pode, também, sujeitar-se, tal como sugere a sua etimologia, que vem de *subjectus* (sujeitado). Assim, não existe práxis sem sujeito. E se a práxis é práxis do sujeito, cabe em cada situação concreta identificar os sujeitos da práxis. Além disso, considera-se a possibilidade de que, em circunstâncias especiais a serem investigadas concretamente, alguns desses sujeitos da práxis possam se transformar em sujeitos da antítese, desenvolvendo uma práxis na perspectiva dialética (GRAMSCI, 1966) e intervindo, concretamente, sobre a realidade.

A elaboração teórica (ALTHUSSER, 1978) sobre o sujeito da antítese inspira-se na noção de 'portadores da antítese' (VIANNA, 2004). Nesse sentido, é fundamental considerar os três momentos do processo dialético – tese, antítese e síntese:

> O primeiro momento desse processo – a tese –, apresenta-se como uma identidade. [...] O positivo só o é aparentemente; pois em verdade, a identidade inicial contém o negativo. [...] Daqui nasce um movimento: a contra-dicção, ou o não-idêntico, o diferente do idêntico, adquire certa autonomia. [...] A dicção se transforma pois em contra-dicção, a tese se torna antítese. O segundo momento do processo constitui uma explicitação do negativo [...]. No momento em que surge a determinação

> da antítese estabelece-se o movimento da contradição, que é a alma de toda a dialética, ou da verdade entendida como processo. [...]. A contradição, portanto, dá lugar a um novo momento que é a síntese, e que faz da verdade o resultado de um processo do mesmo modo como a antítese explicita a tese, a síntese desdobra a antítese, em busca de uma identidade superior. (BORNHEIM, 1983, P. 49-51).

Concedendo-se à antítese o caráter de negação da tese, representada pela manutenção do *status quo*, o conceito de sujeito da antítese deve ser investigado para além do produto de um trabalho teórico, propósito do presente texto, e, sim, a partir da práxis. Mas no momento inicial de elaboração teórica, seria necessário conceituar sujeito da antítese. Em outras oportunidades, caberia investigar, concretamente, conjunturas no sentido de averiguar a existência de sujeitos da antítese na realidade social. Contudo, uma advertência se faz necessária:

> A dialética não encontra seu ponto de partida na subjetividade do sujeito, qualquer que seja a interpretação que se lhe empreste. A dialética se tornou incompatível com o subjetivismo, em todas as suas modalidades. A razão disso é simples: a dialética não pode sobrepor-se à realidade. (BORNHEIM, 1983, P. 177).

Desse modo, a análise de conjunturas pode ser uma via de superar o subjetivismo, examinando escrupulosamente a realidade. O mapeamento dos sujeitos de práxis e a identificação de sujeitos da antítese em situações concretas comporiam um processo de investigação e, simultaneamente, alimentariam o pensamento estratégico a orientar a intervenção.

Os sujeitos da antítese e a 'grande política' da RSB

Na RSB, o sujeito da antítese merece ser pensado na perspectiva da 'grande política', ainda que possam ser identificados atores que, exercendo a 'pequena política', fazem-no de modo mais amplo na construção e na defesa de um dado projeto durante os diversos 'momentos parciais':

> Na história real, a antítese tende a destruir a tese, a síntese será uma superação, mas sem que se possa estabelecer *a priori* o que será 'conservado' da tese na síntese, sem que se possa 'medir' *a priori* os golpes como em um ringue convencionalmente regulado. Que isso ocorra de fato, de resto, é uma questão de 'política' imediata, já que, na história real, o processo dialético se fragmenta em inúmeros momentos parciais. (GRAMSCI, 1999, P. 292).

Essa dupla perspectiva pode aprofundar o tensionamento para evitar que a RSB se confine a uma reforma parcial de caráter setorial e institucional ou – a pretexto de um realismo político, traduzido em pragmatismo ou transformismo – aceitar um Sistema Único de Saúde (SUS) pobre para pobres e submetido à lógica do setor privado, tal como foi destacado mediante a metáfora do Minotauro da Saúde (SILVA, 2016). Essas são questões que permanecem em aberto para a análise das perspectivas da RSB. E a estratégia a ser adotada não pode ignorar algumas pistas da obra de Gramsci:

> Se Mazzini tivesse um programa – isto é, não fosse apenas um político 'iluminado' – e compreendesse o movimento de Cavour, mesmo assim não teria como reverter o *Risorgimento* em um processo jacobino nacional-popular. Mas poderia ter impresso – parece sugerir Gramsci – uma outra dinâmica ao binômio clássico ao transformismo, em que a 'mudança' viesse a preponderar sobre a 'conservação'. (VIANNA, 2004, P. 105).

Essa outra dinâmica pode ser uma opção do movimento sanitário enquanto a 'classe ausente' (SANTOS, 2014) permanecer omissa, a democracia for condenada a ser um fetiche

(DANTAS, 2014) e o socialismo uma utopia.

Entretanto, a hegemonia, enquanto estratégia socialista, vem desde Gramsci sendo colocada como um dos significados da democracia, realista e concreto. E a radicalização da democracia (LACLAU; MOUFFE, 2010) não soa estranha na construção dessa hegemonia:

> Gramsci não deseja um falso igualitarismo, mas luta para que a democracia não seja mais despedaçada pela corrupção, pela exploração e pela opressão. Em seu diálogo consigo próprio e com os outros, chegou à conclusão de que a via democrática é a justa, mas que são enormes as dificuldades a serem superadas e que o desenvolvimento histórico, no âmbito da forma democrática de vida, exige uma disponibilidade de energias morais e intelectuais, para que a 'filosofia da práxis' não se reduza a pragmatismo utilitarista. (BADALONI, 1988, P. 23-24).

Tal alerta parece muito caro ao caso brasileiro desde a transição democrática e, muito especialmente, nos períodos de governo Lula e Dilma. Daí as tarefas urgentes do presente, relativas ao estudo: investigação e constituição de sujeitos da antítese, sobretudo a partir das manifestações de junho de 2013 e dos retrocessos impostos pelo golpe de 2016.

Portanto, a constituição de sujeitos sociais, individuais e coletivos (TESTA, 2007) pode conceber sujeitos da antítese para aprofundar o processo da RSB na direção da radicalização da democracia, enquanto estratégia para a hegemonia socialista (LACLAU; MOUFFE, 2010). Não sendo ainda possível identificar tais sujeitos na realidade, caberia investir na formação de sujeitos da práxis para sustentarem o processo da RSB e defenderem o direito universal à saúde e o SUS.

Essas questões permanecem em aberto para a análise das perspectivas da RSB, pois a constituição de sujeitos implica um complexo processo de aprendizagem que envolve a autoformação e a transformação dos indivíduos (DALLMAYR, 2001). Entretanto, para além da pedagogia, os sujeitos se constituem através da ideologia, do trabalho e das lutas.

Presentemente, diante da negligência de partidos políticos de esquerda com a formação dos seus militantes, diversos sujeitos são constituídos pela via dos movimentos sociais. Esses, porém, não são virtuosos em si mesmos. Há movimentos sociais progressistas, caracterizados por fazeres propositivos e comprometidos com a emancipação dos sujeitos, a transformação da sociedade, a afirmação de direitos sociais e a defesa das liberdades. E, também, existem movimentos sociais conservadores quando se verifica a imposição de interesses particulares, contrários à emancipação (GOHN, 2003). Os desdobramentos regressivos das Jornadas de Junho nos anos seguintes (MAGNO, 2015), incluindo os vinculados ao golpe de 2016 (TEIXEIRA, 2016), reforçam a distinção elaborada pela autora.

Os movimentos sociais em saúde, como o da Reforma Sanitária, expressam-se mediante a atuação de Conselhos de Saúde e organizações como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), a Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES), a Rede Unida, Fóruns, entre outros. Eles têm sido considerados progressistas, ainda que careçam de uma teoria do sujeito (DALLMAYR, 2001), para melhor entender seus limites e possibilidades.

Essa necessária teoria do sujeito pode tomar como contribuição o pensamento estratégico em saúde (TESTA, 1995) e as pistas teóricas sobre a práxis (VÁZQUEZ, 2007) e o 'portador da antítese' (VIANNA, 2004). O trabalho teórico para a elaboração do conceito de sujeito da antítese segue, portanto, nessa direção. Do mesmo modo, a atenção especial para a pluralidade de vozes em sociedades democráticas, ressaltada por Laclau e Mouffe (2010), estimula investigar, concretamente, a possível existência de sujeitos da antítese. Eles podem emergir dos movimentos sociais vinculados às lutas contra o sexismo, o racismo, a discriminação sexual e a defesa do ambiente, entre outras.

Tais movimentos, sem abrir mão das suas pautas específicas, apresentam a potencialidade de associarem-se às lutas de classes dos trabalhadores num projeto articulado contra-hegemônico. Cabe, portanto, a identificação de distintos antagonismos na sociedade contemporânea, estabelecendo-se uma cadeia de equivalências entre as diversas lutas contra as distintas formas de subordinação presentes nas relações sociais (LACLAU; MOUFFE, 2010).

Trata-se nesse processo de constituir sujeitos da práxis (individuais e coletivos), que questionem a não garantia do direito à saúde, as iniquidades e as relações de subordinação. Mas a finalidade desse processo de constituição de sujeitos é alcançar sujeitos da antítese capazes de identificar antagonismos sociais para desencadear ação política: "O antagonismo é, portanto, a parteira do sujeito, pois só pode emergir pela subversão da posição subordinada do sujeito" (FLEURY, 2009, P. 39).

Análise de conjuntura e práxis

A análise de conjuntura supõe a análise de relações de força, examinando um feixe de relações contraditórias, e visa ao conhecimento do desenvolvimento desigual dessas relações em cada um dos níveis que articuladamente compõem a totalidade social (GRAMSCI, 1976). Significa identificar as contradições resultantes do processo de acumulação capitalista e da atuação do Estado, as suas mediações com as condições e as práticas de saúde referentes às diferentes classes e grupos sociais, bem como os enfrentamentos que se dão no âmbito da sociedade e que impõem a ação reguladora, democrática ou coercitiva do Estado.

Considerando a RSB como um processo aberto (AGGIO, 1998), análises de conjunturas poderiam apontar as posições dos sujeitos e a correlação de forças que imprimiriam mudanças ou restaurações no âmbito da saúde. É justamente o entendimento da RSB para além de uma proposta ou um projeto, mas como um processo, que permite analisar os diversos momentos parciais e a atuação dos sujeitos da práxis, seja conservando algo na síntese, seja reforçando a antítese, enquanto sujeitos da antítese, e alterando o sentido da conservação.

O elemento jacobino passível de ser identificado nesse processo poderia investir, presentemente, na defesa e no aprofundamento da democracia, contribuindo para a alteração da correlação de forças observada nesse estado de exceção que se vai configurando com a chamada Operação Lava Jato e com as ações dos protagonistas do golpe de 31 de agosto de 2016. Os sujeitos da antítese estariam voltados para desequilibrar o binômio conservação-mudança, conferindo um caráter mais progressista para a revolução passiva na RSB. Desse modo, a compreensão mais nítida da revolução passiva, no caso da sociedade brasileira, particularmente, diante de um fenômeno sócio-histórico como o da RSB, pode indicar um critério para a práxis de novos sujeitos sociais constituídos no sentido de mudarem, também, a direção do transformismo.

O artigo escrito antes da revolta popular, que, no ano de 2013, mobilizou mais de 2 milhões de pessoas, em 438 municípios, defendia a revitalização da sociedade civil no sentido de desequilibrar o binômio da conservação-mudança, ressaltando a força da antítese que poderia emergir dos movimentos sociais (PAIM, 2013A). Apesar das distintas leituras feitas com relação às manifestações de junho de 2013, cumpre reconhecer que a reiteração de direitos assegurados pela Constituição (educação, saúde e participação cidadã) e a extensão de outros (transporte gratuito, saneamento e ética na política e na gestão da coisa pública) eram destacadas na oportunidade e correspondem a direitos e princípios que constavam nos projetos políticos Esperança e Mudança e Democrático-popular, definidos na transição democrática

(PAIM, 2013A). Entretanto, esses direitos sociais e políticos encontram-se ameaçados e subvertidos pela coalizão de forças retrógradas que tramaram e executaram o golpe de 2016.

Contudo, a consolidação de uma política democrática não pode ser feita apenas pelo Estado, nem por partidos formalizados, cabendo recuperar a análise das classes sociais para explicar a ideologia e a práxis de novas classes trabalhadoras na estrutura social brasileira (ALMEIDA, 2013). A revitalização da sociedade civil, onde se originaram a RSB e o SUS, estimula visitar criticamente o próprio marxismo que lhes fundamentou:

> O marxismo clássico trabalhava com um socialismo voltado para a economia. O marxismo soviético com um socialismo voltado para o Estado, e hoje, finalmente, devemos trabalhar para um socialismo voltado para a sociedade [...]: 'resgatar o social no social-ismo'. (BURAWOY, 2015, P. 60, GRIFO NOSSO).

Esse olhar aguçado para o social, independentemente da presença de utopias, pode orientar o que fazer numa conjuntura tão complexa quanto a atual. Retomando Gramsci, que bem analisou a natureza do Estado moderno e elaborou o conceito de Estado ampliado, podem ser visualizados elementos capazes de revigorar esse socialismo democrático voltado para a sociedade:

> Gramsci [...] quer transferir o fruto de seu aprendizado para o 'seu' ator: a sociedade civil, lugar efetivo em que se garante a dominação exercida sobre ele, deve ser, por isso mesmo, o lugar de sua emancipação. O *social,* como instância prisioneira da sociedade civil burguesa, não tem outro recurso que o da política – uma política que seja a tradução da sociabilidade emergente, e não a política ilusória de mudanças 'por cima', impostas em uma 'pedagogia' da coerção. (VIANNA, 2004, P. 88).

Nessa perspectiva, cabe retomar a centralidade da crítica e da práxis. A construção do SUS público, gratuito e de qualidade passa pela radicalização da Reforma Sanitária e da democracia. Diante de um fenômeno sócio-histórico como a RSB e de uma totalidade concreta e complexa como o SUS, faz-se necessário acionar teorias potentes que ajudem a desvendar o que não se encontra nas aparências. A vitalidade do 'processo' da RSB cria, portanto, espaços virtuais para a constituição de sujeitos da antítese que podem se tornar espaços reais pela via da práxis.

Comentários finais

Neste ensaio, foram discutidos os conceitos de sujeitos da antítese e sujeitos da práxis na perspectiva da realização de análise de conjunturas e da práxis da Reforma Sanitária. Cabe lembrar que o conceito de sujeito da antítese está baseado na noção de 'portadores da antítese', concebida por Vianna (2004). Não representa um grupo social que se opõe à reforma sanitária, ao contrário, supõe um sujeito social que possa contribuir no sentido de fazer avançar o processo da RSB para além do *status quo* ou da revolução passiva que marca a história do Brasil.

O presente estudo procurou argumentar que a radicalização da RSB, assim como a luta pela consolidação do SUS democrático, implica a constituição de novos sujeitos e atores sociais para a sua sustentabilidade, recorrendo à práxis e à dialética (sujeitos da práxis). Esses processos poderão favorecer a constituição de sujeitos capazes de desequilibrar o binômio da 'conservação-mudança' da revolução passiva brasileira (sujeitos da antítese). Se a investigação e a práxis ainda não forem capazes de apontar a existência desse sujeito na realidade concreta, caberia continuar apostando na formação dos sujeitos da práxis.

Na conjuntura atual, é possível considerar que esses sujeitos transitem em pelo menos

três projetos em disputa na saúde: o mercantilista ou expansionista, o revisionista ou racionalizador e o da RSB (PAIM, 2008A).

O primeiro parece assimilar sujeitos originalmente identificados com o movimento sanitário, mas que, através do transformismo ou do pragmatismo político, têm permitido a privatização da saúde por fora e por dentro do SUS, por meio da expansão dos planos de saúde e da adoção de Organizações Sociais (OS), parcerias público-privadas, terceirizações etc. Esse projeto mercantilista já dispõe dos seus sujeitos organicamente vinculados ao capital, além de outros advindos do movimento sanitário pela via da cooptação, do oportunismo ou do transformismo. Além de possuir sujeitos bem formados ideologicamente, conta com a colaboração dos aparelhos de hegemonia, seja na mídia, nas entidades de saúde e nas universidades.

O projeto racionalizador, cujos conteúdos podiam ser constatados desde a década de oitenta (BAPTISTA, 1997), foi se fortalecendo com a implantação do SUS, sendo exercitado por segmentos anteriormente comprometidos com a RSB, mas que flexibilizam princípios e diretrizes em função dos imperativos da ordem econômica e dos interesses do Estado e das classes hegemônicas. Esse projeto revisionista pode se beneficiar da constituição de sujeitos da práxis, especialmente, funcionários de governo (TESTA, 2007) que passaram pelo desenvolvimento de uma aptidão crítica. Estes podem ser parceiros de sujeitos transformadores ou, na dependência de situações concretas, transformar-se em 'sujeitos da resistência' contra o projeto mercantilista e contra a destruição do SUS, implementado, sobretudo, pelo golpe parlamentar-midiático de 2016.

Já o projeto da RSB toma como referência o pensamento e a práxis do movimento sanitário através do Cebes e de seus parceiros, exigindo a constituição permanente de novos sujeitos sociais, sejam sujeitos da práxis ou sujeitos da antítese. Esse projeto democrático necessita, além de sujeitos da práxis, da constituição de sujeitos da antítese, seja para tornar a revolução passiva à brasileira menos conservadora, seja para tensionar o processo da RSB no sentido de ultrapassar a práxis de reforma parcial, apelando para outros tipos de práxis.

Por conseguinte, os limites e as possibilidades para o desenvolvimento da RSB e do SUS encontram-se condicionados e determinados pelas suas bases de sustentação política, conforme apontam as análises de conjuntura (MAGNO, 2015). Não obstante a derrota dos projetos Esperança e Mudança e o Democrático-popular na conjuntura pós-constituinte (PAIM, 2013A), o minimalismo do Governo Dilma na saúde, as respostas diversionistas do Estado ao povo nas ruas, em 2013, e a ofensiva da direita desde as eleições de 2014 (BAHIA; SCHEFFER, [2014?]; COSTA, 2013; MAGNO, 2015; SCHEFFER, 2015; TEIXEIRA, 2016), a RSB está aí: *Eppur si muove* (PAIM, 2013B).

Portanto, não houve estagnação do 'processo' da RSB, apesar dos constrangimentos produzidos externa e internamente (fora ou dentro do setor saúde). Mesmo que não tenha cumprido integralmente suas promessas, a RSB persiste enquanto 'processo', com avanços e recuos, idas e vindas, conquistas e retrocessos. Nesse contexto, integrantes do movimento sanitário poderiam se constituir como 'sujeitos da antítese' e, ainda que neutralizados politicamente pela força dos dominantes, não estariam condenados à imobilização nem à inércia ou à resignação.

Estudo anterior apontava para o refluxo dos movimentos sociais e para a redução da presença do Cebes na cena política durante a década de noventa, com maior protagonismo da representação de gestores (Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Conass; e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – Conasems), mas indicava uma retomada do movimento sanitário a partir de 2005 (PAIM, 2008B). Se, antes, o movimento sanitário restringia-se a ações esporádicas e inorgânicas, enquanto os fatos comandavam o processo, reduzindo a força da antítese, a refundação do Cebes, em 2006,

e a sua atuação político-ideológica posterior poderiam sugerir outros 'sujeitos da práxis', bem como a instauração de novos diálogos entre tais sujeitos e, eventualmente, a constituição de possíveis 'sujeitos da antítese'.

O fato de a RSB se apresentar até o presente como uma 'reforma parcial' não anula as possibilidades de os sujeitos da antítese empurrarem o seu processo para uma 'reforma geral' ou para uma 'revolução no modo de' vida (HELLER, 1986), mediante uma práxis criadora, uma práxis reflexiva e uma práxis política. Tais possíveis históricos, entretanto, nem a 'filosofia da práxis' é capaz de prever:

> é possível prever 'cientificamente' apenas a luta, mas não os momentos concretos dela, que não podem deixar de ser resultados de forças contrastantes em contínuo movimento. (GRAMSCI, 1999, P. 121). ■

Referências

AGGIO, A. A revolução passiva como hipótese interpretativa da história política latino-americana. In: AGGIO, A. *Gramsci, a vitalidade de um pensamento*. São Paulo: Unesp, 1998. p. 161-176.

ALMEIDA, C. M. Os 25 anos do SUS: desencanto ou oportunidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1944-1946, out. 2013. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001400008>. Acesso em: 2 fev. 2017.

ALTHUSSER, L. *Sobre o Trabalho Teórico*. Lisboa: Presença, 1978.

BADALONI, N. Gramsci, para além de sua época e de seu país. In: COUTINHO, C. N.; NOGUEIRA M. A. (Org.). *Gramsci e a América Latina*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988. p. 11-24.

BAHIA, L.; SCHEFFER, M. *A saúde nos programas de governo dos candidatos a Presidente da República do Brasil nas eleições de 2014*: notas preliminares para o debate. Rio de Janeiro: Abrasco, [2014]. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/07/proposta-sa%C3%BAde-presidenciaves-2014.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2014.

BAPTISTA, T. W. F. *Caminhos e percalços da política de saúde no Brasil*: vinte anos da Reforma Sanitária. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997.

BURAWOY, M. Entrevista Michael Burawoy. *Revista Cult*, São Paulo, v. 139, p. 60-62, fev. 2015.

BORNHEIM, G. A. *Dialética*: teoria, práxis; Ensaio para uma crítica da fundamentação ontológica da Dialética. São Paulo: USP, 1983.

COSTA, A. M. Onde foi parar o sonho do SUS? *Le Monde Diplomatique Brasil*, Santana de Parnaíba, v. 69, p. 30-31, 2013. Disponível em: <http://diplomatique.org.br/onde-foi-parar-o-sonho-do-sus/>. Acesso em: 2 fev. 2017.

DALLMAYR, F. Para além da democracia fugidia: algumas reflexões modernas e pós-modernas. In: SOUZA, J. (Org.). *Democracia hoje*: Novos desafios para a teoria democrática contemporânea. Brasília, DF: UnB; 2001. p. 11-38.

DANTAS, A. V. *Do socialismo à democracia:* dilemas da classe trabalhadora no Brasil recente e o lugar da Reforma Sanitária Brasileira. 2014. 378 f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

FLEURY, S. Democracia e socialismo: o lugar do sujeito. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). *Participação Democracia e Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 24-46.

GOHN, M. G. (Org.). *Movimentos sociais no início do século XXI*: antigos e novos atores sociais. Petrópolis: Vozes, 2003.

GRAMSCI, A. *Cadernos do cárcere*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999. v.1.

_____. *Concepção dialética da história*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1966.

_____. *Maquiavel, a política e o Estado moderno*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1976.

HELLER, A. *Teoría de las necesidades en Marx*. Barcelona: Península, 1986.

IANNI, O. *Pensamento social no Brasil*. Bauru: Edusc, 2004.

LACLAU, E.; MOUFFE, C. *Hegemonia y estrategia socialista*: Hacia una radicalización de la democracia. 3. ed. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2010.

MAGNO, L. D. *Dos clamores das ruas aos rumores no Congresso*: uma análise da conjuntura recente da saúde no Brasil. 2015. 106 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) – Programa de Pós-graduação do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

PAIM, J. S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1927-1936, 2013a.

_____. Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: MATTA, G. C.; LIMA, J. C. F. (Org.). *Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde*: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008a, p. 91-122.

_____. *Reforma Sanitária Brasileira*: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008b.

_____. *Reforma Sanitária Brasileira*: eppur si muove. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1952-1953, 2013b.

SANTOS, R. T. *O fantasma da classe ausente*: as tradições corporativas do sindicalismo e a crise de legitimação do SUS. 2014. 170 f. Tese (Doutorado em Ciência Política) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014. 170 p.

SCHEFFER, M. O capital estrangeiro e a privatização do sistema de saúde brasileiro. C*adernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p. 663-666, 2015. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v31n4/0102-311X-csp-31-04-00663.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2017.

SCHRAIBER, L. B. Saúde Coletiva: um campo vivo. In: PAIM, J. S. R*eforma Sanitária Brasileira:* contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

SILVA, T. H. S. F*orça ou Consenso:* a Reforma Sanitária Brasileira entre o Dilema Reformista e o M*inotauro* da Saúde. 2016. 193 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

TEIXEIRA, C. F. A *saúde no Brasil em 2016 através das lentes do OAPS.* Observatório de Análise Política em Saúde, [2016]. Disponível em: <http://analisepoliticaemsaude.org/oaps/documentos/pensamentos/1482336608585aa9600982e.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2017.

TEIXEIRA, S. M. F. (Org.). R*eforma Sanitária em busca de uma teoria.* São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco, 1989.

TESTA, M. D*ecidir en Salud:* ¿Quén?, ¿Cómo? Y ¿Porqué? Salud Colectiva, Buenos Aires, v. 3, n. 3, p. 247-257, set./dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652007000300003>. Acesso em: 2 fev. 2017.

_____. P*ensamento Estratégico e Lógica de Programação:* o caso da saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

VÁZQUEZ, A. S. F*ilosofia da práxis*. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales; São Paulo: Expressão Popular, 2007.

VIANNA, L. W. A *revolução passiva:* iberismo e americanismo no Brasil. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Revan, 2004.

Recebido para publicação em março de 2017
Versão final em julho de 2017
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Refletindo sobre o instituído na Promoção da Saúde para problematizar 'dogmas'

Reflecting on the established in Health Promotion to problematize 'dogmas'

Fabio Fortunato Brasil de Carvalho[1], Simone Cynamon Cohen[2], Marco Akerman[3]

RESUMO O ensaio busca problematizar temas importantes para a construção teórico-conceitual da Promoção da Saúde, que é discutida a partir de múltiplas concepções. Por meio de revisão bibliográfica, buscou-se embasamento para a defesa de que a Promoção da Saúde é mais ampla que a prevenção de doenças, mas não pode prescindir dela, além da possibilidade de mudanças comportamentais construídas a partir do empoderamento dos sujeitos e coletividades e da importância da abordagem individual. Conclui-se que a Promoção da Saúde é uma importante forma de produzir saúde, o que inclui as ações cotidianas nos serviços de saúde e no espaço micropolítico da vida.

PALAVRAS-CHAVE Promoção da Saúde. Prevenção de doenças. Autonomia pessoal. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT *The essay seeks to discuss issues that are important to the theoretical and conceptual construction of Health Promotion, which is discussed from multiple views. Through literature review, we sought foundation for the defense that Health Promotion is broader than the prevention of diseases, but cannot do without it, besides the possibility of behavioral changes built from the empowerment of subjects and collectives. We conclude that Health Promotion is an important way to produce health, which includes the daily actions in health services and in the micro-political space of life.*

KEYWORDS *Health Promotion. Disease prevention. Personal autonomy. Primary Health Care.*

[1] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Pública – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica (DAB) – Brasília (DF), Brasil. Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), GT de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *fabiofbcarvalho@gmail.com*

[2] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Saneamento e Saúde Ambiental (DSSA) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *cohen@ensp.fiocruz.br*

[3] Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Saúde Pública (FSP) – São Paulo (SP), Brasil. Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), GT de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *marcoakerman@usp.br*

DOI: 10.1590/0103-11042017S320

Introdução

A Promoção da Saúde (PS), além de campo de formulações teóricas, é, sobretudo, um espaço de manifestações práticas na realidade social (VERDI; CAPONI, 2005) e, no Sistema Único de Saúde (SUS), é uma estratégia conceitual e prática para a mudança no modelo de organização dos serviços de saúde.

Argumenta-se neste ensaio que a PS, em sua vertente crítica, contribui para prevenir doenças, buscando superar algumas limitações que esse conceito traz. Para relativizar a dicotomia entre PS e prevenção de doenças, tema estruturante para aquela, propõe-se apresentar seus conceitos apontando algumas formas de como eles são traduzidos em práticas nos serviços de saúde da Atenção Básica (AB).

Denomina-se como o instituído na PS a defesa de que algumas estratégias, a priori, não poderiam ser relacionadas com a vertente crítica, tais como a mudança de comportamento, as estratégias individuais e, ainda, a PS como macropolítica e as ações do cotidiano, o discurso e a prática da PS, o que se busca problematizar por meio de reflexões e apontamentos baseados na literatura.

Há quase dez anos, Fernandez *et al.* (2008) já afirmavam que a discussão conceitual sobre a PS ainda estava em aberto, sob diferentes perspectivas, permanecia uma multiplicidade na qual a PS poderia significar uma promessa de mudança, por um lado, ou nada de novo, por outro, transitando desde processos educativos, produção e difusão da 'melhor' e mais 'clara' informação, empoderamento de indivíduos e comunidades, participação popular e a conquista da autonomia dos atores sociais, entre outros.

Da perspectiva deste estudo, problematizar a PS por meio da análise crítica de alguns temas torna-se importante para avançar na construção teórico-conceitual e dar elementos para a prática no SUS. A inovação que este ensaio enseja são as interpretações apresentadas que problematizam aquelas hegemônicas da PS, localiza-se no espaço do conhecimento nas lacunas encontradas nesta literatura que aparentemente cristalizaram alguns temas relacionados com a PS. Há na literatura, em geral, a ideia de que a PS e a prevenção de doenças são necessariamente antagônicas, contudo acredita-se que aquela é mais ampla do que esta, o que não a invalida.

Fruto de uma das etapas de construção de projeto de pesquisa, de caráter ensaístico, o texto foi construído a partir de revisão da literatura, buscando concepções mais abrangentes, sem a intenção de esgotar todas as possibilidades de análise sobre o tema. Esta análise buscou problematizar alguns porquês da PS, exprimindo-os, sem juízos de valor ou submissão à prova de fatos. Com isso, buscou-se proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a construir diferentes interpretações daquelas hegemônicas (SILVEIRA; CÓRDOVA, 2009).

A pesquisa em bases de dados científicas que subsidiou o levantamento das referências, guiada por análise exploratória, ocorreu entre janeiro e novembro de 2016 por intermédio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), da base de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) e sítios institucionais, principalmente do Ministério da Saúde (MS) utilizando o descritor: Promoção da Saúde. Expandiu-se ainda a análise com referências dos artigos recuperados na revisão e que possuíam relação com os temas abordados neste manuscrito. Também foram consideradas as vivências percepções e reflexões dos autores em espaços institucionais de gestão do SUS e da academia.

Na revisão citada, algumas questões importantes foram evidenciadas, em especial a quantidade de temas que podem ser relacionados com a PS, levantando a reflexão sobre como definir e operacionalizá-la. Nela, foi realizado um levantamento bibliográfico em meados de novembro de 2016 e foram encontrados no SciELO 765 artigos contendo o descritor: Promoção da Saúde. Após leitura do título e resumo, utilizando a primeira

versão da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) que foi publicada em 2006 como marco político e histórico-temporal, foram selecionados 224 para leitura com o objetivo de avançar na discussão sobre a PS.

Em complemento, compartilha-se que, em outubro do mesmo ano, foram encontradas 3.379 dissertações e teses na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (BDTD/Ibict) ao incluir o descritor: Promoção da Saúde na opção pela pesquisa em todos os campos. Ora, dado o grande número de publicações sobre o tema, parece razoável afirmar que a PS é uma espécie de grande guarda-chuva no qual cabe toda sorte de temas relacionados com uma visão ampliada de saúde. Mais de 100 referências fizeram parte do projeto de pesquisa; a partir deles, foram feitos recortes e seleção para o objeto ora apresentado.

Promoção da Saúde e prevenção de doenças

Um resgate histórico contribui para a compreensão da PS, práticas que posteriormente poderiam ser denominadas como tal são datadas a partir do século XIX, por exemplo, com Virchow que já relacionava condições de saúde com condições de vida. Contudo, esta terminologia surgiu na década de 20 do século passado com Winslow e em 1945 com Sigerist, como uma das tarefas essenciais da medicina, e no Modelo da História Natural das doenças de Leavell e Clark em 1958 (SOUZA; GRUNDY, 2004; WESTPHAL, 2006).

Na década de 1970, destacam-se o 'Informe Lalonde', que fomentou o questionamento do paradigma biomédico dominante, além da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, convocada pela Organização Mundial da Saúde realizada em Alma-Ata. Na década de 1980, destaca-se a 'Carta de Ottawa' que será abordada em seguida.

A partir de outra análise, a PS pode ser caracterizada por três momentos históricos: i) Início do século XIX até meados do século XX – concepção higienista; ii) Segunda metade do século XX – enfoque na visão comportamentalista, prevalece o foco sobre os estilos e hábitos de vida e a responsabilização individual; iii) a partir de meados da década de 80 do século XX – concepção socioambientalista a partir das Conferências Internacionais, a PS como objeto de política pública, pressupondo a corresponsabilidade entre Estado e sociedade civil (SILVA *ET AL.*, 2013). Destaca-se que as diferentes concepções de PS resistem e coexistem.

A partir desse resgate, apresentam-se três formas de conceituar a PS, cunhadas em momentos históricos e contextos nacionais diferentes: a da 'Carta de Ottawa', a da atual PNPS e do 'Glossário temático' da PS. É compreendida respectivamente como

> processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. (BRASIL, 2013, P. 20);

> [...] um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial [...] buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social. (BRASIL, 2014, N. P.).

Ou ainda como

> uma das estratégias de produção de saúde que, articulada às demais estratégias e políticas do SUS, contribui para a construção de ações transversais que possibilitem atender às necessidades sociais em saúde. (BRASIL, 2012, P. 29).

O primeiro conceito foi construído na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada em Ottawa no Canadá, que não teve participação de representantes

brasileiros; o segundo é fruto do processo de revisão da PNPS que contou com participação da sociedade, controle social, gestores e especialistas (ROCHA *ET AL.*, 2014); e o terceiro é trabalho do MS, que teve aceitação por sua qualidade e clareza ao conceituar termos relacionados com a PS, extrapolando o objetivo inicial de padronizar a linguagem institucional.

Em comum entre eles: a saúde sendo produzida, ou seja, dinâmica, relacionada com o contexto sócio-histórico; a PS como um conjunto de estratégias que necessariamente deve ser articulada com outras para produzirem possíveis melhorias nas condições de vida, respondendo às necessidades sociais em saúde; a presença das dimensões individuais e coletiva/comunitária; a participação e controle social; e o destaque no setor saúde para liderar a intersetorialidade.

Para os objetivos deste ensaio, destacam-se os princípios e diretrizes da PS: concepção ampliada de saúde, participação social, intersetorialidade e intrassetorialidade, autonomia, equidade, empoderamento, a sustentabilidade, integralidade, territorialidade, sustentabilidade, protagonismo do sujeito e governança (BRASIL, 2013, 2014; WESTPHAL, 2006). Defende-se que não há obrigatoriedade de todos os princípios e diretrizes estarem presentes nas ações ou programas, nem há como pensar em um conjunto mínimo destes para que possa ser caracterizada a PS, defende-se que algum desses deve fazer parte dos objetivos, planejamento e execução das ações ou programas de PS e, a partir daí, buscar agregar outros.

Já a prevenção de doenças é definida como a tentativa de evitar o surgimento de doenças, reduzindo a incidência e prevalência nas populações. Baseia-se no controle da transmissão de doenças infecciosas e na redução do risco de doenças degenerativas e que geralmente a estratégia utilizada é a educação em saúde tradicional por meio da transmissão de informações com o objetivo de adoção de hábitos saudáveis e mudanças de comportamentos (SILVA *ET AL.*, 2013).

Baseia-se na compreensão dos riscos ou da probabilidade de adoecimento, relacionando-a com a prevalência de doenças em determinada região e almejando evitá-las (SOUZA; GRUNDY, 2004). No enfoque da prevenção das doenças, o objetivo da atenção à saúde é evitar a doença ou enfermidade, ou seja, o indivíduo passa a ser o alvo da intervenção e é responsável pelo seu estado de saúde; atribui ao seu comportamento os fatores de risco para determinada doença. Assim, a prevenção de doenças é mais vinculada a uma visão biologicista e comportamentalista do processo saúde-doença, busca identificar riscos, atuar sobre eles, mas não considera a gênese desses riscos, sua natureza, mecanismos de atuação e a dimensão histórico-social do processo saúde-doença.

A PS, a partir da proposição de uma abordagem mais ampla, não só focada na doença, surgiu para preencher a lacuna que o modelo biomédico reducionista deixou. Para a PS, a prevenção e o tratamento das doenças, bem como a adoção de comportamento e estilo de vida saudável, requerem medidas de foro ambiental, econômico, sociocultural e legislativo para sua efetivação (SOUZA; GRUNDY, 2004). Para Silva (2008), a distinção entre a prevenção e a PS é a ênfase atribuída ao papel ativo das pessoas, grupos e organização no desenho das práticas e políticas de saúde.

Ou ainda, a PS é mais vinculada a uma visão holística e socioambiental desse processo, e suas diferenças e semelhanças com a prevenção de doenças são dadas a partir da relação com as concepções de saúde e a doença que orientam suas práticas e as vertentes político-ideológicas às quais se filiam (WESTPHAL, 2006). A PS implica um processo mais abrangente e contínuo, que envolve prevenção, educação e a participação de diferentes setores da sociedade na elaboração de estratégias que permitam a efetividade da educação para a saúde (CINCURÁ, 2014).

Assim, a PS não pode ser entendida apenas como um conjunto de procedimentos destinados a reduzir riscos de doenças

(ROCHA; AKERMAN, 2014). Para Silva (2008), atuar na perspectiva da PS significa recuperar a saúde como prática socialmente construída e compreender que o êxito das mudanças pretendidas depende da participação e protagonismo da população e usuários, que deixam de ser reconhecidos como 'população-alvo' e passam a ser reconhecidos como sujeitos ativos e corresponsáveis.

A diferenciação entre uma ação de PS e outra ação que não pode ser caracterizada como tal está relacionada com o conceito de saúde das quais se originam, do alvo das ações e das abordagens utilizadas, ressaltando que tal diferenciação não é tão perceptível na prática e pouco se discute se ações ditas de PS estão incorporando seus princípios e diretrizes (CINCURÁ, 2014). Para Westphal (2006), a prevenção de doenças se aproximará da PS a partir da possibilidade de combinação de estratégias para que as ações também atuem sobre as causas dos problemas, e não só sobre riscos ou sinais e sintomas clínicos, assim como também contemplar o empoderamento individual e coletivo.

Para Karlsen e Villadsen (2016), a atual PS é menos uma questão de corrigir e normalizar os comportamentos do que incentivar comportamentos ou formas de andar a vida com prazer que permanecem dentro de certos limites sensíveis, por não serem nem puritanas nem fanáticas, nem se deslizarem para o que é considerado um comportamento puramente prejudicial à saúde.

Apresentadas as aproximações e distanciamentos entre a PS e a prevenção de doenças, Castiel, Guilam e Ferreira (2010) afirmam ainda ser necessário adotar postura vigilante acerca das diferentes roupagens que a PS pode assumir, já que há na literatura duas principais vertentes da PS: uma conservadora e outra crítica (CZERESNIA, 2003). Há denominações como visão comportamental; e voltada para enfrentamento da determinação social do processo saúde-doença (ROCHA *ET AL.*, 2014), abordagens: biomédica, comportamental e socioambiental (WESTPHAL, 2006), as duas primeiras se aproximam da vertente conservadora, e a última, da crítica. Castiel, Guilam e Ferreira (2010) apontam uma terceira abordagem de PS sem aprofundar a análise desta.

Para Campos (2006), ainda há a permanência da lógica do pensar e agir em saúde que privilegia o enfoque dos efeitos nocivos de determinados comportamentos relacionados com o tabaco, com a atividade física e com a alimentação. Contudo, o autor afirma que também há a compreensão de que a saúde é vinculada à cidadania, autonomia na construção na forma de viver, logo comprometida com a equidade e a justiça social.

Na vertente conservadora, o objetivo principal é a mudança de comportamento para que sujeitos e coletividades tenham menos risco de adoecer. As estratégias utilizadas geralmente são enfocadas na possibilidade de a ação em favor da saúde ser baseada unicamente em sua vontade e esforço, desconsiderando o contexto. A literatura de governamentalidade que se concentrou nas questões de saúde tem prestado muita atenção às estratégias para inculcar a 'prudência', a 'autorresponsabilidade' ou o 'cálculo do risco' (KARLSEN; VILLADSEN, 2016), o que parece permitir afirmar uma forte aproximação com a vertente conservadora.

Na vertente crítica, o objetivo principal é a transformação das condições de vida e saúde de indivíduos e coletivos; para isso, são utilizadas estratégias diversificadas, considera-se que há determinantes e condicionantes da saúde, que tornam mais ou menos factíveis a ação em favor da saúde individual e coletiva. Ao invés de inculcar a culpa interna como o motor para abandonar o comportamento insalubre, é por meio do exercício de práticas e aquisição de novos gostos que uma mudança de modos de vida saudável terá lugar (KARLSEN; VILLADSEN, 2016).

Assim, a prevenção de doenças e a vertente conservadora da PS estariam mais relacionadas com a mudança de hábitos de vida e comportamentos baseados na prescrição e disponibilização de informações de forma

descontextualizada. A informação é importante e necessária, mas não é suficiente, é preciso investigar e agir sobre as possibilidades e interesses dos sujeitos e coletividades em efetivar o que é informado ou prescrito, seja por serviços e profissionais de saúde, seja pela mídia leiga ou especializada. É comum que ocorra a culpabilização daqueles que não adotam as recomendações, desconsiderando que muitas vezes as causas estão interligadas a dimensões sociais, econômicas, culturais que estão fora da governabilidade individual.

Mássimo e Freitas (2014) destacam que frequentemente as ações e programas de saúde centrados em comportamentos fracassam porque buscam convencer sujeitos a modificá-los, a partir da consideração de que seriam prejudiciais ou arriscados à saúde e à vida, acreditando-se que a informação está no centro, quando ela é somente parte de um processo para reconstruir representações, em meio à subjetividade e uma racionalidade limitada quando se trata de riscos, especialmente de riscos em saúde.

Karlsen e Villadsen (2016) abordam a ênfase analítica no papel do prazer ou divertimento nas atuais campanhas de saúde, em um determinado contexto, no qual há o desafio às interpretações que enfatizam univocamente as demandas de cálculo racional do risco, apelo à abstenção e à supressão dos prazeres irracionais. De fato, a PS contemporânea parece ter incorporado certos incentivos ao prazer, divertimento ou mesmo transgressão.

Mássimo e Freitas (2014), em complemento, afirmam, baseadas nas reflexões dos grupos participantes de sua pesquisa, a existência de representações centradas na impossibilidade de considerar a saúde em primeiro plano e, constantemente, na vida cotidiana devido à existência de desejo de viver prazeres e satisfações, que, muitas vezes, não são coerentes com a determinação de ser saudável. Além disso, as autoras lembram que há a necessidade humana de transgressões para se sentir vivo e mais forte que a morte.

Destaca-se até aqui que a PS necessita dialogar não só com a racionalidade científica, mas também com a subjetividade dos desejos, histórias e contextos de vida para tornar mais factível produzir saúde. Além de, na relação entre a PS e a prevenção de doenças, a utilização de termos como: centrados; focados; mais amplos; mais abrangentes; ênfase/enfatizar; ou ainda, em contraste: limitados; entre outros, que são utilizados para demarcar a superação da prevenção de doenças pela PS, mas que evidenciam a relação entre elas.

A Promoção da Saúde na Atenção Básica

De forma sucinta, alguns apontamentos sobre a PS e a prevenção de doenças nos serviços de saúde, em especial da AB, contribuem para o debate realizado neste ensaio já que há a crença de que a PS está no cotidiano dos serviços de saúde, não só na AB, mas também de uma forma apriorística, ou seja, algumas ações são classificadas como tal sem que necessariamente tenham seus princípios e diretrizes em seu escopo, operacionalização e objetivos.

As ações que figuram na primeira versão da PNPS e que foram mantidas na atual versão, como a atividade física ou a alimentação saudável, são exemplos, ou ainda as atividades coletivas, de educação em saúde, independentemente do tema ou da forma de abordagem. Optou-se por apresentar a PS na AB por ser um campo no qual classicamente ela e a prevenção de doenças possuem 'fronteiras' muito próximas.

A porta de entrada da PS no SUS foi a Estratégia Saúde da Família (ESF), e há o reconhecimento da relevância da AB e da ESF para sua implementação (ROCHA *ET AL.*, 2014), para Silva e Rodrigues (2010), a ESF configura-se como espaço privilegiado para o desenvolvimento de práticas promotoras de saúde por ser uma estratégia destinada a reorientar o modelo assistencial por meio da prestação de serviços e ações de saúde pautada nos

princípios da universalidade, equidade, integralidade e participação social.

Contudo, ainda que haja um aparente consenso em torno da ideia de incorporação da PS no âmbito das políticas, a forma como isso se traduz em operações concretas no âmbito das práticas de saúde é bastante diversa (MEDINA *ET AL.*, 2014). Muitos estudos que abordam experiências de implementação de ações de PS trazem discursos relacionados com os princípios, todavia sem avaliar as ações desenvolvidas (CINCURÁ, 2014), assim não seria possível afirmar que atenderam aos princípios e diretrizes da PS.

Afirma-se que os processos de trabalho na ESF ainda se orientam fortemente pelo enfoque centrado na doença, na cura e nos indivíduos baseados em um modelo de saúde médico-centrado, especializado (ROCHA; AKERMAN, 2014); e a maioria do cuidado em saúde ofertado é limitada à abordagem de fator de risco, centrado em ações programáticas e pontuais (TEIXEIRA *ET AL.*, 2014). As ações de PS analisadas ainda são incipientes e possuem baixa institucionalização no âmbito da ESF (MEDINA *ET AL.*, 2014).

Teixeira *et al.* (2014) afirmam que as práticas de PS são fragmentadas e focalizadas e que é necessária a integração entre cuidado clínico, prevenção e PS. Na realidade pesquisada, as práticas relacionadas com a prevenção de doenças estavam centradas na atenção a grupos de risco biológico, eram organizadas em pacotes e turnos fechados, tinham como objetivo o manejo clínico e a prevenção relacionados, estritamente, com o estilo de vida, ou seja, um modelo preventivo de educação em saúde muito pouco efetivo.

Refletindo sobre o instituído na Promoção da Saúde

Ao revisitar a distinção entre PS e prevenção de doenças, em especial ao objetivar problematizar que aquela contribui para que doenças sejam prevenidas, mas não se esgota aí, é importante debater algumas questões caras à PS. Essa distinção citada e aquela entre as vertentes apresentadas revelam alguns 'dogmas' da PS, ou seja, uma defesa de que algumas estratégias, a priori, não poderiam ser relacionadas com a vertente crítica.

Inicia-se destacando que a ideia de 'mudança de comportamento' geralmente não é considerada na vertente crítica da PS, apesar de algumas condições de saúde, em geral, terem como oferta de cuidado para prevenção e tratamento tais mudanças. A vertente conservadora da PS não se caracterizará se as mudanças não forem baseadas na ideia de que o sujeito possui total governabilidade para realizar as medidas terapêuticas necessárias e não as faz simplesmente porque não quer ou por não possuir 'força de vontade', mas na construção de possibilidades por meio do empoderamento deste sujeito.

Destaca-se o surgimento de um objetivo reconfigurado da PS que não envolve uma 'conversão' do indivíduo em um discípulo de salubridade, o problema muda de ser a falta de autodomínio e passa a ser um problema de equilíbrio entre autocontrole e desejo, racionalidade e prazer. Assim, uma PS 'desejável' deve tomar como ponto de partida o reconhecimento não apenas de liberdade pessoal e informada, mas também de desejos conflitantes (KARLSEN; VILLADSEN, 2016).

Logo, a mudança de comportamento se dará por meio do aumento da autonomia, assim buscar-se-á alcançar maior participação e envolvimento de sujeitos e coletivos com as decisões relacionadas com a saúde, entre outras. A construção dessas possibilidades, na relação entre sujeitos e trabalhadores e serviços de saúde, relaciona-se com a negociação e conquista, com o poder compartilhado, com saberes distintos, mas igualmente importantes.

O pressuposto parece ser que o sujeito alvo da proposta de mudança de comportamento está fundamentalmente dividido entre duas disposições: por um lado, é suscetível de apelos

por comportamentos de saúde prudentes e racionais, por outro, há desejo e prazer, uma irracional resistência a esses recursos. Aqui, o objetivo da PS é de promover um sujeito que seja capaz de equilibrar o cuidado de sua saúde (KARLSEN; VILLADSEN, 2016), com o apoio dos serviços e profissionais de saúde, com seus prazeres, desejos e possibilidades dado o contexto no qual está inserido.

Diferentes ciclos de vida, segundo Mássimo e Freitas (2014), possuem diferentes representações sobre formas de lidar com a saúde, denotando alguma necessidade de transgressão ou desejo de viver prazeres e aventuras e a impossibilidade de pensar em saúde constantemente no cotidiano, o que se opõe, fundamentalmente, ao modelo prescritivo das ações de saúde ainda existente.

Assim, as mudanças comportamentais podem ser necessárias, porém, a questão é a forma como elas serão construídas na relação entre os sujeitos, trabalhadores e serviços de saúde. É necessário desconstruir a conotação negativa apriorística da mudança de comportamento, a partir da defesa desta absolutamente pactuada com os sujeitos e associada à busca de mudanças no contexto no qual os sujeitos e coletividades estão inseridos. A ênfase se dirige às formas complexas de interação entre comportamento individual e coletivo; e conjunto de recursos existentes nas comunidades (CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010).

É comum, na abordagem da vertente crítica de PS, em oposição à terminologia e ideia relacionadas à mudança de comportamento, a utilização do termo/conceito: construção de modos de vida saudável. Os modos de vida são a instância determinante dos processos saúde-enfermidade, mediada pelas dimensões estilo de vida e condições de vida, aquele relacionado com formas sociais e culturalmente determinadas de viver, que se expressa em condutas e está relacionada com as condições materiais necessárias à subsistência (FIGUEIRA *ET AL.*, 2015).

Destaca-se a necessidade e importância de superar: propostas conservadoras relacionadas com o estilo de vida, o foco no comportamento individual a partir da consideração de que aspectos sociais, culturais e materiais condicionam as formas de viver. Tais fatores devem ser considerados na construção das possibilidades de mudança de comportamento, assim, tal mudança é compreendida neste ensaio como parte de um processo mais amplo, que supera a culpabilização e reconhece a necessidade de atuação sobre o contexto no qual está inserido o sujeito.

Em complemento, aborda-se a PS e a sua distinção como discurso e como prática cotidiana nos serviços de saúde. No primeiro caso, há a relação entre ela e as condições de vida de sujeitos e coletividades, contudo, tal relação, em geral, fica apenas no âmbito idealístico, assim são estabelecidas condições para que uma ação ou programa seja considerado de PS, por exemplo: necessariamente tem que ocorrer a intersetorialidade e empoderamento e participação social e outros, além de ter que cursar necessariamente com mudanças macro nas condições de vida.

Se não houver, simultaneamente, esses e outros princípios e diretrizes da PS, não pode ser considerado como tal, o que inviabilizaria, a rigor, que um serviço de saúde ou locais que utilizem o esporte e lazer, a geração de emprego e renda etc., como ferramentas, atuassem com a PS.

Defende-se que é possível que programas ou ações de PS iniciem com ações individuais de trabalhadores ou de apenas um serviço de saúde e, a partir do êxito, vão ganhando visibilidade, agregando parceiros e capital político para buscar contemplar e agregar mais princípios e diretrizes da PS. Logo, é necessário relativizar a necessidade dos programas e ações conterem, em todos os momentos, diversos princípios e diretrizes da PS, conforme já discutido.

Assim como considerar que as mudanças nas condições de vida são processuais e podem significar pequenas conquistas para os sujeitos, relacionadas, por exemplo, com a dimensão da vida cotidiana como outra forma de compreender e encarar o contexto na qual está inserido, mesmo com suas adversidades e

complexidades, a partir do aumento da autonomia e empoderamento. Mássimo e Freitas (2014) afirmam que a adesão a modos de vida saudáveis é uma construção social dependente, entre outros fatores, das representações sobre risco em saúde, compreendidas nas trajetórias de vida porque os sujeitos acumulam uma bagagem psicossocial, pelas vivências e interações, que se renova e se reconstrói.

Outro ponto relacionado com a PS a ser discutido sucintamente é a possibilidade de atuação no âmbito individual. Em geral, há o entendimento de que isso não caracterizaria a PS, apesar de a dimensão individual estar presente nos diferentes conceitos de PS apresentados anteriormente. A atuação citada é também necessária, contudo é importante não haver a descontextualização das questões que envolvem sua condição de saúde, que fogem ao âmbito individual.

O objetivo é o aumento da autonomia do sujeito, tratando-se da consideração de que o aumento das opções para o cuidado individual e coletivo da saúde relaciona-se com mudanças nas condições e no contexto de vida. Por meio do modelo de determinação social da saúde, é possível visualizar que os fatores determinantes da saúde estão dispostos no âmbito pessoal, além do comunitário e estrutural. Isso reforça a necessidade de atuação, em ações de PS, também no âmbito pessoal já que as ações apresentam diferentes possibilidades de atuação nos três âmbitos citados (CINCURÁ, 2014).

Os comportamentos individuais, modos de vida ou fatores de risco precisam ser problematizados, há a necessidade de estratégias e intervenções nos âmbitos individuais e coletivos com o reconhecimento da dificuldade de mudanças nos comportamentos individuais e nos modos de vida, de trabalho e de lazer, sem que se ocorram mudanças no contexto (SILVA, 2008).

É importante destacar que há o afastamento da perspectiva defendida sobre a abordagem individual na PS quando ocorre a responsabilização exclusiva do comportamento individual, desconsiderando os fatores sociais, econômicos, culturais, entre outros, a partir da crença de que mudanças são de plena governabilidade dos sujeitos e coletividades, o que Verdi e Caponi (2005) denominaram como hipertrofia do campo de ação da PS conhecido como o desenvolvimento de habilidades individuais. A PS combina escolhas individuais com a responsabilidade social pela saúde mediante a participação da população.

Dessa forma, longe de afastar o âmbito individual, a PS precisa considerá-los, necessita avançar em estratégias de comunicação e negociação para que seja factível o alcance de gradações crescentes de saúde individual e também coletiva. Ressalta-se a valorização e escuta das trajetórias, narrativas e histórias de vida dos sujeitos buscando produzir cuidado a partir destas singularidades (ROCHA; AKERMAN, 2014).

Assim, a atuação no âmbito individual considera que questões estruturais e contextuais condicionam, em maior ou menor grau, a forma como se relaciona com a saúde, ou seja, sujeitos e coletividades não possuem governabilidade ampla e irrestrita para mudar seus comportamentos mesmo que concordem e desejem isso. As informações e recomendações são ressignificadas a partir da interação com os sujeitos, seus saberes, crenças, valores e desejos.

Por último, a PS é abordada como macropolítica ou como embasamento para programas e ações de saúde, sem que haja interação com a atuação no cotidiano. A distinção entre PS como macropolítica e como ferramenta no cotidiano dos serviços de saúde pode ser exemplificada por meio da adesão do Brasil à Convenção Quadro para o Tabaco da Organização Mundial da Saúde (CQCT/OMS). Esta possui o objetivo de proteger sujeitos e coletividades das consequências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas geradas pelo tabaco. Em 2013, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) para equipes da AB teve a adesão por meio do 2º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB).

A adesão ao CQCT consiste, na leitura

que está sendo problematizada, em uma macropolítica de PS, já o tratamento ofertado na AB consiste na clínica ou na prevenção e tratamento, ou seja, não seria PS. A dimensão da atenção à saúde na PS é outro tema que geralmente não é abordado nas discussões conceituais e práticas, contudo não será abordada neste ensaio. Destaca-se a armadilha de distanciar a PS da clínica (CAMPOS, 2006), é necessário agregar a PS, prevenção de doenças, a terapêutica e a clínica.

Assim, neste tópico, discutiu-se o que se está denominando como o instituído na PS, na perspectiva de problematizar e avançar na construção teórico-conceitual da PS, em especial da sua vertente crítica.

Considerações

Na parte final deste ensaio, defende-se que, ao considerar que sujeitos e coletividades são parte de um contexto, de uma sociedade e que isso está relacionado com a forma como eles cuidam da saúde, mais ou menos próximos das recomendações 'científicas', as práticas de PS buscam também prevenir doenças e/ou atenuá-las. Para isso, em sua vertente crítica, busca utilizar como estratégia não a mera prescrição de comportamentos saudáveis, mas a construção de possibilidades, que pode envolver também mudanças de comportamento, que são negociadas e pactuadas entre os sujeitos, profissionais, trabalhadores e serviços de saúde.

A problematização do fato de a PS ser, muitas vezes, classificada aprioristicamente, ou seja, acreditar-se que determinadas temáticas e ações são de PS sem analisar a forma como são efetivadas contribui para preencher lacunas que a vertente crítica da PS apresenta. Multiestratégica, interdisciplinar e com ações abrangentes, a PS na formação dos profissionais de saúde e na prática cotidiana dos serviços de saúde é uma importante forma de produzir saúde a partir, entre outras coisas, da construção de projetos terapêuticos em conjunto com os beneficiários. Logo, devem ter sua história de vida, seus desejos e crenças respeitados, também deve ser considerado o contexto no qual vivem, além do saber técnico-científico dos profissionais e trabalhadores da saúde.

Buscou-se neste ensaio relativizar a diferenciação com o conceito de prevenção de doenças a partir da compreensão de que a PS é mais ampla e complexa do que aquela. Além de abordar de forma crítica o discurso e a prática da PS, a mudança de comportamento, as estratégias individuais, a PS como macropolítica e as ações do cotidiano.

A PS está relacionada com a autonomia e empoderamento individuais e coletivos, com a participação para transformar e melhorar as condições de vida e saúde, incluindo aí as ações cotidianas nos serviços de saúde, no espaço micropolítico da vida de sujeitos e coletividades, mas que não se restringem ao foco individual e culpabilizador baseada na comunicação autoritária que só considera o saber técnico-científico.

Retoma-se aqui a ideia de negociação como uma importante forma de consolidar a PS, ressaltando os princípios e diretrizes relacionados com a integralidade, participação social, equidade e protagonismo do sujeito, pois a tornam também uma forma de prevenir doenças por meio de melhores condições de vida e de saúde, que incluem melhoras de marcadores biológicos de saúde, mas não se esgotam neles, ou seja, a PS busca melhorias em todas as dimensões da vida, considerando desde as melhorias micro relacionadas com o cotidiano até as macropolíticas.

Colaboradores

Fabio F. B. de Carvalho: concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados e informações; redação do artigo e aprovação da versão a ser publicada.

Simone C. Cohen: concepção, revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada.

Marco Akerman: revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada. ■

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 11 nov. 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html>. Acesso em: 17 jul. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Glossário temático*: promoção da saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Curso de extensão em promoção da saúde para gestores do SUS com enfoque no Programa Academia da Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

CAMPOS, G. W. S. Prefácio. In: CASTRO, A.; MALO, M. (Ed.). *SUS*: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 11-12.

CASTIEL, L. D.; GUILAM, M. C. R.; FERREIRA, M. S. *Correndo o risco*: uma introdução aos riscos em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

CINCURÁ, R. N. S. *Promoção da saúde na atenção primária*: proposição de um modelo e sua aplicação na análise de ações desenvolvidas no Brasil. 2014. 78 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/16407/1/DISS%20Rosana%20Cincur%C3%A1.%202014.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2016.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). *Promoção da saúde*: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 39-53.

FERNANDEZ, J. A. *et al*. Promoção da Saúde: elemento instituinte? *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 153-164, 2008. Disponível em: <http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/12871/art_PELICIONI_Promocao_da_saude_elemento_instituinte_2008.pdf?sequence=1>. Acesso em: 17 jul. 2016.

FIGUEIRA, T. R. *et al*. Percepções sobre adoção e aconselhamento de modos de vida saudáveis por profissionais de saúde. *Trabalho, Educação e saúde*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 181-200, jan./abr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1981-77462015000100181&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 jul. 2016.

KARLSEN, M. P.; VILLADSEN, K. Health Promotion, Governmentality and the Challenges of Theorizing Pleasure and Desire. *Body & Society*. Thousand Oaks, v. 22, n. 3, p. 3-30, set. 2016. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1357034X15616465#>. Acesso em: 17 jul. 2016.

MÁSSIMO, L. E. A.; FREITAS, M. I. F. Riscos para doenças crônicas não transmissíveis na ótica de participantes do Vigitel. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 651-663, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n2/0104-1290-sausoc-23-2-0651.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2017.

MEDINA, M. G. *et al*. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família? *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp. p. 69-82, out. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0069.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2016.

ROCHA, D. G.; AKERMAN, M. Determinação Social da Saúde e Promoção da Saúde: isto faz algum sentido para a Estratégia de Saúde da Família? Em que sentido podemos seguir? In: SOUZA, M. F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. (Org.). *Saúde da família nos municípios brasileiros*: os reflexos dos 20 anos do espelho do futuro. Campinas: Saberes, 2014, p. 720-754.

ROCHA, D. G. *et al*. Processo de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde: múltiplos movimentos simultâneos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de

Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4313-4322, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0069.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2016.

SILVA, C. M. Equidade e promoção da saúde na estratégia Saúde da Família: desafios a serem enfrentados. *Revista de Atenção Primária à Saúde*, Juiz de Fora, v. 11, n. 4, p. 451-458, out./dez. 2008.

SILVA, K. L.; RODRIGUES. A. T. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 63, n. 5, p.762-9, set-out 2010.

SILVA, K. L. *et al*. Promoção da saúde e intersetorialidade em um município da região metropolitana de Belo Horizonte/MG. *Revista de Atenção Primária à Saúde*, Juiz de Fora, v. 16, n. 2, p. 165-172, abr./jun. 2013.

SILVEIRA, D. T.; CÓRDOVA, F. P. A pesquisa científica. In: GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. (Org.). *Métodos de pesquisa*. Porto Alegre: UFRGS, 2009. p. 31-42.

SOUZA, E. M.; GRUNDY, E. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1354-1360, set./out. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500030>. Acesso em: 7 jul. 2016.

TEIXEIRA, M. B. *et al*. Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp. p. 52-68, out. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0052.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2016.

VERDI, M.; CAPONI, S. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. *Texto & Contexto – Enfermagem*, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 82-8, jan./mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n1/a11v14n1>. Acesso em: 17 jul. 2016.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G. W. S. *et al*. (Org.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 635-667.

Recebido para publicação em janeiro de 2017
Versão final em junho de 2017
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Crise social das instituições de ensino superior e a formação em saúde para o mercado

Social crisis of higher education institutions and health training for the market

Luis Rogério Cosme Silva Santos[1], Rubens Jesus Sampaio[2]

RESUMO Este artigo discute o produtivismo acadêmico em detrimento da atuação socialmente engajada de docentes universitários e seus reflexos na formação dos sujeitos. Tema oportuno em momento de grave crise política e institucional que ameaça a seguridade social e o direito à saúde no Brasil. Situação que convoca os atores sociais da educação e da saúde à reflexão sobre o papel da universidade para a cidadania e sobre o sentido social do que ela produz.

PALAVRAS-CHAVE Capitalismo. Universidades. Formação profissional em saúde.

ABSTRACT *This article discusses academic productivism to the detriment of the socially engaged performance of university professors and their reflexes in the training of subjects. Timely theme at a time of serious political and institutional crisis that threatens social security and the right to health in Brazil. This situation invites the social actors of education to reflect on the role of the University for Citizenship and the social sense of what it produces.*

KEYWORDS *Capitalism. Universities. Health human resource training.*

[1] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Núcleo de Estudos sobre Sustentabilidade e Políticas Públicas - Uesb/UFBA - (NESPP) – Vitória da Conquista (BA), Brasil. *luisrogerio.ufba@gmail.com*

[2] Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Uesb), Núcleo de Estudos sobre Sustentabilidade e Políticas Públicas - Uesb/UFBA - (NESPP) – Vitória da Conquista (BA), Brasil. *rubensjsampaio@uesb.edu.br*

Preâmbulo sobre uma paisagem instigante

Uma crise institucional sem dimensões na história recente da democracia no Brasil, a partir do golpe parlamentar de 2016, tende a comprometer o direito à saúde e a qualidade de vida da população. Nesse cenário, a justiça social padece perante a tradição jurídica brasileira, no que concerne ao interesse popular secundarizado (ASSIS *ET AL.*, 2016). Os atores que operam a lógica do Estado mínimo organizam-se em todos os estratos da sociedade e encontram refúgio para suas opções ideológicas (neoliberais) também na universidade. Um sinal agudo a evidenciar que as classes menos favorecidas, que acessam a universidade, carecem de uma formação emancipadora, em detrimento do modelo tradicional que caracteriza o ensino, a pesquisa e a extensão sob a lógica de mercado. A expansão da educação superior no Brasil, entre 2003 e 2013, torna esse debate inadiável.

Segundo o Ministério da Educação e Cultura (MEC), a oferta de cursos de graduação evoluiu de 16.505 opções para 32.049 nesse período, o que representa um crescimento de 94%, tanto no setor público quanto no privado, notadamente, na região Nordeste (BRASIL, 2015).

O modelo de ensino e de produção científica, sob a égide do mercado, ajuda a manter, no que concerne à saúde como conquista social, um esqueleto sem carne, uma estrutura divergente do modelo emancipador proposto. Nunca a educação e a saúde careceram tanto de entrelaçamentos para que o direito à cidadania venha a dar certo no Brasil (RIBEIRO, 2007; SANTOS; SILVA, 2013).

Nesse ponto, o MEC propõe a reflexão sobre o papel humanizador das Instituições Federais de Ensino Superior (Ifes), em detrimento do que o mercado empreende.

> O novo desenho institucional adotado pelas Ifes deve ser suficientemente sustentável, ancorado em fundamentos humanísticos, que não se curvem aos interesses apenas comerciais, para enfrentar o tensionamento desse período. (BRASIL, 2015, P. 49).

Como deve 'agir' a universidade frente às perdas de direitos fundamentais da sociedade (sociais, trabalhistas e previdenciários)? Obter respostas implica entender a morfologia contemporânea do trabalho, cuja matriz situa-se no modelo econômico, marcado por ritmo e sentido, dentro e fora do universo acadêmico.

Morfologia do trabalho: de Lafargue à academia produtivista do terceiro milênio

No texto de Paul Lafargue, escrito na prisão, em 1883, observam-se as marcas do produtivíssimo intelectual vigente a coadunar com as nuances do pensamento dogmático sobre o trabalho. Hoje, a produção pela produção, alienante quanto à sustentabilidade e à geopolítica globais, guardaria algum traço do que se observou no século XIX, na França?

> Na nossa sociedade [francesa], quais são as classes que amam o trabalho pelo trabalho? Os camponeses proprietários, os pequeno-burgueses [...] mexem-se como a toupeira na sua galeria subterrânea e jamais se endireitam para olhar com prazer para a natureza. (LAFARGUE, 2003, P. 22-23).

Os atores não percebem a 'natureza' em suas entrelinhas, tampouco os fenômenos sociais que podem circunscrevê-la. É essa uma postura produtivista; tecnicista, funcional, desprovida de uma razão social. Ocorre sempre de o trabalhador intelectual 'amar o trabalho pelo trabalho', não obstante o teor ideológico desumanizador embutido na produção do conhecimento sob tal perspectiva.

Paul Lafargue, em sua época, numa

postura crítica, conduzia pelas galerias da França uma tartaruga pela coleira. Deixava-se levar pela cadência do animal, tendo a visão do entorno. Segundo esse autor, era de bom-tom levar tais bichos para passear como forma de protesto contra a organização e o processo de trabalho vigentes (LAFARGUE, 2003). O que mudou no modo de produzir? Ao controle do tempo-movimento (taylorismo) somou-se a polivalência (toyotismo) e ampliou-se o desemprego estrutural.

Atualmente, a nova morfologia do trabalho no setor público, manual ou intelectual, caracteriza-se pela flexibilidade de direitos, disponibilidade e capacidade de adaptação constantes, situação reforçada pela raridade de concursos públicos. O pragmatismo produtivista acadêmico converte os processos ensino/aprendizagem e pesquisa/publicação numa matriz formal de autorreprodução, sem a devida contextualização sociopolítica e desprovida de significado (ZIZEK, 2015). Tem-se a tragédia na formação em saúde, como adverte Jaime Breilh (2015, P. 537):

> São universidades que perguntam: qual a produção, como apoiar a produção, como resolver as questões do poder institucional. É uma ciência por contrato, *à la carte.* É uma ciência por demanda institucional do poder. No campo da saúde pública isso é uma tragédia.

Embora denunciem a 'injustiça', grande parte dos professores da área da saúde não foi talhada para uma ação política transformadora. Fixa-se na condição de operários da educação, a 'modelar' os novos operários da saúde, minimamente prontos para atender aos reclames do mercado. Reproduzem o politicamente dado, numa postura 'áulica', na concepção do professor Darcy Ribeiro (2007).

A academia tem um papel no desenvolvimento da sociedade. Não pode abster-se ante os conflitos sociais, sem prejuízo de sua própria sobrevivência. Como salienta Zizek (2012, P. 16), "A mudança radical nunca é desencadeada pelo pobre, de modo a criar uma desordem explosiva". Então, quem fala por esse 'pobre' se a universidade pública, mantida também por esse 'pobre', não fizer a sua parte? Os políticos clientelistas ou o judiciário partidarizado (ASSIS *ET AL.*, 2016), que submetem os anseios sociais aos interesses privados, cumprirão esse papel?

Não à toa, discute-se o traço estrutural dessa realidade objetiva:

> A tendência geral do capitalismo global é na direção de uma expansão maior do domínio do mercado em combinação com o progressivo fechamento do espaço público, redução dos serviços públicos (saúde, educação e cultura) e o incremento do autoritarismo. (ZIZEK, 2015, P. 128).

A academia necessita rever o conceito de 'trabalho urgente', urgentemente. A tartaruga de Lafargue convida a uma visão de mundo onde a 'lerdeza' ganha outro sentido: o tempo necessário para a maturação das ideias. Um bicho que superou catástrofes ambientais por 340 milhões de anos seria apenas uma espécie preguiçosa ou inábil simplesmente porque caminha lentamente? Um professor/pesquisador anti-hegemônico, então, o seria? É imperioso saber como produzir com qualidade, sem ócio, na condição do humano, numa sociedade onde moer gente é o predomínio. Tal percepção é uma premissa para o alcance da autonomia mínima defendida por Freire (2008) e que qualifica a formação em qualquer área do conhecimento. No cenário atual, o professor/pesquisador quase não se percebe como peça de mercado, e, condicionado, nega a sua própria humanidade:

> Gosto de ser gente porque, inacabado, sei que sou um ser condicionado, mas, consciente do inacabamento, sei que posso ir mais além dele [...] Gosto de ser gente porque, como tal, percebo afinal que a construção da minha presença no mundo, que não se faz no isolamento, isenta da influência das forças sociais,

> que não se compreende fora da tensão entre o que herdo geneticamente e o que herdo social, cultural e historicamente, tem muito a ver comigo mesmo. (FREIRE, 2008, P. 53).

A lógica do capital evoca sujeitos 'aptos', com currículos bem pontuados, contudo, sem qualquer noção histórica integradora, sem compromisso com a coisa pública ou com as lutas de classe, não obstante alguns vivam a vida que pediram a Deus por causa dessas lutas que menosprezam e até combatem. O que está em jogo é o modo como a academia (des)trata as desigualdades e a democracia no País. Então, no âmbito da formação dos atores da saúde, qual cidadania se pretende estruturar? Aquela que ignora os determinantes sociais do processo saúde-doença?

Que liberdade tem o docente que não cita a miséria social que adoece e mata?

> Ora, não é livre o homem doente que não tem os meios para se tratar, o homem posto na rua porque não consegue pagar seu empréstimo bancário. Chega-se, então, ao paradoxo de que a liberdade individual, em cujo nome é rejeitada qualquer intervenção do Estado, fica impedida pela irrestrita liberdade concedida ao mercado e às empresas. (TODOROV, 2012, P. 106).

Contraditoriamente, a energia universitária pulsante desgasta-se em conflitos burocráticos e curriculares. Pouco se discute sobre o papel do Estado ou do mercado na definição do modelo de ensino na universidade, gerador de concorrência e causador de sofrimento mental. Sabe-se que os transtornos mentais estão presentes no contexto das universidades do mundo e do Brasil (BERNARDO, 2014; DUTRA, 2012; LIMA, 2013).

Reproduzem-se valores, métodos, técnicas e condutas, numa abordagem professoral dotada de um saber 'autossuficiente', no âmbito do ego, mas impotente quanto à utilidade social, percebida numa dimensão emancipadora dos outros (SANTOS; SILVA, 2013).

Conforma-se um espaço acadêmico de formação acrítica da força de trabalho para o mercado, convertido em território devastador de corpos mudos, mentes surdas e almas cegas, produzidas no transcurso do ensino-aprendizado brasileiro. Não há, portanto, sentido algum em falar de 'escola sem partido', como um modelo de ensino a ser construído, mas somente legitimado, porque já se materializou como mecanismo de dominação.

A didática resposta/ação contra-hegemônica dos estudantes

Sabe-se que professores-pesquisadores encontram-se queixosos com relação ao produtivismo acadêmico (LEMOS, 2007). Além deles, ante a ofensiva capitalista contra as universidades públicas, os estudantes surgem, também, como atores sociais contra-hegemônicos. São também os estudantes que protagonizam nas ruas do mundo a luta pela emancipação das sociedades subjugadas pelas regras do mercado. Eles protagonizaram no Occupy Wall Street e na 'Primavera Árabe' (ZIZEK, 2012).

No Brasil, observa-se quadro semelhante de resistência do movimento estudantil ao Estado mínimo e às suas repercussões na qualidade do ensino moldado pela lógica de mercado. Em 2013, as manifestações no Brasil demonstraram o desejo de ruptura dos estudantes com a estrutura político-econômica vigente e a busca da garantia dos direitos sociais relegados. Essa posição de resistência não é nova. Almeida (2009) sinaliza que, historicamente, o movimento estudantil centraliza as suas reivindicações nas melhorias dos serviços públicos, entre os quais, transporte, educação, saúde e segurança, principais setores atingidos pela flexibilização e pela precarização introduzidas pelas políticas neoliberais.

Na Bahia, observaram-se manifestações estudantis com objetivos semelhantes e que ganharam visibilidade através das redes sociais. O movimento dos 'camisas pretas', em Vitória da Conquista, em setembro de 2016, foi emblemático *(figura 1)*. Universitários do Instituto Multidisciplinar de Saúde da Universidade Federal da Bahia (UFBA) vestiram-se de preto e assumiram o 'luto' pelo desconforto mental causado pelo modelo acadêmico de formação.

Tratou-se do questionamento coletivo sobre tipo de 'sucesso' obtido na vida acadêmica, modelado conforme a exigência de mercado. O mesmo mercado que, paradoxalmente, não abre espaço para os jovens, ao defender o 'enxugamento' e a polivalência na produção de mercadorias e serviços (ANTUNES, 2007; ZIZEK, 2012).

Tal cenário reflete uma postura hegemônica na educação (modelo empresarial baseado em resultados), quando a universidade deveria eleger no processo educativo a formação de sujeitos capazes de atuar de forma proativa na superação das necessidades sociais de saúde, o que vai além de um profissional focado no modelo tecnicista e biomédico. Esse modelo não corresponde à eterna urgência de uma Reforma Sanitária Brasileira, que tem como premissas a participação política e a qualidade de vida da população (PAIM, 2008).

Figura 1. Fotografia. Estudantes dos cursos de Saúde protestam contra o modelo de ensino em Universidade Federal do interior da Bahia

Fonte: Acervo do pesquisador.

Nota: Imagem pública cedida por estudantes do movimento.

Os estudantes mais conscientes de seu papel emancipador reagem. Querem ser proativos; sabem que o desemprego que os espera não é um detalhe. É uma estratégia essencial na propagação da desigualdade no mundo do trabalho. Não poderia ser diferente:

> Toda uma geração de estudantes quase não tem chance de encontrar emprego em sua área, o que leva a um protesto em massa; e a pior maneira de resolver essa lacuna é subordinar a educação diretamente às demandas do mercado – se não por outra razão, isso ocorre porque a dinâmica do mercado torna 'obsoleta' a educação dada nas universidades. Esses estudantes inempregáveis estão predestinados a desempenhar um papel organizador fundamental nos futuros movimentos emancipatórios. (ZIZEK, 2012, P. 15-16).

O desemprego é uma estratégia do capital para manter o seu contingente de reserva e, mais que isso, para impor aos empregados o temor do não trabalho, a flexibilização de direitos trabalhistas e a polivalência adoecedora (ANTUNES, 2007; BREILH, 2003). É para um mercado assim que a universidade forma os seus alunos. É essa ética que influencia pesquisadores, cuja produção 'em escala' muitas vezes não reflete as diversidades e as necessidades do Brasil.

Na formação em saúde, ler para memorizar tem sido um meio eficiente de alcançar notas, e nem sempre de aprender. Assim, acreditar que se está 'indo bem' com a pedagogia da submissão ao convencional é um autoengano. Atitude que compromete a formação de atores da saúde críticos e, consequentemente, as conquistas nos campos da saúde e da educação, com risco iminente de infelicidade coletiva.

Ditosamente, o autoengano tem fronteiras. "Obviamente, há limites para o que somos capazes de nos fazer acreditar. Como diz o poeta, 'é difícil ter visões comendo merda'" (GIANNETI, 2008, P. 113). Se, para a saúde, tem-se a *economía de la muerte,* caracterizada pelas várias iniquidades (BREILH, 2015); e se, para a sociedade contemporânea, tem-se a economia da desigualdade social (PIKETTY, 2015), a apatia acadêmica, ante à crise democrática e à perda de direitos à saúde e à vida, corresponderia à reprodução de uma educação para a injustiça, uma educação para a morte, nem sempre pelo autoengano, e, muitas vezes, por uma opção ideológica.

A universidade deve ser o espaço da inquietação manifesta de discentes, professores e técnicos e de quem mais compuser a vida universitária. Assim, não se pode prescindir de um ensino engajado e de uma pesquisa socialmente comprometida com a emancipação dos sujeitos. Paulo Freire (2008) alerta que não há problema na inquietação, no alvoroço, na reivindicação ou na vitalidade. Para ele, a ciência deve compreender bem isso, e o professor/pesquisador deve ter o bom senso para admitir que nem sempre estará certo diante das suas certezas. Diz ele:

> Tenho pena e, às vezes, medo, do cientista demasiado seguro da segurança, senhor da verdade e que não suspeita sequer da historicidade do próprio saber. (FREIRE, 2008, P. 63).

Para Freire (2008), todo saber é historicamente e socialmente determinado. Compreende-se, então, que não há somente boa intensão da parte de quem ensina. Há uma ideologia a pleno vapor no processo de ensinar, que liberta ou oprime. Que promove mudanças ou perpetua as desigualdades. A universidade, por essa razão, é um espaço de disputas sociais.

Cabe indagar: o que se está fazendo nas universidades, pela via da educação, para garantir nas ruas e nos espaços deliberativos ou estratégicos a saúde como direito universal no Brasil? É suficiente 'ensinar' e 'produzir saber' em espaços fechados para que a universidade cumpra o seu papel como instituição que fomenta o desenvolvimento de uma sociedade?

Indagações como essas não podem ignorar as necessidades sociais de respostas, simplesmente porque a ação política esteja fora do plano de aula ou do projeto individual de pesquisa. Além disso, é impossível negar a natureza educativa do fazer político, bem como o caráter político que permeia o ato de educar. Assertiva pertinente, quando as forças anti-SUS tentam impor um padrão de escola despolitizada e uma universidade

acéfala, produtivista, vulnerável à ofensiva do setor privado e, por consequência, morbígena (LIMA, 2013).

Despolitização, prazer e a morte no modelo produtivista

Observar o que ocorre no mundo ajuda a entender o Brasil, onde as perdas sociais e trabalhistas são evidentes após o impeachment de 2016. Todorov (2012) analisa a ofensiva global do capitalismo, agora sobre as democracias recentes, o que não deve ser menosprezado pelo mundo acadêmico:

> Esses são apenas alguns dos exemplos que evidenciam a assustadora corrosão da democracia no mundo contemporâneo. A cidadania encontra-se cada vez mais ameaçada pela perigosa combinação entre o cinismo dos políticos tradicionais e, os tratados financeiros internacionais, indiferentes aos verdadeiros anseios da sociedade, e a ascensão de movimentos populistas à direita e a esquerda. (TODOROV, 2012, P. 18).

Todorov (2012) e Zizek (2012) salientam a natureza simbólica do capital, que transmuta-se num credo religioso perante o qual a aceitação (pelo senso comum) dá-se sem qualquer questionamento, enquanto as democracias são desmerecidas:

> O capitalismo global solapa a democracia. Essa questão é fundamental para entender o funcionamento cínico da ideologia: ao contrário do período em que o sentimentalismo ideológico-religioso encobria a violenta realidade econômica, hoje o violento cinismo ideológico é que encobre o núcleo religioso das crenças capitalistas. (ZIZEK, 2012, P. 138).

Não refletir sobre o conteúdo ideológico do que se realiza na condição de educadores/pesquisadores é uma posição, no mínimo, conivente com a injustiça social que o desmantelamento do Sistema Único de Saúde (SUS) evidencia. Uma ofensiva capitalista contra o SUS, sem uma contraofensiva da academia, prenuncia a falência do pensamento emancipador e uma catástrofe social sem precedentes.

O menosprezo aos determinantes sociais de saúde, nas pesquisas ou nas aulas, conforma um misto de indiferença ou de aversão ao conjunto de saberes que buscam explicar, fora dos modelos teóricos preferidos, desigualdades que precisam ser superadas, se quisermos falar de uma academia comprometida com os melhores perfis de morbimortalidade.

> O resgate da luta coletiva pela reforma sanitária passa, impreterivelmente, pela reformulação do modelo teórico-prático do ensino e do caráter transformador da pesquisa científica, bem como pela gestão do trabalho que possibilite a autonomia dos que constroem e reconstroem a saúde cotidianamente. Uma luta utópica implica em ruptura com a proposta de universidades formadoras de mão de obra 'qualificada' para atender à lógica da produtividade fabril, quando a sociedade precisa de trabalhadores da saúde críticos e autônomos, envolvidos com a realidade e mais atuantes do ponto de vista das proposições e da integração dos múltiplos campos do conhecimento, sem a qual não se faz promoção da saúde. (SANTOS; SILVA, 2013, P. 217).

Como parte da crise política mencionada, o desmonte do SUS aguarda do mundo universitário um compromisso além do produtivismo fabril-acadêmico. Urge uma reavaliação da postura política/pedagógica predominante para a formação em saúde. O antropólogo e professor, Darcy Ribeiro (2007, P. 89), reafirma a natureza ideológica do ensino: "A futilidade da pesquisa universitária é quase total do ponto de vista da escolha de opções políticas". Sobre o estado

de alienação que pode afetar o professor-pesquisador, o autor diz que

> o intelectual vivendo longe disso tudo, isolado na redoma acadêmica, não compreende nada, fica em sua fatuidade auto-suficiente, crendo que é fonte de todo saber. (RIBEIRO, 2007, P. 89).

Nesse contexto, as análises de Lemos (2007) apontam para uma crise de identidade dos trabalhadores que resulta numa posição acrítica perante as novas formas de organização do trabalho. É quando "o homem se torna objeto do seu próprio trabalho [...] torna-se inferior e escravo do objeto" (LEMOS, 2007, P. 31). Nessa teia, tanto a função política quanto a científica da universidade encontram-se à deriva. A autora explica:

> A Universidade hoje não consegue nem cumprir totalmente a sua finalidade política, de exercer o pensamento crítico criativo, nem consegue ser plenamente uma instituição direcionada para formar habilidades práticas requeridas pelo mercado. Situa-se aparentemente numa 'terra de ninguém', mas altamente cobiçada pelo poder econômico dominante, uma vez que representa cada vez mais um negócio de alta lucratividade [...]. (LEMOS, 2007, P. 75).

Nessa direção, Chauí (2001, P. 56) afirma que

> a Universidade está estruturada segundo o modelo organizacional da grande empresa, isto é, tem o rendimento como fim, a burocracia como meio e as leis do mercado como condição.

Ela explica que a fragmentação da universidade ocorre em vários níveis, tendo o taylorismo como uma regra.

Desenha-se, com o aval do Estado, uma universidade neoliberal que se expressa no 'capitalismo acadêmico', discutido desde a década de 1990 por Slaughter e Leslie (1997). Atualmente, o conceito de capitalismo acadêmico, com ênfase nas produções bibliográficas, é retomado por Bernardo (2014) em seu estudo sobre as repercussões do produtivismo na saúde psíquica de docentes das universidades públicas no Brasil.

O produtivismo e a polivalência na academia, que altera o sentido do trabalho, podem ser fatores para o adoecimento psíquico e suicídios de professores universitários, não somente de estudantes. Sabe-se que a cobrança de produtividade resulta do modelo organizacional de trabalho sobre o qual o docente não tem domínio. Esse, por sua vez, quando não adoece e mata, escraviza e aliena. Sobre esse aspecto, alerta-se que:

> [...] a universidade em ritmo de barbárie produtivista seja o melhor lugar para transformar ideias de autodestruição em ato efetivo, porque nela reinam competição, individualismo, inveja, fogueira das vaidades, violência simbólica etc. [...] entre professores-pesquisadores narcisicamente constituídos enquanto grupo de 'capitalistas científicos' *(sic)*, cuja posição de dominantes visa reproduzir alunos em série, dominados e crentes no sistema teórico. Ou seja, neste ambiente não sobra muito espaço para o aluno ou professor independente. (LIMA, 2013, P. 82).

Três professores de uma universidade estadual na Bahia cometeram suicídio em um interstício menor que sete meses, entre 2014 e 2015 (MELO, 2015). Em intervalo quase idêntico, outro pesquisador da mesma universidade foi premiado porque conseguiu produzir 40 artigos em um ano. Contradições no cerne do universo acadêmico que exigem dos atores em cena a identificação de fatores que geram prazer e, ao mesmo tempo, sofrimento e morte na academia (LIMA, 2013). Lemos (2007) observa um outro aspecto desse paradoxo quando se refere a uma 'corrida' para a publicação de artigos científicos. Tem-se o aumento da produtividade docente e, em contraposição, a estagnação do conhecimento.

> Os trabalhos são publicados repetidas vezes, com pequenas modificações ou são trabalhos desenvolvidos às pressas sem uma maior maturação o que determina uma produção em série, massificada, com perda de qualidade. (LEMOS, 2007, P. 77).

É possível vislumbrar, nas relações sociais de produção na universidade, uma teia de conflitos caracterizada pela interface entre o modelo taylorista, marcado pela fragmentação e pela alienação no trabalho (CHAUÍ, 2001), e a organização toyotista, tipificada pela flexibilização de direitos, pela polivalência e por adaptações constantes, conforme a égide produtivista (ANTUNES, 2007).

Nessa direção, o processo alucinante de produção capitalista escapa ao domínio do docente e vai rebater naquele que deve ser o objeto de sua atenção, o educando:

> O produtivismo da universidade [*publishorperish*/'publica ou perece' epidêmico entre professores-pesquisadores] e o individualismo narcisista universitário vêm contagiando os alunos, gerando neles alta ansiedade, estresse, desencadeando transtornos psíquicos, pânico de não dar conta dos trabalhos e provas, pavor de ser julgado como intelectualmente incapaz pelos colegas e professores, *bullying* etc. (*'Não deixe que essa universidade, ou algumas pessoas que nela estão te contaminem assim como fizeram comigo'* disse Luiz Carlos de Oliveira, 20 anos, estudante de Filosofia da Universidade Federal de São Paulo – Unifesp, antes de se enforcar). (LIMA, 2013, P. 81).

Eis um bom contexto para perguntas científicas (e reflexões íntimas) socialmente engajadas. Muito diferente de se perguntar (agora) qual o efeito da adrenalina na corrente circulatória de um hamster, quando o coração do sistema de saúde mais universal do mundo (SUS) está parando, em plena calçada das faculdades de medicina, enfermagem, farmácia, biologia, biotecnologia, psicologia, nutrição e tantas outras. Situação comprometedora do direito à vida de milhões de pessoas, e permanecem os atores preocupados com o 'prêmio', tão condicionados quanto o funcionário do mês de uma fábrica de calçados, que consegue, ao custo de suor e sangue, bater a meta para ter a sua foto sorridente pendurada no galpão de produção por trinta dias. Que valores são esses? Aonde nos levarão?

Continuamente, fala-se da necessidade de produzir artigos para a progressão na trajetória acadêmica. Ou faz ou fenece! Nada contra a produção acadêmica; contudo, o modelo subjacente dessa produção não é neutro (FREIRE, 2008; RIBEIRO, 2007). Para o produtivista, são desconhecidas a raiz, a motivação e a necessidade do ócio curricular, e o quanto esse ócio serve à maturação do pensamento ou como incubadora fascinante de perguntas norteadoras, social e politicamente potentes.

Enquanto o SUS agoniza, a universidade, em seu ventre, até o momento, vai parindo para o capitalismo os filhos do mercado, uma força de trabalho destituída do social, em vez de cidadãos conscientes de sua identidade de classe. Um modelo ainda funcionalista, visível no poema dedicado ao epidemiologista Jaime Breilh:

> E agora, Breilh? [...]
> a) O dia não passa – funciona.
> b) O trabalhador não pensa – funciona.
> c) O homem não vive – funciona.
> d) O ponto digital – controla, vigia e pune.
> e) Funcione! [...]. (SANTOS, 2015, N. P.).

Considerações finais

Nesse contexto funcionalista (do instantâneo), o acadêmico deve resistir à tentação de tornar-se um produtor de 'miojos'. É preciso maturar as ideias, experimentá-las, testá-las e discuti-las com certa profundidade, à luz

de um contexto sociopolítico e econômico, geralmente, opressor. É preciso tempo (o ócio) e interesse para reconhecer outras áreas do saber, que contribuem para a compreensão do mundo que nos cerca e dos fenômenos sociais que nos afetam.

A vida em sociedade sempre cobrará a fatura das escolhas. O SUS já está cobrando. Se áulicos ou iracundos; se coniventes, omissos ou engajados; se produtivistas ou socialmente compromissados com os destinos da população, tudo isso retornará em forma de perdas ou conquistas sociais. E se o tempo é suficiente para produzirmos centenas de coisas, como máquinas, é sempre insuficiente para se reverter, politicamente, o ritmo da destruição de direitos sociais em curso no Brasil e no mundo. A crise da universidade é a crise do pensamento. Pensamento ameaçado (em crise) contribui para formar sujeitos estranhos ao cenário onde interagem. ■

Referências

ALMEIDA, D. M. M. Entre ações coletivas e subjetividade: o caráter educativo dos movimentos sociais. *Eccos Revista Científica*, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 141-156, jan./jun., 2009. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/715/71512097008.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2017.

ANTUNES, R. *Adeus ao trabalho:* ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 12. ed. Campinas: Cortez, 2007.

ASSIS, D. *et al.* (Org.). *A resistência ao golpe de 2016*. Bauru: Canal 6, 2016.

BERNARDO, M. H. Produtivismo e precariedade subjetiva na universidade pública: o desgaste mental dos docentes. *Revista Psicologia & Sociedade,* Belo Horizonte, v. 26, n. esp., p. 129-139, 2014. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/seerpsicsoc/ojs2/index.php/seerpsicsoc/article/view/3731>. Acesso em: 20 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Educação. *A democratização e expansão da educação superior no país 2003 – 2014*. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=16762-balanco-social-sesu-2003-2014&Itemid=30192>. Acesso em: 20 jan. 2017.

BREILH, J. Eficacia del poder, retrocesso del derecho y degradacion del trabajo: el escenario regresivo de la salud laboral em América Latina. *Salud Problema*, Quito, v. 8, n. 5, p. 7-20, 2003. Disponível em: <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3526/1/Breilh%2C%20J-CON-151-Eficacia.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2017.

_____. Entrevista: Jaime Breilh. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 533-540, ago. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462015000200533>. Acesso em: 20 jan. 2017.

CHAUÍ, M. *Escritos sobre a universidade*. São Paulo: Unesp, 2001.

DUTRA, E. Suicídio de universitários: o vazio existencial de jovens na contemporaneidade. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 924-937, 2012. Disponível em: <http://www.revispsi.uerj.br/v12n3/artigos/html/v12n3a13.html>. Acesso em: 20 jan. 2017.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia*: saberes necessários à prática educativa. 38. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2008.

GIANNETI, E. *Auto-Engano*. São Paulo: Companhia das Letras, 2008.

LAFARGUE, P. *O direito à preguiça*. São Paulo: Claridade, 2003.

LEMOS, D. V. S. *Alienação no trabalho docente?* O professor no centro da contradição. 280 f. 2007. Tese (Doutorado em Sociologia) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=98331>. Acesso em: 20 jan. 2017.

LIMA, R. Suicídios e a universidade produtivista. *Revista Espaço Acadêmico*, Maringá, ano 13, n. 149, p. 78-86, out. 2013. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/viewFile/22070/11718>. Acesso em: 28 jan. 2017.

MELO, J. Mais um professor da UESB comete suicídio. *Conquista News*, Vitória da Conquista, 31 mar. 2015. Disponível em: <http://www.conquistanews.com.br/mais-um-professor-da-uesb-comete-suicidio>. Acesso em: 28 jan. 2017.

PAIM, J. *Reforma Sanitária Brasileira*: contribuição para a compreensão crítica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PIKETTY, T. *A economia da desigualdade*. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2015.

RIBEIRO, D. *Encontros*. Rio de Janeiro: Beco do Azougue, 2007.

SANTOS, L. R. C. S. *E agora, Breilh?* 2015. (Poesia não publicada).

SANTOS, L. R. C. S.; SILVA, T. P. C. A utopia da reforma sanitária brasileira em um discurso no Congresso da ABRASCO 2009. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 210-218, abr./jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 jan. 2017.

SLAUGHTER, S.; LESLIE, L. L. *Academic capitalism*: politics, policies and the entrepreneurial university. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1997.

TODOROV, T. *Os inimigos íntimos da democracia*. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

ZIZEK, S. *A ano em que sonhamos perigosamente*. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2012.

_____. *Problemas no paraíso*: do fim da história ao fim do capitalismo. 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2015.

Recebido para publicação em abril de 2017
Versão final em agosto de 2017
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

O desafio da integralidade no cuidado ao idoso, no âmbito da Atenção Primária à Saúde

The challenge of integrality in elderly care in the scope of Primary Health Care

Kaio Keomma Aires Silva Medeiros[1], Elzo Pereira Pinto Júnior[2], Aylene Bousquat[3], Maria Guadalupe Medina[4]

RESUMO Este ensaio objetiva discutir os desafios da integralidade no cuidado ao idoso, no âmbito da Atenção Primária à Saúde, considerando o paradigma da funcionalidade, a atenção domiciliar e a formação profissional, como uma tentativa de fomentar esse debate no âmbito da saúde coletiva.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Saúde do idoso. Envelhecimento.

ABSTRACT *This essay is aimed at discussing the challenges of integrality in the care for the elderly, in Primary Health Care, considering the paradigm of functionality, home care and professional training, as an attempt to foster this debate in the scope of collective health.*

KEYWORDS *Primary Health Care. Health of the elderly. Aging.*

[1] Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Saúde Pública (FSP) – São Paulo (SP), Brasil.
keomma.kaio@gmail.com

[2] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil.
elzojr@hotmail.com

[3] Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Saúde Pública (FSP) – São Paulo (SP), Brasil.
aylenebousquat@gmail.com

[4] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil.
mlupemedina@gmail.com

DOI: 10.1590/0103-11042017S322

Introdução

O envelhecimento populacional é uma realidade em muitos países, inclusive no Brasil, cujo quantitativo de indivíduos com mais de 60 anos, considerados idosos, tem crescido sobremaneira nas últimas décadas. Estimativas apontam que este grupo etário poderá alcançar cerca de 73,5 milhões de pessoas em até 50 anos, mais do que o triplo do número atual, cuja atenção já representa um desafio para os sistemas de saúde (BORGES; CAMPOS; CASTRO E SILVA, 2015; MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

O desafio ora colocado resulta da constatação de que o aumento da população de idosos tem ocorrido em paralelo a uma substancial elevação da ocorrência de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (Dant), que figuram como principais causas de adoecimento e morte (DANTAS *ET AL.*, 2017). Ressalta-se que não é incomum a presença de comorbidades nesses indivíduos (SOUSA-MUÑOZ *ET AL.*, 2013). Adicionalmente, é preciso destacar a persistência da morbimortalidade em virtude de doenças infectocontagiosas e parasitárias, que, aliadas a causas externas, como acidentes e violência, têm tornado o quadro epidemiológico mais complexo, e com singularidades, para a população mais envelhecida (DANTAS *ET AL.*, 2017; OLIVEIRA; CRUZ, 2015).

A atual conjuntura brasileira, com grave crise econômica e políticas de austeridade fiscal, pode piorar ainda mais a situação de saúde dos idosos, por dificultar a proteção social daqueles mais vulneráveis, que demandam cada vez mais atenção, sobretudo do setor saúde (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016). Assim, questões como o manejo para o autocuidado, a longitudinalidade da atenção, ações multiprofissionais e intersetoriais, e a integralidade, sobretudo, conforme tratado neste texto, devem assumir papel central nos debates sobre os serviços e sistemas de saúde.

A integralidade, aqui compreendida em duas dimensões, quer na perspectiva de articulação entre ações de promoção à saúde, preventivas e curativas, quer na visão holística do ser humano biopsicossocial, precisa ocupar lugar de destaque na oferta dos cuidados em saúde. Deve-se, pois, considerar a sua operacionalização em proposições práticas, cuja indução deve ser desempenhada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo pela Atenção Primária à Saúde (APS), que serve como principal porta de entrada do sistema. Entretanto, ainda que tenha experimentado, com sucesso, uma série de avanços – como a sua difusão para a quase totalidade das cidades, o aumento da cobertura populacional e a estruturação da Estratégia Saúde da Família (ESF) –, ainda enfrenta problemas, e seu escopo de atuação, diferentemente do observado no discurso oficial das políticas, privilegia o manejo de doenças crônicas, com uma perspectiva predominantemente biomédica (AQUINO *ET AL.*, 2014; PELLEGRINI-FILHO; BUSS; ESPERIDIÃO, 2014).

Assim, em que pese aos avanços e à consolidação das políticas públicas de saúde, especialmente aquelas ligadas à APS, permanece o grande desafio à garantia da integralidade no cuidado ao idoso. Este ensaio tem como objetivo discutir a questão, considerando o paradigma da funcionalidade, a atenção domiciliar e a formação profissional, na tentativa de fomentar esse debate no âmbito da saúde coletiva.

O desafio da integralidade

A organização da atenção à saúde do idoso no âmbito da APS não deve privilegiar o diagnóstico e o tratamento de doenças, mas, antes, importa que os atores envolvidos ofertem um cuidado a esse grupo populacional, que contemple, adicionalmente, a promoção à saúde e ações preventivas e curativas, articuladas, de modo a garantir a integralidade.

Ainda há escassez de estudos que objetivamente definam integralidade, o que, por consequência, dificulta a sua implementação

(NUNES, 2011). Além disso, se poucos foram os autores que buscaram defini-la, quando o fizeram, discorreram ora de forma abrangente (MATTOS, 2001), ora de forma restrita (PINHEIRO, 2001; STARFIELD, 2002). O primeiro caso caracteriza-se pelo que se poderia chamar de conjunto de práticas integrais – isto é, ações preventivas, curativas e de promoção da saúde – em uma perspectiva biopsicossocial; e o segundo restringe a oferta de ações e serviços e a relação demanda/oferta (NUNES, 2011).

Assim, assumindo-se a dificuldade em conceituar integralidade, pode-se tentar compreendê-la tanto como princípio orientador de ações no sistema de serviços em saúde, quanto como uma visão holística do ser humano. Contemplaria, portanto, duas dimensões, uma horizontal e outra vertical. A primeira se refere à perspectiva de organização da assistência, a partir das práticas integrais ora colocadas, em níveis de atenção, com serviços de baixa, média e alta densidade tecnológica, todos eles articulados em uma rede de referência e contrarreferência. O segundo pressupõe um olhar ampliado sobre o indivíduo, de modo a contemplar, para além de questões biológicas, as diferentes realidades que o circunscrevem, como as psíquicas e as sociais (CARVALHO, 2013; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

A busca pela integralidade tem se tornado um desafio no âmbito da APS, sendo difícil operacionalizá-la em proposições práticas (MATTOS, 2001), sobretudo porque a cultura biomédica, centrada no tratamento medicamentoso e com ênfase na produção ambulatorial, ainda prevalece nesse nível de atenção, na medida em que tem como foco a doença e suas consequências, e não o indivíduo em todas as suas dimensões. Com isto, um conjunto de necessidades decorrentes da condição e da inserção específica do idoso na sociedade moderna – tais como a exclusão do mercado de trabalho e da dinâmica familiar econômica, bem como a solidão, por ausência ou existência de poucas oportunidades de lazer e de vida social –, apesar de frequentes, são comumente desconsideradas (MARTINS *ET AL.*, 2014; ONOCKO-CAMPOS *ET AL.*, 2014; VERAS, 2009).

Pelas razões expostas, é preciso discutir propostas que rompam com o modelo centrado na doença, não apenas no constructo teórico das políticas, em que este processo se encontra bastante avançado, mas sobretudo na realidade dos serviços de saúde, na vida das pessoas, adotando novos paradigmas para a atenção à saúde do idoso, de modo a contemplar a noção da integralidade.

O paradigma da funcionalidade na atenção à saúde do idoso

Em contraponto ao paradigma biomédico, que ainda tem orientado a organização de algumas práticas, mesmo nos serviços de APS, aponta-se como caminho para a efetivação da integralidade no cuidado a adoção do paradigma da funcionalidade. Sob esta perspectiva, a integralidade na atenção à saúde do idoso supera uma lógica de atendimento baseado em uma lógica queixa-conduta e incorpora a manutenção da capacidade funcional e a prevenção de incapacidades (RAMOS, 2009).

A capacidade funcional, ou funcionalidade, pode ser definida como a habilidade do indivíduo para viver de modo independente e autônomo, desempenhando adequadamente suas atividades básicas e instrumentais da vida diária, a partir da interação de atributos físicos, psicocognitivos e sociais (PERRACINI; FILÓ, 2010; VERAS, 2009). Assim, ainda que doente, o idoso, por exemplo, pode ser considerado saudável se for capaz de controlar sua enfermidade, de modo a evitar o surgimento de sequelas e incapacidades, mantendo-se independente e conduzindo sua vida de forma autônoma, a partir de seus próprios interesses (VERAS, 2009).

Com base no exposto, pode-se pensar em estruturar uma linha completa de cuidado

para os idosos, cuja hierarquização da atenção se baseia na capacidade funcional, a qual não obstante careça de evidências empíricas de sua efetividade – dado que a proposta ainda é recente e precisa de ação intersetorial para se efetivar –, parece interessante para a organização do cuidado à saúde no âmbito da APS. Isto porque, como se tem conhecimento, muitas vezes os serviços são organizados a partir de ações engessadas, abordando da mesma forma indivíduos com diferentes perfis de saúde, exclusivamente pelo fato de apresentarem as mesmas doenças.

Nessa perspectiva, a integralidade da atenção ao idoso, no âmbito da APS, precisa incorporar, de fato, uma visão ampliada do indivíduo. É preciso chamar a atenção dos profissionais sobre a importância da observação de aspectos cognitivos, de humor, mobilidade e comunicação como domínios essenciais à saúde, ampliando o escopo de sua atuação para além das clássicas doenças crônicas. É certo que isso não será tarefa fácil, pois além da complexidade biomédica da assistência, dada as múltiplas morbidades e as síndromes geriátricas de difícil manejo, é necessário, ainda, dar conta de extensa carta de serviços a diferentes grupos etários.

Atenção domiciliar

Acredita-se que a atenção domiciliar, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, à prevenção e ao tratamento de doenças e agravos, e à reabilitação, prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde (BRASIL, 2013), figura como uma importante iniciativa a ser consolidada, para a garantia da integralidade ao idoso, no âmbito da APS.

Além de ampliar a autonomia dos idosos e de suas famílias, a atenção domiciliar, quando bem estruturada, pode reduzir as hospitalizações e, com isso, adicionalmente, complicações destas decorrentes, como a mortalidade e os custos financeiros e emocionais de tais episódios. Ademais, pode facilitar a integração dos serviços de atenção primária com as famílias e as próprias comunidades, aspecto que, certamente, favorece o reconhecimento das necessidades do idoso, em suas diferentes dimensões, e não apenas do ponto de vista biológico, como, em geral, ocorre em consultórios. É uma abordagem, portanto, custo-efetiva, que pode, ainda, ajudar a garantir a integralidade (BRASIL, 2013; FEUERWERKER; MERHY, 2008; LIMA; SPAGNUOLO; PATRÍCIO, 2013).

Em um cenário onde se consiga consolidar a atenção domiciliar no âmbito da APS, os profissionais das equipes de saúde terão a oportunidade de cuidar do idoso de maneira mais qualificada, quer por meio das atividades de caráter assistencial, quer através de ações orientadas para educar familiares sobre como assistir seus entes da melhor forma possível, considerando que estes costumam assumir a função de cuidadores, ainda que não tenham o necessário preparo. Ademais, e principalmente para o idoso, poderá elevar sua qualidade de vida, a partir da oferta do cuidado contínuo e condizente com suas necessidades (HAYASHI *ET AL.*, 2011; LIMA; SPAGNUOLO; PATRÍCIO, 2013).

Iniciativas, em diferentes realidades brasileiras, dão conta de certo esforço para implantar experiências exitosas sobre envelhecimento e saúde da pessoa idosa no âmbito do SUS, em todos os níveis de atenção, e incluem a APS. Algumas delas, inclusive, após processo de identificação, análise e catalogação, foram reportadas a partir de um mapeamento realizado pelo Ministério da Saúde, que tem lançado editais com essa finalidade, e certificado aquelas com grande potencial, a partir do julgamento de um comitê intersetorial com diferentes atores. No entanto, apesar de existirem, crê-se que iniciativas sobre atenção domiciliar ainda não estão amplamente inseridas na dinâmica dos serviços desse nível de atenção.

Contudo, aponta-se o protagonismo, que poderia ser atribuído, em algumas conformações, aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e aos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), para a efetivação da atenção domiciliar, haja vista o apoio que poderiam oferecer. Os primeiros, no território, identificando as demandas individuais dos idosos e suas famílias durante as visitas domiciliares, e promovendo atividades de educação em saúde com os cuidadores. Os segundos, a partir do apoio matricial e de sua composição multidisciplinar, construindo uma agenda conjunta para desenvolver ações de saúde em parceria com as equipes de saúde e com os cuidadores de idosos.

Formação profissional no contexto do envelhecimento

O processo de envelhecimento populacional, bem como as múltiplas demandas por ele desencadeadas, como o desafio da integralidade na atenção à população de idosos, ultrapassa os limites da organização dos serviços de saúde e impõem, também, o debate acerca das competências profissionais necessárias para lidar com essa realidade complexa; envolve, pois, em grade parte, o sistema educacional universitário (CARVALHO, HENNINGTON, 2015; CECCIM; FEUERWERKER, 2004; MOTTA; CALDAS; ASSIS, 2008).

Ainda que o SUS deva ordenar a formação da força de trabalho na área da saúde, paradoxalmente, contudo, na formulação de políticas, uma das questões mais negligenciadas é justamente a da formação. Destarte, em não raros contextos, a formação profissional tem operado no sentido da manutenção de paradigmas tradicionais biologicistas, medicalizantes e procedimento-centradas, que limitam a ideia da integralidade, e não na superação destes (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Os idosos são, em geral, percebidos pelos profissionais de saúde de maneira fragmentada, em especialidades clínicas ou grupos de cuidados. Ademais, como apresentam, muitas vezes, múltiplas morbidades e variadas demandas, em virtude disto, torna-se forçoso envolver diferentes áreas médicas. Isto, ironicamente, acaba reforçando, nos profissionais e na própria organização das redes de cuidado, a fragmentação do cuidado, culminando, por vezes, na superespecialização.

É importante constatar que a mudança na formação profissional não é suficiente para que se possa realizar uma mudança substancial no cuidado ao idoso, mas é um passo para isto. Compreende, sobretudo, a superação de uma cultura que privilegia aqueles paradigmas, endossados na maioria das instituições de ensino superior que formam profissionais de saúde, segundo uma lógica assistencial inadequada, que não dialoga com os princípios do SUS, não o prestigia, e tampouco promove a integralidade.

Considerações finais

No Brasil, o envelhecimento populacional tem assumido características próprias e representa uma fonte de preocupações em vários setores, inclusive na área da saúde. A integralidade, princípio doutrinário do SUS, é um dos mais negligenciados e, paradoxalmente, aquele sobre o qual se alicerça todo o sistema.

Neste ensaio, aponta-se a necessidade de construir alternativas para uma atenção integral à saúde do idoso, que leve em conta a complexa realidade que a circunscreve, pontuando o despreparo dos serviços de saúde, em especial, no âmbito da APS, para lidar de forma adequada com essa questão. É urgente a necessidade de identificar a emergência de novos paradigmas de atenção à saúde do idoso, que apontem para uma visão holística dos indivíduos, rompendo com os modelos assistenciais centrados na doença, e que

ressaltam a necessidade de preservação da funcionalidade e, consequentemente, da qualidade de vida dos sujeitos. O que se coloca em questão, neste caso, é a própria dignidade humana, para além da doença.

De todo modo, a efetivação do direito à saúde pela população idosa exige, como tarefa imperiosa do sistema de saúde, um melhor preparo dos profissionais e uma mudança nas concepções que hoje orientam a forma de pensar o cuidado em saúde, especialmente no âmbito da APS, lugar destacado para o exercício da responsabilidade sanitária nos territórios onde vivem, trabalham e habitam as pessoas, famílias e comunidades.

Colaboradores

Todos os autores contribuíram substancialmente para a concepção e o delineamento deste ensaio, bem como para a revisão crítica e a aprovação de sua versão final.

Agradecimentos

Os autores agradecem ao Programa Integrado de Pesquisa e Cooperação Técnica em Formação e Avaliação da Atenção Básica, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, pelo apoio institucional. ■

Referências

AQUINO, R. *et al*. Estratégia de Saúde da Família e reordenamento do sistema de serviços de saúde. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). *Saúde Coletiva:* teoria e prática. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 353-371.

BORGES, M. G.; CAMPOS, M. B.; CASTRO E SILVA, L. G. Transição da estrutura etária no Brasil: oportunidades e desafios para as próximas décadas. In: ERVATTI, L. G.; BORGES, G. M.; JARDIM, A. P. (Org.). *Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI:* Subsídios para as projeções das populações. Brasília, DF: IBGE, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, maio 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html>. Acesso em: 16 ago. 2017.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. *Revista Estudos Avançados*, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v27n78/02.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2017.

CARVALHO, C. R. A.; HENNINGTON, E. A. A abordagem do envelhecimento na formação universitária dos profissionais de saúde: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 417-431, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v18n2/1809-9823-rbgg-18-02-00417.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2017.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de

Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v18n2/1809-9823-rbgg-18-02-00417.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2017.

DANTAS, I. C. *et al*. Perfil de morbimortalidade e os desafios para a atenção domiciliar do idoso brasileiro. *Revista Kairós Gerontologia*, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 93-108, 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/Kaio%20Keomma/Desktop/32058-86126-1-SM.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2017.

FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 24, n. 3, p. 180-188, 2008. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v24n3/a04v24n3.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2017.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. *Atenção Primária à Saúde:* seletiva ou coordenadora dos cuidados. Rio de Janeiro: Cebes, 2012.

HAYASHI, T. *et al*. Place of death for the elderly in need of end-of-life home care: a study in Japan. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, Amsterdam, v. 53, n. 2, p. 242-244, 2011. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167494310003298?via%3Dihub>. Acesso em: 16 ago. 2017.

LIMA, A. A.; SPAGNUOLO, R. S.; PATRÍCIO, K. P. Revendo estudos sobre a assistência domiciliar ao idoso. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 18, n. 2, p. 343-351, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v18n2/a15v18n2.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2017.

MARTINS, A. B. *et al*. Atenção Primária a Saúde voltada as necessidades dos idosos: da teoria à prática. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3403-16, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03403.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2017.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção à saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2001. p. 43-69.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n3/1809-9823-rbgg-19-03-00507.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2017.

MOTTA, L. B.; CALDAS, C. P.; ASSIS, M. A formação de profissionais para a atenção integral à saúde do idoso: a experiência interdisciplinar do NAI – UNATI/UERJ. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1143-51, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n4/10.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2017.

NUNES, C. A. *A integralidade da atenção e o Programa de Saúde da Família:* estudo de caso em um município do interior do estado da Bahia. 2011. 194 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

OLIVEIRA, C. M.; CRUZ, M. M. Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 255-267, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00255.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2017.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. *et al*. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 252-264, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe0252.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2017.

PELLEGRINI FILHO, A.; BUSS, P. M.; ESPERIDIÃO, M. A. Promoção da Saúde e seus fundamentos: determinantes sociais da saúde, ação intersetorial e políticas saudáveis. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. *Saúde coletiva: t*eoria e prática. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 305-326.

PERRACINI, M. R.; FILÓ, C. M. F*uncionalidade e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). O*s sentidos da integralidade na atenção à saúde*. Rio de Janeiro: Uerj/IMS/Abrasco, 2001. p. 69-117.

RAMOS, L. R. Saúde Pública e envelhecimento: o paradigma da capacidade funcional. *Boletim do Instituto de Saúde,* São Paulo, n. 47, p. 40-41, 2009.

SOUSA-MUÑOZ, R. L. e*t al*. Impacto de multimorbidade sobre mortalidade em idosos: estudo de coorte pós-hospitalização. R*evista Brasileira de Geriatria e Gerontologia,* Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 579-589, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v16n3/v16n3a15.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2017.

STARFIELD, B. A*tenção primária: e*quilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco; Ministério da Saúde, 2002.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. R*evista de Saúde Pública,* São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v43n3/224.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2017.

Recebido para publicação em abril de 2017
Versão final em agosto de 2017
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Trabalho e educação na saúde: análise da produção científica brasileira entre 2011 e 2014

Work and Education in Health: analysis of the Brazilian scientific production between 2011 and 2014

Vinício Oliveira da Silva[1], Catharina Matos Soares[2], Liliana Santos[3], Ednir Assis Souza[4], Isabela Cardoso de Matos Pinto[5]

RESUMO O estudo aqui relatado teve como objetivo atualizar a análise da produção científica sobre trabalho e educação na saúde no Brasil para o período 2011 a 2014. Trata-se de um estudo de síntese com um total de 757 artigos analisados. A categoria 'Formação-Capacitação' manteve a liderança do número de publicações (51,9%), seguida de 'Profissionais de Saúde' (42,4%). Houve redução do percentual de publicações sobre mercado de trabalho, política de recursos humanos e administração de recursos humanos. Os últimos investimentos na formação e capacitação dos trabalhadores podem contribuir para a produção de novos trabalhos baseados no cotidiano dos serviços, sendo necessário avançar no detalhamento da produção científica.

PALAVRAS-CHAVE Saúde coletiva. Força de trabalho. Profissionais de saúde. Formação profissional. Recursos Humanos em Saúde.

ABSTRACT *The study here reported aimed to update the analysis of scientific production on work and education in health in Brazil for the period 2011 to 2014. This is a synthesis study that analyzed 757 papers. The category 'Training-Qualification' responded for the majority of publications (51.9%), followed by 'Health Professionals' category (42.4%). There has been a reduction in the percentage of publications on labor market, human resources policy and human resources administration. Current investments in training and qualification of workers can contribute to the production of new researches based on everyday services, being necessary to further the scientific production detailing as well.*

KEYWORDS *Public health. Labor force. Health personnel. Professional training. Health manpower.*

[1] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil. *vinicio_oliveira@hotmail.com*

[2] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil. *catharinamatos@gmail.com*

[3] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil. *lilianapsico@gmail.com*

[4] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Escola de Enfermagem – Salvador (BA), Brasil. *ednirassis@hotmail.com*

[5] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil. *isabela@ufba.br*

 DOI: 10.1590/0103-11042017S323

Introdução

A preocupação com a problemática relacionada à força de trabalho em saúde vem sendo objeto de análise ao longo do processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) (PAIM, 1994; SCHRAIBER; PEDUZZI, 1993). Nesse sentido, vem se constituindo a área de pesquisa intitulada 'trabalho e educação na saúde', que envolve olhares e abordagens diversificadas na produção de conhecimento acerca das práticas e das políticas públicas relacionadas à formação de pessoal, distribuição e inserção da força de trabalho em saúde nos sistemas e instituições do setor.

As mudanças decorrentes da descentralização da gestão e da reorganização da atenção à saúde no SUS vêm ocasionando o aumento do contingente de força de trabalho em saúde no âmbito municipal (MACHADO, 2006), especialmente em unidades que compõem a rede de atenção básica, e em novas funções gerenciais, processo que tem estimulado a introdução de mudanças no âmbito da formação profissional na área. Com isso, novas questões foram incorporadas à agenda de pesquisa, definindo contornos adicionais à produção científica da área (PINTO *ET AL.*, 2013).

Estudo realizado por Schraiber e Peduzzi (1993) intitulado 'Tendências e possibilidades da investigação de recursos humanos em saúde no Brasil' mapeou a produção científica da área nas décadas de 1970 e 1980, revelando que dois terços da produção dividiam-se, igualmente, entre estudos classificados na categoria 'Profissionais de Saúde' e os classificados na categoria 'Formação e Capacitação de Recursos Humanos em Saúde'. As autoras ressaltam a relevância do tema e definem certos limites para os recortes teórico-metodológicos utilizados nos estudos.

Posteriormente, no ano 2000, com o *workshop* 'Mapeamento de projetos de pesquisa e de intervenção sobre recursos humanos em saúde no âmbito nacional', foi realizada uma iniciativa de atualização e aprofundamento da discussão sobre a produção científica dessa área. Tal evento contou com a participação de diversas instituições interessadas e comprometidas com a questão dos Recursos Humanos em Saúde (RHS), que revelou a necessidade de dar prosseguimento ao mapeamento de modo a torná-lo mais completo no sentido de identificar as lacunas existentes tanto no campo das políticas públicas como no da produção científica (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2000).

Reconhecendo a importância desses mapeamentos para a construção e o fortalecimento da área e a necessidade de atualização da produção científica, o Grupo de Pesquisa 'Trabalho e Educação na Saúde', vinculado ao Observatório de Análise Política em Saúde, vem envidando esforços para acompanhar e analisar as tendências que se configuram na produção científica dessa área. Nesse sentido, o estudo realizado por Pinto *et al.* (2013) sobre a produção registrada em periódicos nacionais no período 1990-2010 revelou a continuidade da concentração da produção científica na categoria Formação e Capacitação, corroborando o estudo realizado nas décadas de 1970 e 1980 por Schraiber e Peduzzi (1993).

Esses estudos revelam lacunas que estimulam o acompanhamento sistemático e a análise permanente da produção científica com o intuito de orientar pesquisas e subsidiar o monitoramento das políticas públicas no setor. Nesse sentido, esta investigação teve como objetivo atualizar a análise da produção científica sobre trabalho e educação na saúde no Brasil no período de 2011 a 2014 e analisar as principais mudanças ocorridas nos últimos quatro anos em comparação à produção das duas décadas anteriores.

Procedimentos metodológicos

Trata-se de atualização da análise de produção científica, por meio da qual se pretende traçar um comparativo com estudo realizado anteriormente por Pinto *et al.* (2013) sobre a

temática. Portanto, para um estudo que se pretende comparativo, utilizou-se como critério o mesmo método, descritores, bases de dados e categorias analíticas utilizados na pesquisa anterior. Realizou-se um estudo de síntese da produção científica a partir de artigos brasileiros publicados sobre a temática 'trabalho e educação na saúde'. Levaram-se em consideração resumos de artigos brasileiros publicados em língua portuguesa entre 2011 a 2014 no Scientific Electronic Library Online (SciELO) e na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs). Por meio do acesso direto às próprias bases, utilizaram-se os seguintes descritores: educação; trabalho; processo de trabalho; formação; recursos humanos; tecnologias educacionais; força de trabalho; mercado de trabalho, acrescentando-se o termo saúde.

Além da análise descritiva dos artigos publicados entre 2011 a 2014, realizou-se uma análise por quadriênios. Para esta última, considerou-se o período da revisão anterior realizada por Pinto *et al.* (2013), de 20 anos, mais os quatro anos deste estudo (2011 a 2014), totalizando 24 anos divididos em seis quadriênios, permitindo, assim, uma comparação por períodos. Utilizaram-se, então, os dados dos dois estudos, com cálculo de medidas como proporção e razão a fim de avaliar a tendência das publicações segundo as categorias de análise.

Seguindo os mesmos critérios do estudo anterior, a análise dos trabalhos foi precedida de fase exploratória, onde foram excluídos capítulos de livros, normas técnicas, manuais, teses e dissertações, relatórios técnicos e documentos institucionais. Excluíram-se também aqueles que tratavam de educação popular, educação para o controle social, gestão ampla do conhecimento e informação em saúde. Trabalhos que não continham resumos foram, da mesma forma, descartados. Em alguns casos, quando se utilizavam diferentes descritores ou bases de dados e ocorria a duplicidade de publicações, considerou-se apenas uma vez.

Criou-se um banco de dados em planilhas Excel® para catalogação dos artigos, sintetizando informações como dados de identificação do estudo, ano de publicação, International Standard Serial Number (ISSN) do periódico de publicação, classificação do periódico segundo o Qualis-Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), tipo de estudo, objetivos, metodologia, resultados e conclusões. O Qualis afere a qualidade dos artigos publicados, a partir da análise da qualidade dos veículos de divulgação, os quais são enquadrados em estratos indicativos da qualidade – A1, o mais elevado; A2; B1; B2; B3; B4; B5; C – com peso zero. Considerando-se a relevância da temática 'trabalho e educação na saúde' para o campo da saúde coletiva, escolheu-se o Qualis-Capes da área para aferir a qualidade da produção científica.

A análise dessas informações implicou a seleção de alguns aspectos: a) o ano de publicação dos artigos, variável que permitiu a análise da evolução temporal do conjunto dos estudos, apresentada sob a forma de gráfico; b) a identificação do periódico implicou a distribuição do conjunto dos trabalhos publicados sob a estratificação para a área da saúde coletiva dos anos 2012, 2013 e 2014 segundo o Qualis-Periódicos – Quando a classificação de um periódico científico não foi encontrada no ano mais recente, foi verificada no ano anterior e assim sucessivamente; e c) a leitura das informações acerca dos objetivos e dos resultados e conclusões apresentados nos artigos conduziu à identificação da área temática onde o estudo se situa, permitindo a classificação do conjunto pelas categorias sugeridas por Schraiber e Peduzzi (1993), e subcategorias sugeridas por Pinto *et al.* (2013), conforme *quadro 1*.

Os estudos que não se enquadraram em qualquer das categorias e subcategorias apresentadas foram classificados como 'outros'. Vale ressaltar que foi necessária a revisão das categorias analíticas adotadas no estudo anterior para responder às mudanças

na constituição da força de trabalho na saúde e na construção de processos educativos em todos os níveis de formação e atuação profissional. Desse modo, foram estabelecidos grupos segundo as categorias temáticas, procedendo-se, em seguida, à análise do tipo de estudo e da metodologia utilizada nos artigos que compunham o total de cada grupo.

Com relação aos tipos de estudo, os trabalhos foram classificados como: ensaios teóricos, cujo objetivo é refletir sobre abordagens e referenciais pertinentes à temática; artigos opinativos sobre o tema; estudos empíricos que utilizam fontes primárias ou secundárias; estudos avaliativos; e relatos de experiência e de intervenções. Quanto à metodologia utilizada na produção e análise das informações, tratou-se de identificar os diversos desenhos de pesquisa indicados. No momento da categorização, foi necessário, para facilitar o aprofundamento da análise, estabelecer subcategorias para os temas mais estudados pelos pesquisadores, os de Formação-Capacitação e Profissionais de Saúde.

Quadro 1. Categorias e subcategorias para análise de estudos sobre trabalho e educação na saúde

Categorias				
Profissionais de Saúde	Formação e Capacitação de RH em Saúde	Administração de RH em Saúde	Mercado de Trabalho em Saúde	Política de RH em Saúde
Conteúdos				
Prática Profissional	Processo Educacional ou Práticas Educativas	Dimensionamento de Pessoal	Parâmetros quantitativos de RH	Configuração e Tendências do Mercado de Trabalho em Saúde
Subcategorias				
Competências, perfil e identidade Profissional: Estudos sobre atribuições, escolha vocacional, conhecimentos necessários e habilidades para atuação profissional. Processo de trabalho: Estudos sobre a prática profissional, atividades, jornada de trabalho, análise de desempenho e produtividade no trabalho, organização do trabalho e instrumentos de trabalho. Saúde do trabalhador da saúde: Estudos relacionados à saúde do trabalhador da saúde nos seus diversos aspectos.	Avaliação: Avaliação de métodos, processos e instrumentos envolvidos na formação e capacitação de recursos humanos em saúde; avaliação de políticas e programas de formação; avaliação de cursos. Estudos sobre currículo: Formulação, implantação, reforma, integração, estrutura e conteúdo curriculares em diversas perspectivas de análise. Processo pedagógico: Estudos sobre aplicação de estratégias e instrumentos didáticos de ensino: processo ensino-aprendizagem; articulação ensino-serviço; cenários de práticas, prática docente, metodologias de ensino. Análise histórica: Trajetória e histórico de cursos, políticas, programas de formação e instituições de ensino e história das profissões. Políticas de formação: Estudos sobre políticas de formação de recursos humanos em saúde no Brasil: normatizações, leis, diretrizes e programas de educação permanente em saúde. Educação permanente: Estudos sobre atividades de educação permanente e treinamento em serviço. Tecnologias da educação: Estudos sobre tecnologias da informação e comunicação em saúde; Educação a Distância (EAD).	Critérios para recrutamento e seleção de pessoal Supervisão e avaliação de RHS Planos de cargos, carreiras e salários	Oferta e utilização de trabalhadores de saúde	Diretrizes e propostas políticas definidas por órgãos oficiais

Fonte: Adaptado de Pinto *et al.* (2013); Schraiber e Peduzzi (1993).

Resultados e discussão

Evolução temporal da produção científica sobre trabalho e educação em saúde

A pesquisa de trabalhos sobre a temática no período compreendido entre 2011 e 2014 resultou no total de 6.829 documentos, sendo selecionados 1.192 resumos de artigos para a análise preliminar. Após a exclusão dos trabalhos que não atendiam aos critérios de inclusão deste estudo e das duplicidades, que totalizaram 435 artigos, analisaram-se 757 resumos.

Ao comparar a produção científica entre 2011 a 2014 com o período correspondente às décadas de 1990 e 2010 analisadas por Pinto *et al.* (2013), com 532 estudos, verifica-se expressivo crescimento, particularmente, no ano de 2011, quando se produziram 231 publicações. Ao tomar como referência o último ano analisado (2010) no referido estudo, onde se encontraram 90 publicações, o número de artigos em 2011 (231) corresponde a 156,0% de acréscimo em novos trabalhos.

Nos anos subsequentes, 2012 e 2013, nota-se um declínio, não linear, de, respectivamente, 182 e 191 publicações. Em 2014, com 153 publicações, a redução foi de 33,4% em relação ao pico verificado em 2011. Ainda assim, a produção manteve-se em níveis mais elevados do que aqueles observados no estudo de Pinto *et al.* (2013).

Nesse cenário, destaca-se a ação governamental e estímulo às produções relacionadas ao trabalho na saúde, desde 2003, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), o que demarca publicamente a necessidade de investimentos nos trabalhadores, já contabilizada pelo próprio Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (PAIM, 1994).

As inúmeras ações implantadas pela SGTES ao longo dos últimos anos vêm, certamente, dando maior visibilidade à área, tanto na gestão do trabalho e da educação na saúde como no fomento e desenvolvimento de pesquisas que sugiram soluções para os problemas encontrados, bem como por meio de Editais Nacionais financiados pelo Ministério da Saúde-Decit (Departamento de Ciência e Tecnologia) e pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), além de Editais de Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS) em diversos estados, sobretudo a partir de 2005. Dessa forma, observa-se a consolidação da agenda de pesquisa na área que articula os campos do trabalho e da formação em saúde, i.e. educação profissional, superior e permanente.

Considerando os resultados encontrados, cabe registrar como possível limitação deste estudo a adoção, para atender a fins comparativos, da mesma metodologia do estudo anterior (PINTO *ET AL.*, 2013), que havia se valido somente de resumos de artigos publicados no Brasil. Nesse sentido, não se descarta que alguns trabalhos não tenham sido capturados ou que façam parte de outro acervo não contemplado neste estudo, a exemplo das teses e dissertações.

Distribuição dos estudos segundo classificação do periódico onde foi publicado

A classificação da produção científica foi analisada a partir da estratificação proposta pela Qualis-Periódicos para o campo da saúde coletiva. Do total das publicações, 658 tiveram suas classificações encontradas em 2014; nove, em 2013; 85, em 2012; e em cinco não se encontraram as classificações. No que se refere aos estratos, a maioria das publicações selecionadas é B1 (48%), seguidas de B2 (32%), B3 (13%), B4 (4%) e A2 (2%). Além do crescimento do volume, ressaltam-se aspectos qualitativos dessa produção científica, visto que, comparando-se com o estudo anterior, no qual as publicações B1 representaram 19%, seguido de B2 (16,7%) e B3 (44,49), houve uma melhoria qualitativa dos estudos, segundo a Qualis-Capes.

Assim como no estudo anterior, não houve publicações na A1 e o número de publicações em revistas A2 permaneceu estável. A produção científica classificada como B1 é encontrada em revistas da área da saúde coletiva, o que contribui para seu maior peso na área, enquanto os estratos B2, B3 e B4 estão publicados, em sua grande maioria, em períodos das áreas de enfermagem, fisioterapia, odontologia, educação física, fonoaudiologia, dentre outras que não fazem parte do campo da saúde.

Acredita-se que a ausência de publicações sobre a temática em periódicos mais qualificados como A1 e a baixa produção científica em periódicos A2 devem-se à própria natureza da temática e ao pequeno número de revistas nacionais na área de classificação adotada, já que se trata de estudo que analisa a produção científica brasileira. Considerando as mudanças no perfil das publicações em relação ao estudo anterior, esta constatação demarca a consolidação de uma área de estudos, bem como abre espaço para a inferência sobre agregação de valores e referências mais consistentes aos estudos apresentados.

Características da produção científica: áreas temáticas e tipo de estudo

A *tabela 1* apresenta a comparação dos artigos selecionados no estudo anterior (PINTO *ET AL.* 2013), com aqueles encontrados neste estudo, para o período de 2011 a 2014. A fim de facilitar a comparação entre os achados dos dois estudos, os períodos foram divididos em quadriênios. Observou-se que a categoria Formação-Capacitação de RH vem mantendo a liderança na área de trabalho e educação na saúde, com maior proporção de estudos publicados, seguida dos estudos sobre Profissionais de Saúde.

Vale ressaltar que, em relação a esta última categoria, houve redução de 89,6% em número de publicações no quadriênio 1995 a 1998 quando comparado ao período anterior, ficando atrás das categorias Política de RH e Mercado de Trabalho. No quadriênio seguinte, a categoria, Profissionais de Saúde, apresenta proporção de estudos 14,3 vezes maior do que a verificada no quadriênio anterior, voltando a ocupar o segundo lugar dentre as categorias. A posição se manteve nos períodos subsequentes, apesar da redução de trabalhos nos oito anos seguintes. No quadriênio 2011 a 2014, essa mesma categoria abarca 42,4% de todas as publicações, o que faz diminuir a diferença que existia em relação à Formação-Capacitação de RH. Enquanto na década de 1990 a proporção de estudos sobre essa categoria chegava a ser três vezes maior do que a de Profissionais de Saúde, no quadriênio 2011 a 2014 a proporção é maior, de 22,4%.

A Política de RH que, no período de 1995 a 1998 respondeu por aproximadamente 10,0% das publicações, chega à segunda década de 2000 com a inexpressiva proporção de 0,4% de publicações. Outras categorias, como Administração de RH e Mercado de Trabalho, cujas proporções variaram entre 1,0 % e 6,3 % ou, até mesmo, não foram publicadas em alguns períodos, permanecem com pouca visibilidade no quadriênio 2011 a 2014, visto que, juntas, não chegaram a 5,0%.

De modo geral, esta análise mostra que a produção científica do último quadriênio apresenta a mesma tendência no que se refere às categorias temáticas, especialmente a predominância das publicações divididas entre Formação-Capacitação e Profissionais de Saúde, corroborando, assim, os achados de Schraiber e Peduzzi (1993) e Pinto *et al.* (2013), que analisaram a produção científica da área em período anterior. Além disso, ao se comparar a evolução temporal entre estas duas categorias, observa-se que, se por um lado houve uma tímida redução no número de publicações na categoria Formação-Capacitação, principalmente quando comparados os dois últimos quadriênios, por outro houve elevado aumento de publicações na categoria Profissionais de Saúde, crescendo de 10,3 no penúltimo quadriênio (2007 a 2010) para 42,4 no ultimo quadriênio (2011 a 2014).

Tabela 1. Distribuição proporcional, por quadriênios, das publicações sobre trabalho e educação na saúde, segundo a categoria, no período de 1991 a 2014

Categorias	1991 a 1994	1995 a 1998	1999 a 2002	2003 a 2006	2007 a 2010	2011 a 2014
	N=24	N=48	N=70	N=101	N=281	N=757
Administração de RH	-	6,3	4,3	-	5,7	3,6
Formação e Capacitação de RH	62,5	75,0	62,8	71,3	74,0	51,9
Mercado de Trabalho	4,2	6,3	-	1,0	3,2	1,3
Política de RH	4,2	10,4	1,4	6,9	5,7	0,4
Profissionais de Saúde	20,8	2,0	28,6	16,8	10,3	42,4
Outros	8,3	-	2,9	4,0	1,1	0,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Lilacs; SciELO.

A *tabela 2* traz uma síntese dos trabalhos publicados no Brasil no período de 2011 a 2014, baseadas em categorias temáticas e tipos de publicação. A maior parte dos trabalhos publicados está classificada como empíricos (64,3%), seguida dos ensaios teóricos (17,8%). Na distribuição das categorias por tipo de estudo, observa-se que em todas predominam os estudos empíricos, onde Profissionais de Saúde (74,8%) e Administração de RH (74,1%) apresentam as proporções mais elevadas.

Todos os três estudos sobre Política de RH foram classificados como ensaios teóricos. Em seguida, aparecem os estudos sobre Mercado de Trabalho, que têm 40,0% de sua produção classificada nessa modalidade. A categoria Formação-Capacitação de RH foi a que apresentou a maior proporção de estudos classificados como relato de experiência (20,6%). Com exceção de Formação-Capacitação de RH e da categoria Profissionais de Saúde, com 1,6% das publicações do tipo relato de experiência, as demais não apresentaram estudos nessa modalidade. Observa-se, ainda, um crescimento na proporção de estudos de revisão da literatura. Enquanto no período de 1990 a 2010 este tipo de estudo representava 2,4% do total de publicações, entre 2011 a 2014 a proporção elevou-se para 6,5% (PINTO *ET AL.*, 2013).

Tabela 2. Distribuição proporcional das publicações sobre trabalho e educação na saúde, segundo categoria e tipo de estudo, no período de 2011 a 2014

Categorias	Tipo de estudo				
	N	Estudo Empírico	Ensaio Teórico	Revisão de Literatura	Relato de Experiência
Administração de RH	27	74,1	22,2	3,7	-
Formação e Capacitação de RH	393	56,2	18,6	4,6	20,6
Mercado de Trabalho	10	50,0	40,0	10,0	-
Política de RH	3	-	100,0	-	-
Profissionais de Saúde	321	74,8	14,9	8,7	1,6
Outros	3	33,3	33,3	33,3	-
Total	757	64,3	17,8	6,5	11,4

Fonte: Lilacs; SciELO.

Formação e capacitação dos trabalhadores

DISTRIBUIÇÃO POR SUBCATEGORIA TEMÁTICA

Os estudos sobre Formação-Capacitação dos trabalhadores da saúde, como visto anteriormente, são os mais numerosos (51,9%), confirmando os achados dos trabalhos de Schraiber e Peduzzi (1993) e de Pinto *et al.* (2013), que já evidenciavam o predomínio da categoria. Se por um lado, no período de vinte anos anteriormente analisado por Pinto *et al.* (2013), a categoria totalizou 379 publicações, por outro, em apenas quatro anos, esse número foi superado, totalizando 393 estudos publicados entre 2011 e 2014, passando de uma média de 18 para 98 publicações por ano.

Dos estudos concentrados na categoria, 157 (39,9%) abordaram o processo pedagógico, seguido de 63 estudos sobre currículo (16,0%) e 56 sobre avaliação pedagógica (14,2%). As demais subcategorias aparecem de forma reduzida, com variações nas proporções entre 3,6% e 9,9%. Na estratificação por tipo de estudo, observa-se que a subcategoria Avaliação Pedagógica apresenta a maior proporção de estudos empíricos (92,8%). Na modalidade ensaio teórico aparecem as subcategorias Análise Histórica, com 42,9%, e Políticas de Formação, com 33,3% (*tabela 3*).

Tabela 3. Distribuição proporcional das publicações da categoria Formação e Capacitação de RH, segundo subcategorias e tipos de estudo, Brasil, 2011-2014

Subcategorias			Tipo de estudo			
	N=393		Estudo Empírico	Ensaio Teórico	Revisão de Literatura	Relato de Experiência
	N	%	56,2	18,6	4,6	20,6
Análise Histórica	14	3,6	50,0	42,9	-	7,1
Avaliação	56	14,2	92,8	28,6	-	-
Educação Permanente	28	7,1	60,7	17,9	3,5	17,9
Estudos Sobre Currículo	63	16,0	57,2	19,0	6,3	17,5
Políticas de Formação	15	3,8	53,3	33,3	-	13,3
Processo Pedagógico	157	39,9	45,2	17,8	3,2	33,8
Tecnologias da Educação	21	5,3	33,3	23,8	4,8	38,1
Outros	39	9,9	60,0	20,5	17,9	2,6

Fonte: Lilacs; SciELO.

ANÁLISE DE CONTEÚDOS SEGUNDO TIPO DE ESTUDO

A subcategoria Processo Pedagógico apresenta certa supremacia sobre as demais subcategorias, requerendo, portanto, análise mais aprofundada. A distribuição quantitativa por tipo de estudo demonstra que essa subcategoria é composta por 45,2% de estudos empíricos, 33,8% de relatos de experiência, 17,8% de ensaios teóricos e 3,2% de revisão da literatura.

Os estudos empíricos incluídos nessa subcategoria centram-se em práticas pedagógicas nos distintos níveis de formação, como graduação (PATRÍCIO *ET AL.*, 2011), pós-graduação (BOTTI; REGO, 2011; ERDMANN *ET AL.*, 2011) e técnico (PEDROSA *ET AL.*, 2011). Abordam, também,

aspectos relacionados à introdução de metodologias ativas (SILVA; MIGUEL; TEIXEIRA, 2011) ou modalidades de ensino, como Ensino a Distância (EAD) (IAOCHITE *ET AL.*, 2011) ou, ainda, a adesão docente às mudanças curriculares propostas (GARCIA; SILVA, 2011) e a interface dessas propostas de mudanças com as políticas de saúde vigentes (BARROS; CLARO, 2011). Ante aos aspectos destacados, percebe-se a contribuição dos estudos relacionados à formação médica, com 17% do total de estudos empíricos analisados nessa subcategoria.

Chama à atenção o elevado número de estudos que utiliza a metodologia relato de experiência, o que permite admitir o desenvolvimento de experiências pedagógicas concretas, consideradas, em sua maioria, inovadoras. Nesse sentido, destacam-se as experiências piloto nos diversos cursos da saúde (ABRAHÃO *ET AL.*, 2011; AQUILANTE *ET AL.*, 2011), bem como os resultados obtidos a partir delas (FIGUEIREDO, 2011), apesar de os estudos contemplarem experiências em variados cursos da área; as que estão especificamente relacionadas ao curso médico totalizam 25% do total de estudos.

Os ensaios teóricos refletem sobre aspectos como as tradições presentes na formação (GOMES *ET AL.*, 2012), as práticas docentes institucionalizadas (MARTIN, 2011), os variados projetos de integração ensino-serviço-pesquisa-comunidade (MESTRINER JUNIOR *ET AL.*, 2011) e aspectos relativos ao currículo (MORENO; SONZOGNO, 2011).

Contudo, do total de 28 estudos teóricos analisados nessa subcategoria, apenas sete (25%) explicitam o referencial teórico utilizado. Dentre os referenciais teóricos explicitados, destacam-se a sociologia de Goffmann (MORENO; SONZOGNO, 2011), de Pierre Bourdieu (GOMES; REGO, 2013), a antropologia de Geertz (MARTIN, 2011), a pedagogia de Freire (MESTRINER JUNIOR *ET AL.*, 2011; MORETTI-PIRES, 2011; NAMEN; GALAN JUNIOR, 2011) e a proposta estética e pedagógica de Augusto Boal (GOLDSCHMIDT, 2012).

Outros estudos utilizam documentos institucionais nas suas análises históricas, visando a identificar a evolução do ensino na saúde no Brasil (ALMEIDA FILHO *ET AL.*, 2014).

Profissionais de Saúde

DISTRIBUIÇÃO POR SUBCATEGORIA TEMÁTICA

Assim como no estudo de Pinto *et al.* (2013), Profissionais de Saúde aparece neste estudo como a segunda categoria onde se concentram as publicações acerca da temática. Observa-se o elevado crescimento do número de publicações dessa categoria entre 2011 e 2014, totalizando 321 (42,4%), quando comparado ao período das décadas de 1990 e 2010, em que a produção esteve reduzida a um total de 74 publicações (14%). Esses resultados sugerem significativa contribuição dessa categoria para o crescimento da produção total publicada entre 2011 a 2014.

Observa-se pela *tabela 4* que, dos estudos concentrados na categoria Profissionais de Saúde, 46,1% das publicações abordaram o processo de trabalho, seguidas de estudos sobre saúde do trabalhador da saúde, com 29,3%, e de estudos sobre competências, perfil e identidade profissional (18,7%).

Dentre os estudos sobre a temática processo de trabalho, chama à atenção o fato de as abordagens se colarem, hegemonicamente, sob a ótica do sujeito, na tentativa de resgatar sua subjetividade para tratar de temas como comunicação, ética, compromisso ético-politico, humanização, competências, relações, protagonismo, autonomia e transformações no mundo do trabalho.

Essas temáticas revelam, dentre outras questões, que dois aspectos merecem aprofundamento. Primeiro, a dificuldade para aproveitar a fertilidade do referencial marxista em que se encontra inserido o conceito de processo de trabalho. A despeito da importância atribuída pelos estudos à identidade subjetiva no contexto da análise do processo de trabalho, a clara evasão para

outras linhas teóricas deixa para trás a importante contribuição da produção teórica desenvolvida pela saúde coletiva a partir do final dos anos 1970, com base nos estudos seminais de Cecília Donnangelo e Ricardo Bruno Mendes Gonçalves. O segundo aspecto, consequência do primeiro, é a perda da centralidade do processo de trabalho, como categoria analítica.

Nesse contexto, a diversidade de referenciais teóricos encontrados nos estudos sugere que o desafio de abordar o sujeito e sua subjetividade não tem sido tarefa simples. Dentre os novos aportes conceituais propostos, a Filosofia encontra-se presente em 44% dessa produção, constituindo-se o pilar de sustentação teórica dessas abordagens. Tal proporção pode ser explicada pelo número expressivo de estudos focados na temática da ética, do compromisso ético-político e da humanização. Por outro lado, surpreende a quase ausência de estudos sob a perspectiva do gênero (3,7%), visto ser uma dimensão que recorta as relações no trabalho, em especial do trabalho em saúde no Brasil, marcado por crescente contingente feminino.

Também chama à atenção a elevada produção científica sobre saúde do trabalhador da saúde nesses quatro anos quando comparada ao levantamento da produção científica realizado por Pinto *et al*. (2013), em que essa subcategoria respondeu por apenas 6,9% em um período que compreende duas décadas (1990 a 2010).

Tabela 4. Distribuição proporcional das publicações da categoria Profissionais de Saúde, segundo subcategoria e tipo de estudo, Brasil, 2011 - 2014

Subcategoria	N=321		Tipo de estudo			
			Estudo Empírico	Ensaio Teórico	Revisão de Literatura	Relato de Experiência
	N	**%**	**74,7**	**14,9**	**8,7**	**1,6**
Competências, Perfil e Identidade	60	18,7	70,0	23,3	5,0	1,7
Processo de Trabalho	148	46,1	70,9	18,2	9,5	1,4
Saúde do Trabalhador da Saúde	94	29,3	85,1	6,4	6,4	2,1
Outros	19	5,9	68,4	5,3	26,3	-

Fonte: Lilacs; SciELO.

ANÁLISE DE CONTEÚDO SEGUNDO TIPO DE ESTUDO

Por se tratar de quase metade da produção científica da categoria Profissionais de Saúde, é importante analisar com maior profundidade a subcategoria Processo de Trabalho em Saúde, que, por sua vez, se distribuiu em 70,9% de estudos empíricos, 18,2% de ensaios teóricos, 9,5% de revisão da literatura e 1,4% de relatos de experiência.

Os ensaios teóricos incluídos nesta subcategoria abarcaram o debate sobre áreas diversificadas, envolvendo múltiplos referencias tais como materialismo histórico (QUEIROS; LIMA, 2012); ergologia (OLIVEIRA; ALVAREZ; BRITO, 2013); análise institucional, psicodinâmica e agir comunicativo (CARVALHO *ET AL*., 2012) e filosofia, analisando o saber, o poder e a subjetividade (VIEIRA; SILVEIRA; FRANCO, 2011). Também se abordaram as contribuições da epidemiologia como referencial teórico prático para o trabalho em enfermagem (MEDEIROS *ET AL*., 2012) e o apoio matricial e equipe de referência como recurso para a organização do trabalho. Vale destacar o trabalho de Vieira e

Chinelli (2013), que tratam das relações entre trabalho, qualificação e reconhecimento.

Já os estudos empíricos, abordam diversidade de temas, objetos e profissões, com destaque para o fato de a Estratégia Saúde da Família (ESF) envolver distintas profissões de saúde (ALMEIDA; ZANOLLI, 2011; ASSIS *ET AL.,* 2011; BATISTA *ET AL.*, 2011; BERTONCINI; PIRES; SCHERER, 2011; COSTA; FERREIRA *ET AL.*, 2011; MARTINS *ET AL.*, 2012; OLIVEIRA *ET AL.,* 2012; SANT'ANNA *ET AL.*, 2011; TRAD; ROCHA, 2011), bem como o trabalho da enfermagem em diferentes níveis de complexidade (BAASCH; LANER, 2011; MARQUES; MELO, 2011; MASSON; BRITO; ATHAYDE, 2011).

Cabe destacar a presença, dentre esses estudos, de trabalhos que tratam da temática denominada por pesquisadores como gestão do trabalho. Nesse particular, há estudos que abordam a influência das condições de trabalho nas atividades de trabalho (BERTONCINI; PIRES; SCHERER, 2011; LANCMAN *ET AL.*, 2013; MASSON; BRIT; ATHAYDE, 2011; MENDES *ET AL.,* 2013;), motivações no trabalho (MENDES *ET AL.,* 2013), papel da infraestrutura no trabalho humanizado (TRAD; ROCHA, 2011), influência das condições ergonômicas no desenvolvimento do trabalho (COSTA *ET AL.,* 2012), relações de trabalho na ESF no tocante às modalidades de vínculos empregatícios (MARTINS *ET AL.,* 2012) e sofrimento no trabalho (MARQUES; MELO, 2011).

Mercado de Trabalho, Política de RHS e Administração de RHS

No período deste estudo, 2011 a 2014, houve redução no percentual de publicações sobre mercado de trabalho, política de RHS e administração de RHS quando comparado às duas últimas décadas, 1990 e 2010, analisadas por Pinto *et al.* (2013). Essa redução foi ainda maior na área de políticas de RHS, reduzindo-se de 5,6% para 0,4%.

Alguns estudos localizados na categoria Mercado de Trabalho apresentam análises sobre reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde, responsabilizando a fragilidade da regulação do mercado de trabalho no Brasil (MARTINS; MOLINARO, 2013). Pessanha e Artur (2013) discutem sobre as principais mudanças institucionais no mundo do trabalho no Brasil e revelam seus impactos para a organização dos trabalhadores, destacando que os processos de terceirização e jornada de trabalho são temas que têm afetado os trabalhadores da saúde. Por sua vez, Dedecca e Trovão (2013) discutem vantagens e desafios para a força de trabalho no complexo da saúde e abordam sua importância para o mercado brasileiro em um ensaio teórico.

Há ainda estudos que analisam trajetórias, expectativas, percepções e inserção de profissionais de saúde no mercado de trabalho (BARBOSA *ET AL.*, 2011; JESUS *ET AL.,* 2013; MATOS *ET AL.,* 2014; SILVA *ET AL.,* 2013; TORRES *ET AL.*, 2012).

Os estudos selecionados na categoria Política de RHS são três ensaios teóricos. O primeiro, de Dal Poz *et al.,* (2012), discute a política de formação de Recursos Humanos (RH) na perspectiva da reforma psiquiátrica e destaca os RH como ponto mais frágil da referida reforma. Aciole (2012) apresenta proposta de construção de pacto ético-político entre gestores e trabalhadores do SUS e resgata os movimentos históricos do setor saúde no Brasil em torno dos direitos dos trabalhadores e dos pactos federativos, principalmente no âmbito da gestão. Por sua vez, Dias, Lima e Teixeira (2013) analisam a política nacional de reorientação da formação profissional em saúde.

Os estudos sobre Administração de RHS abordam a avaliação de desempenho dos trabalhadores do setor de saúde pública, planejamento e gestão de RH em saúde, carga de trabalho, capacidade para o trabalho, dimensionamento de pessoal, rotatividade da força de trabalho, taxa de absenteísmo, jornadas de trabalho e condições de trabalho (COELHO *ET AL.,* 2011; FONSECA; VIEIRA, 2011; HILLESHEIN *ET AL.*, 2011; MORAES; IGUTI, 2013; PEREIRA *ET AL.,* 2011; PIERANTONI *ET AL.,* 2011; SANCHO *ET AL.,* 2011; SANCINETTI *ET AL.*, 2011; SILVA; ROTENBERG; FISCHER *ET AL.*, 2011; SILVA JUNIOR *ET AL.*, 2011; QUEIROZ; ALBUQUERQUE;

MALIK *ET AL.*, 2013; VIANNA *ET AL.*, 2013).

O estudo de Carvalho, Santos e Campos (2013) discute a construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil a partir de sua trajetória histórica. Nessa perspectiva, outros estudos analisam a gestão da força de trabalho em saúde na atenção básica (JUNQUEIRA *ET AL.*, 2011; MAEDA *ET AL.*, 2011; RIZZOTTO *ET AL.*, 2014; SEIDL *ET AL.*, 2014; TOMAZI; RIZZOTTO, 2013). A regulação do trabalho médico e seus impactos na ESF é analisada por Rodrigues *et al*., (2013). Outros estudos sobre o profissional médico discutem os fatores críticos para sua fixação da ESF (NEY; RODRIGUES, 2012), necessidade de médicos no interior da Amazônia (SILVEIRA; PINHEIRO, 2014) e como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos (CARVALHO; SOUSA, 2013).

O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde é analisado por Ditterich, Moysés e Moysés (2012). Os Governos Fernando Henrique Cardoso (FHC) e Luís Inácio Lula da Silva (Lula) e a política para a força de trabalho civil do Governo Central Brasileiro são analisados pelo estudo de Costa e Lamarca (2013), que associa a condição da força de trabalho do governo central brasileiro às mudanças na coalizão governamental e alega que a residual participação do Ministério da Saúde (MS) na prestação direta de serviços públicos influenciou a trajetória declinante da força de trabalho federal.

Nessa perspectiva, o estudo de Alberto, Machado e Teixeira (2011) analisa o quadro de trabalhadores federais em saúde no Brasil nos anos 2000, demarcando a importância dos servidores da esfera federal para a conformação institucional do SUS. Fonseca e Vieira (2011) estudaram a conformação e desempenho da força de trabalho no Estado de Minas Gerais na perspectiva de Yves Schwartz, identificando a forte abrangência das estruturas focadas no gerenciamento e rígidas para a organização dos trabalhadores e destacando riscos de cristalização de uma visão funcionalista nesses processos.

Considerações finais

Este estudo possibilitou o acompanhamento das características da produção científica sobre trabalho e educação na saúde nos últimos anos. Evidenciou-se, por meio das bases de dados Lilacs e SciELO, o elevado crescimento das publicações sobre essa temática no período de quatro anos quando comparadas às décadas anteriores. Foi possível identificar, de fato, quais categorias permanecem com maior número de estudos, quais despontaram com número significativo de trabalhos e quais continuam a apresentar lacunas de conhecimento, o que pode evidenciar desinteresse e falta de investimentos em algumas áreas do trabalho na saúde.

Enquanto categorias como Formação-Capacitação de RH e Profissionais de Saúde praticamente dividem a totalidade dos trabalhos produzidos nesses quatro anos, os grupos Administração de RH, Política de RH e Mercado de Trabalho, com poucas contribuições nas décadas anteriores, apresentaram declínio da produção no período estudado. Esses últimos grupos carecem de estudos que possam recomendar soluções para muitos problemas existentes no trabalho em saúde, abarcados por essas esferas esquecidas ou negligenciadas, que ainda se constituem em importantes obstáculos à implantação das políticas para o setor e à consolidação do SUS.

Ao considerar que o êxito das ações de saúde depende da forma como o trabalho está organizado, elementos como número de profissionais, habilidades e competências, distribuição e condições de trabalho revestem-se de grande importância, demandando estudos e trabalhos que não só discutam, mas relatem as experiências bem ou mal sucedidas. Nesse particular, verifica-se modesta contribuição dos relatos de experiência no conjunto de trabalhos analisados, restringindo-se aos estudos sobre formação e capacitação de RH e, em menor número, sobre profissionais de saúde.

Outros temas também merecem atenção por estarem diretamente relacionados à valorização dos trabalhadores e à correta distribuição de profissionais nos serviços de saúde com base em parâmetros pré-estabelecidos. Toma-se como exemplo, o plano de carreira, cargos e salários e a mitigação da precariedade dos vínculos e dimensionamento da força de trabalho, dentre outros. Apesar da sua importância, ainda há poucos estudos sobre esses assuntos. O mesmo acontece com as políticas, programas e outras iniciativas de promoção da saúde do trabalhador que podem estar sob implantação em algum espaço do território nacional, mas que carecem de divulgação. Esses trabalhos contribuem para identificar as mudanças que vêm ocorrendo no mundo do trabalho em saúde, as dificuldades que vêm sendo enfrentadas em relação a aspectos da gestão do trabalho e as possíveis soluções para os desafios que se verificam no âmbito do SUS.

Não se descarta que alguns trabalhos não tenham sido capturados ou que façam parte de outro acervo não contemplado neste estudo, a exemplo das teses e dissertações. Nos últimos anos, os investimentos na formação e capacitação dos trabalhadores do segmento, por meio de cursos de especialização e mestrados profissionais, podem ter colaborado com a produção de trabalhos baseados no cotidiano dos serviços, o que representaria contribuição importante para a área da saúde. É necessário, portanto, que se prossiga no mapeamento das publicações, se avance na proposta de maior detalhamento dos estudos com a leitura integral dos textos, se vá além das sínteses temáticas e metodológicas e se sumariem as conclusões dos estudos revisados, especialmente daqueles que ainda respondem timidamente pela produção científica.

Colaboradores

Os autores trabalharam igualmente em todas as etapas de elaboração do manuscrito. ■

Referências

ABRAHÃO, A. L. *et al*. A pesquisa como dispositivo para o exercício no PET-Saúde UFF/FMS Niterói. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, p. 435-440, set. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n3/a19v35n3.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2017.

ACIOLE, G. G. Falta um pacto na Saúde: elementos para a construção de um Pacto Ético Político entre gestores e trabalhadores do SUS. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 684-694, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042012000400021&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 2 mar. 2017.

ALBERTO, L. G.; MACHADO, C. V.; TEIXEIRA, M. O quadro de trabalhadores federais em saúde no Brasil: uma análise no contexto dos anos 2000. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1537-1560, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000400019>. Acesso em: 2 mar. 2017.

ALMEIDA, P. V. B.; ZANOLLI, M. L. O papel do pediatra no PSF-Paidéia de Campinas (SP). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, sup.1, p. 1479-1488, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700083>. Acesso em: 2 mar. 2017.

ALMEIDA FILHO, N. *et al*. Formação médica na UFSB: I. Bacharelado interdisciplinar em saúde no primeiro ciclo. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 3, p. 337-348, set. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022014000300008&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 2 mar. 2017.

AQUILANTE, A. G. *et al*., Situações-problema simuladas: uma análise do processo de área de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1611-1619, 2011.

ASSIS, W. D. *et al*. Processo de trabalho da enfermeira que atua em puericultura nas unidades de saúde da família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 64, n. 1, p. 38-46, fev. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672011000100006&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 2 mar. 2017.

BAASCH, D.; LANER, A. S. Os significados do trabalho em unidades de terapia intensiva de dois hospitais brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1097-1105, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000700041&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 2 mar. 2017.

BARBOSA, T. L. A. *et al*. Expectativas e percepções dos estudantes do curso técnico em enfermagem com relação ao mercado de trabalho. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 20, p. 45-51, 2011. Disponível em: <http://www.index-f.com/textocontexto/2011pdf/20s-045.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2017.

BARROS, S.; CLARO, H. G. Processo ensino aprendizagem em saúde mental: o olhar do aluno sobre reabilitação psicossocial e cidadania. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 700-707, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000300022>. Acesso em: 2 mar. 2017.

BATISTA, C. B. *et al*. Violência no trabalho em saúde: análise em unidades básicas de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 295-317, out. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462011000200008&script=sci_abstract>. Acesso em: 2 mar. 2017.

BERTONCINI, J. H.; PIRES, D. E. P.; SCHERER, M. D. A. Condições de trabalho e renormalizações nas atividades das enfermeiras na saúde da família. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, p. 157-173, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000400008>. Acesso em: 2 mar. 2017.

BOTTI, S. H. O.; REGO, S. T. A. Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 65-85, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103--73312011000100005&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 2 mar. 2017.

CARVALHO, B. G. *et al*. Trabalho e intersubjetividade: reflexão teórica sobre sua dialética no campo da saúde e enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, p. 19-26, fev. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_04.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2017.

CARVALHO, M.; SANTOS, N. R.; CAMPOS, G. W. S. A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória histórica. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 372-387, set. 2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/4063/406341757002.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2017.

CARVALHO, M. S.; SOUSA, M.F. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos. *Interface,* Botucatu, v. 17, n. 47, p. 913-926, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-32832013000400012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 2 mar. 2017.

COELHO, F. U. A. *et al*. Carga de trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva de cardiologia e fatores clínicos associados. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 20, n. 4, p. 735-741, dez. 2011. Disponível em: <http://www.index-f.com/textocontexto/2011pdf/20-735.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2017.

COSTA, A. O. *et al*. A participação do auxiliar em saúde bucal na equipe de saúde e o ambiente odontológico. *Revista de Odontologia da UNESP*, Araraquara, v. 41, n. 6, p. 371-376, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rounesp/v41n6/a01v41n6.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2017.

COSTA, E. M.; FERREIRA, D. L. A. Percepções e motivações de agentes comunitários de saúde sobre o processo de trabalho em Teresina, Piauí. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 461-478, nov. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462011000300007&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 2 mar. 2017.

COSTA, N. R.; LAMARCA, I. Os Governos FHC e Lula e a política para a força de trabalho civil do Governo Central Brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1601-1611, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413--81232013000600012&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 2 mar. 2017.

DAL POZ, M. R.; LIMA, J. C. S.; PERAZZI, S. Força de trabalho em saúde mental no Brasil: os desafios da reforma psiquiátrica. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 621-639, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103--73312012000200012&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 2 mar. 2017.

DEDECCA, C. S.; TROVÃO, C. J. B. M. A força de trabalho no complexo da saúde: vantagens e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1555-1567, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/08.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2017.

DIAS, H. S.; LIMA, L. D.; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1613-1624, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v18n6/13.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2017.

DITTERICH, R. G.; MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. J. O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 615-625, abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000400002>. Acesso em: 2 mar. 2017.

ERDMANN, A. L. *et al*. Vislumbrando a iniciação científica a partir das orientadoras de bolsistas da Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 64, n. 2, p. 261-267, abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a07v64n2.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2017.

FIGUEIREDO, A. M. Perfil acadêmico dos professores de bioética nos cursos de pós-graduação no Brasil. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, p. 163-170, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022011000200004>. Acesso em: 2 mar. 2017.

FONSECA, J. C. F.; VIEIRA, C. E. C. Análise pluridisciplinar das situações de trabalho: para além da avaliação de desempenho dos trabalhadores do setor de saúde pública no estado de Minas Gerais. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 390-397, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104--12902011000200011&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 2 mar. 2017.

GARCIA, M. A. A.; SILVA, A. L. B. Um perfil do docente de medicina e sua participação na reestruturação curricular. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 58-68, mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n1/a09v35n1.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2017.

GOLDSCHMIDT, I. L. O teatro de Augusto Boal e a educação profissional em saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 61-69, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462012000100004&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 2 mar. 2017.

GOMES, A. P.; REGO, S. Pierre Bourdieu e formação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p. 260-265, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100--55022013000200014&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 2 mar. 2017.

GOMES, A. P. *et al*. Atenção primária à saúde e formação médica: entre episteme e práxis. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p. 541-549, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n4/14.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2017.

HILLESHEIN, E. F. *et al*. Capacidade para o trabalho de enfermeiros de um hospital universitário. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 509-515. set. 2011. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/18609>. Acesso em: 2 mar. 2017.

IAOCHITE, R. T. *et al*. Autoeficácia docente, satisfação e disposição para continuar na docência por professores de educação física. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, Curitiba, v. 33, n. 4, p. 825-839, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbce/v33n4/a03v33n4.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2017.

JESUS, B. H. *et al*. Inserção no mercado de trabalho: trajetória de egressos de um curso de graduação em enfermagem. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 336-345, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414--81452013000200019&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 2 mar. 2017.

JUNQUEIRA, V. *et al*. O Pacto pela Saúde e a gestão da força de trabalho na Atenção Básica do SUS: um retrato da situação de alguns municípios no Estado de São Paulo. *Physis,* Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 675-693, 2011. Disponível em: <http://repositorio.unifesp.br/handle/11600/6185>. Acesso em: 2 mar. 2017.

LANCMAN, S. *et al*. Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 968-975, out. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n5/0034-8910-rsp-47-05-0968.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2017.

MACHADO, M. H. Trabalhadores da saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos RH Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. p. 12-25.

MAEDA, S. T. *et al*. Recursos humanos na atenção básica: investimento e força propulsora de produção. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 1651-1655, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000800002>. Acesso em: 2 mar. 2017.

MARQUES, P. A.; MELO, E.C.P. O processo de trabalho em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v.

45, n. 2, p. 374-380, abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a10>. Acesso em: 2 mar. 2017.

MARTIN, D. Refletindo a formação interdisciplinar na pós-graduação. *Saúde e Sociedade,* São Paulo, v. 20, n. 1, p. 57-65, jan./mar. 2011. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29770>. Acesso em: 2 mar. 2017.

MARTINS, A. R. *et al*. Relações interpessoais, equipe de trabalho e seus reflexos na atenção básica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 6-12, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1s2/a02v36n1s2.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2017.

MARTINS, M. C.; MOLINARO, A. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1667-1676, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/18.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2017.

MASSON, L. P.; BRITO, J.; THAYDE, M. Dimensão relacional da atividade de cuidado e condições de trabalho de auxiliares de enfermagem em uma unidade neonatal. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 879-898, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312011000300007&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 2 mar. 2017.

MATOS, F.V. *et al*. Egressos da residência de medicina de família e comunidade em Minas Gerais. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 2, p. 198-204, jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v38n2/a06v38n2.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2017.

MEDEIROS, A. R. P. *et al*. A epidemiologia como referencial teórico-metodológico no processo de trabalho do enfermeiro. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1519-1523, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000600032>. Acesso em: 2 mar. 2017.

MENDES, A. C. G. *et al*. Condições e motivações para o trabalho de enfermeiros e médicos em serviços de emergência de alta complexidade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 66, n. 2, p. 161-166, abr. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000200002>. Acesso em: 2 mar. 2017.

MESTRINER JÚNIOR, W. *et al*. O desenvolvimento de competências em atenção básica à saúde: a experiência no projeto Huka-Katu. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, p. 903-912, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000700022&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 2 mar. 2017.

MORAES, P. N.; IGUTI, A. M. Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho: uma análise do PMAQ-AB. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 416-426, set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000300005>. Acesso em: 2 mar. 2017.

MORENO, L. R.; SONZOGNO, M. C. Formação pedagógica na pós-graduação em saúde no ambiente Moodle: um compromisso social. *Pro-Posições*, Campinas, v. 22, n. 3, p. 149-164, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pp/v22n3/11.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2017.

MORETTI-PIRES, R. O. O pensamento freireano como superação de desafios do ensino para o SUS. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 255-263, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n2/15.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2017.

NAMEN, F. M.; GALAN, J. J. Reflexões sobre a educação de profissionais da área de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, supl.1, p.1611-1619, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000700097&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 2 mar. 2017.

NEY, M. S.; RODRIGUES, P. H. A. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da

Família. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1293-1311, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312012000400003&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 2 mar. 2017.

OLIVEIRA, A. K. S. *et al*. Experiências alternativas resgatando saberes para os processos de trabalho em saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 953-959, ago. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000400024>. Acesso em: 2 mar. 2017.

OLIVEIRA, S.; ALVAREZ, D.; BRITO, J. A dimensão gestionária do trabalho: aspectos da atividade de cuidado. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, jun. 2013, v. 18, n. 6, p. 1581-1589. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v18n6/10.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2017.

PAIM, J. S. *Recursos Humanos em Saúde no Brasil*: problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo: USP, 1994.

PATRÍCIO, Z. M. *et al*. Sistematização de estratégias de ensinar-aprender pesquisa na graduação. *Interface,* Botucatu, v. 15, n. 39, p. 1159-1172, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2011nahead/aop2811>. Acesso em: 2 mar. 2017.

PEDROSA, I. L. *et al*. Uso de metodologias ativas na formação técnica do agente comunitário de saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 319-332, out. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981--77462011000200009&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 2 mar. 2017.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. Workshop: mapeamento de projetos de pesquisa e de intervenção sobre recursos humanos em saúde, no âmbito nacional. *Interface,* Botucatu, v. 4, n. 7, p. 149-152, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832000000200019>. Acesso em: 2 mar. 2017.

PEREIRA, I. M. *et al*. Dimensionamento informatizado de profissionais de enfermagem: avaliação de um software. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 45, p.1600-1605, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a29v43s2.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2017.

PESSANHA, E. G. F.; ARTUR, K. Direitos trabalhistas e organização dos trabalhadores num contexto de mudanças no mundo do trabalho: efeitos sobre os trabalhadores da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro v. 18, n. 6, p. 1569-1580, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v18n6/09.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2017.

PIERANTONI, C. R. *et al*. Avaliação de desempenho: discutindo a tecnologia para o planejamento e gestão de recursos humanos em saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 45, p. 1627-1631, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000700014&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 2 mar. 2017.

PINTO, I. C. M. *et al*. Trabalho e educação em saúde no Brasil: tendências da produção científica entre 1990-2010. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, p. 1525-1534, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/14340/1/isabela%202.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2017.

QUEIROS, A. A. L.; LIMA, L. P. A institucionalização do trabalho do agente comunitário de saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 257-281, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462012000200005>. Acesso em: 2 mar. 2017.

QUEIROZ, A. C. S.; ALBUQUEUERQUE, L. G.; MALIK, A. M. Gestão estratégica de pessoas e inovação: estudos de caso no contexto hospitalar. *Revista de Administração*, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 658-670, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rausp/v48n4/03.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2017.

RIZZOTTO, M. L. F. *et al*. Força de trabalho e gestão do trabalho em saúde: revelações da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Paraná. *Saúde em*

Debate, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 237-251, out. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0237.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2017.

RODRIGUES, P. H. A. *et al*. Regulação do trabalho médico no Brasil: impactos na Estratégia Saúde da Família. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1147-1166, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312013000400007&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 2 mar. 2017.

SANCHO, L. G. *et al*. Rotatividade na força de trabalho da rede municipal de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais: um estudo de caso. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 431-447, nov. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462011000300005&script=sci_abstract>. Acesso em: 2 mar. 2017.

SANCINETTI, T. R. *et al*. Taxa de absenteísmo da equipe de enfermagem como indicador de gestão de pessoas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 45, n. 4, p.1007-1012, ago. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/v45n4a31.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2017.

SANT'ANNA, C. F. *et al*. Comunidade: objeto coletivo do trabalho das enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 341-347, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103--21002011000300006&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 2 mar. 2017.

SCHRAIBER, L. B.; PEDUZZI, M. Tendências e possibilidades da investigação de recursos humanos em saúde no Brasil. *Educación Médica y Salud*, Washington, DC, n. 27, v. 3, p. 295-313, 1993. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/cvsp/resource/pt/pah-15206>. Acesso em: 2 mar. 2017.

SEIDL, H. *et al*. Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 94-108, out. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042014000600094&script=sci_abstract&tlng=es>. Acesso em: 2 mar. 2017.

SILVA, A. A.; ROTENBERG, L.; FISCHER, F. M. Jornadas de trabalho na enfermagem: entre necessidades individuais e condições de trabalho. *Revista de Saúde Públic*a, São Paulo, v. 45, n. 6, p.1117-1126, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000600014>. Acesso em: 2 mar. 2017.

SILVA, K. L. *et al*. Expansão dos cursos de graduação em enfermagem: dilemas e contradições frente ao mercado de trabalho. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 1211-1218, out. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342013000501211&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 2 mar. 2017.

SILVA, R. H. A.; MIGUEL, S. S.; TEIXEIRA, L. S. Problematização como método ativo de ensino--aprendizagem: estudantes de farmácia em cenários de prática. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 77-93, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000100006>. Acesso em: 2 mar. 2017.

SILVA JUNIOR, S. H. A. *et al*. Validade e confiabilidade do índice de capacidade para o trabalho (ICT) em trabalhadores de enfermagem. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1077-1087, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102--311X2011000600005>. Acesso em: 2 mar. 2017.

SILVEIRA, R. P.; PINHEIRO, R. Entendendo a necessidade de médicos no interior da Amazônia – Brasil. *Rev. bras. educ. med*., v. 38, n. 4, p. 451-459, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022014000400006&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 2 mar. 2017.

TOMASI, A. R. P.; RIZZOTTO, M. L. F. Análise da distribuição e composição profissional dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no Paraná. *Saúde debate*, v. 37, n. 98, p. 427-436, set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.

php?pid=S0103-11042013000300006&script=sci_abstract&tlng=es>. Acesso em: 2 mar. 2017.

TORRES, A. R. *et al*. Inserção, renda e satisfação profissional de médicos formados pela Unesp. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 32-40, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1/a05v36n1.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2017.

TRAD, L. A. B.; ROCHA, A. A. R. M. Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1969-1980, mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000100005>. Acesso em: 2 mar. 2017.

VIANNA, C. M. M. *et al*. Modelos econométricos de estimativa da força de trabalho: uma revisão integrativa da literatura. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 925-950, set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000300014>. Acesso em: 2 mar. 2017.

VIEIRA, M.; CHINELLI, F. Relação contemporânea entre trabalho, qualificação e reconhecimento: repercussões sobre os trabalhadores técnicos do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p.1 591-1600, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000600011&script=sci_abstract&tlng=es>. Acesso em: 2 mar. 2017.

VIEIRA, A. N.; SILVEIRA, L. C.; FRANCO, T. B. A formação clínica e a produção do cuidado em saúde e na enfermagem. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 9-24, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000100002>. Acesso em: 2 mar. 2017.

Recebido para publicação em abril de 2017
Versão final em julho de 2017
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Painel estadual de monitoramento da infecção pelo vírus *zika* e suas complicações: caracterização e uso pela Vigilância em Saúde

State panel for monitoring of infections by the zika virus and its complications: characterization and usage in Health Surveillance

Juliana Martins Barbosa da Silva Costa[1], Yluska Almeida Coelho dos Reis[2], Gisele Cazarin[3], Luciana Caroline de Albuquerque Bezerra[4], Isabela Maciel de Sousa Silva[5]

RESUMO As epidemias causadas por arboviroses, especialmente pelo vírus *zika* e suas complicações, destacaram-se como importantes problemas de saúde pública no âmbito global. O estado de Pernambuco despontou tanto nas ações de vigilância e atenção à saúde integradas dessas doenças, como no seu monitoramento. Esse é essencial no aprimoramento da gestão em situações de emergência em saúde pública. Objetiva-se aqui relatar o desenvolvimento de painel estadual de monitoramento focado nessas doenças. Espera-se contribuir para o aperfeiçoamento de intervenções que objetivem alcançar resultados semelhantes, uma vez que o monitoramento de casos, considerados inéditos, favorece ao aprendizado institucional.

PALAVRAS-CHAVE Monitoramento. Avaliação em saúde. Infecções por arbovírus. Vigilância em saúde pública.

ABSTRACT *Epidemics caused by Arboviruses, especially by the zika virus and its complications, stood out as major public health problems in the global scenario. The State of Pernambuco has emerged also in the integrated surveillance actions and health attention for those diseases as in their monitoring. That tool is effective in improving emergency management in public health. The objective of this paper is to report the development of a monitoring state panel focused on those diseases. It aims at contributing to the improvement of interventions addressed to achieve similar results, since the monitoring of unprecedented cases promotes institutional learning.*

KEYWORDS *Monitoring. Health evaluation. Arbovirus infections. Public health surveillance.*

[1] Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Caruaru (PE), Brasil.
julimartins.costa@gmail.com

[2] Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE) – Recife (PE), Brasil.
yluskareis@yahoo.com.br

[3] Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (Imip) – Recife (PE), Brasil.
gcazarin@gmail.com

[4] Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE) – Recife (PE), Brasil.
lua_cad@yahoo.com.br

[5] Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE) – Recife (PE), Brasil.
belmaciel@gmail.com

DOI: 10.1590/0103-11042017S324

Introdução

Recentemente no Brasil, as arboviroses vêm ganhando destaque como relevantes problemas de saúde pública, pois, por sua magnitude e transcendência, foram consideradas de importância internacional (WHO, 2016). Dentre elas, destacam-se doenças caracterizadas como reemergentes, a exemplo da dengue, reintroduzida no Brasil no início da década de 1980; emergentes, como a febre *chikungunya* e o vírus *zika*; bem como as persistentes, como a febre amarela silvestre (FIGUEIREDO, 2015).

A emergência e a reemergência de arbovírus são consideradas fenômenos naturais de evolução e adaptação das espécies. Ademais, fatores como mudanças climáticas e ambientais, desmatamentos, migração populacional, ocupação desordenada de áreas urbanas e precariedade de condições sanitárias favorecem à amplificação e transmissão viral (FIGUEIREDO, 2015).

No cenário nacional, o estado de Pernambuco destacou-se em 2016 com 113.320 casos suspeitos de dengue e 58.969 de *chikungunya*. Quanto à infecção pelo vírus *zika*, houve, nesse mesmo ano, 11.392 casos notificados em 151 municípios (81,5%) e no Distrito de Fernando de Noronha. Em 2016, notificaram-se 383 óbitos por arboviroses no estado, com percentual expressivo para *chikungunya* (53,4%), seguido de coinfecção por dengue e *chikungunya* (23,0%) e dengue (21,7%) (PERNAMBUCO, 2017).

Dentre as infecções por arbovírus, aspectos relacionados à circulação do vírus *zika* despertaram recente interesse. A identificação desse vírus como agente de surto na região nordeste brasileira representou a primeira transmissão autóctone da mencionada infecção no país. Em novembro de 2014, estados dessa região relataram a ocorrência de doença exantemática de etiologia desconhecida, posteriormente confirmada em abril de 2015 como infecção pelo vírus *zika*, com oito casos no estado da Bahia, oito no Rio Grande do Norte, um em São Paulo e quatro em Pernambuco (BRITO, 2015; PERNAMBUCO, 2016).

Peculiaridades da investigação do vírus *zika* no País, e, em especial, no estado de Pernambuco revelaram protagonismo de ações coordenadas de resposta rápida ao que foi caracterizado, no período de maio a novembro de 2016, emergência de saúde pública de alcance mundial (ARAÚJO *ET AL.*, 2016; WHO, 2016). Em outubro de 2015, além dos casos confirmados de infecção pelo vírus *zika*, outro evento foi registrado no Estado: profissionais de dois hospitais da capital Recife notificaram à Secretaria de Saúde aumento no número de recém-nascidos com microcefalia para 26 casos (EICKMANN *ET AL.*, 2016; PERNAMBUCO, 2016). A partir dessa comunicação, o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde de Pernambuco (Cievs-PE) comprovou alteração no padrão de ocorrência dessa anomalia congênita, uma vez que, entre os anos de 2005 e 2014, sua mediana era de nove registros por ano. Vale ressaltar que foi o primeiro estado a detectar mudança no padrão epidemiológico da microcefalia (PERNAMBUCO, 2016).

Tal quadro, posteriormente, foi relacionado à infecção pelo vírus *zika* (ARAÚJO *ET AL.*, 2016). A ocorrência dessas infecções despontou no cenário nacional e latino americano em razão das complicações associadas, especialmente a síndrome de Guillain-Barré (CAO-LORMEAU *ET AL.*, 2016) e a Síndrome da *Zika* Congênita (SZC) (ARAÚJO *ET AL.*, 2016).

A infecção congênita pelo vírus *zika* passou a ser definida como síndrome a partir de novos achados clínicos, anatômicos e de imagem do sistema nervoso central, caracterizados como um padrão de 'defeitos congênitos', que ocorrem exclusivamente em fetos e crianças infectadas por esse vírus antes do nascimento. Nesses casos, constataram-se características distintas das observadas em recém-nascidos com microcefalia provocada por outras infecções congênitas, mostrando marcantes calcificações difusas, puntiformes, predominantes na junção córtico-subcortical. Chama à atenção, ainda, a microcefalia, geralmente grave, e outras

dismorfias como acentuada protuberância óssea occipital, fontanelas fechadas ao nascer, excesso de pele ou dobras de pele no escalpo, além de hérnia umbilical (EICKMANN *ET AL.*, 2016). Esses achados fizeram com que, em menos de dois meses, fossem publicados dois protocolos clínicos epidemiológicos estaduais, de modo a estabelecer parâmetros mais específicos para notificação (PERNAMBUCO, 2016).

Desde o início da epidemia pelo vírus *zika*, Pernambuco lidera o *ranking* de casos de SZC notificados no País. No período de agosto de 2015 a outubro de 2016, foram notificados 2.159 recém-nascidos com perímetro cefálico sugestivo da malformação, sendo 1.338, ou 62%, do sexo feminino. Houve concentração de registro na região metropolitana do Recife em mais de 70%. Até janeiro de 2017, haviam sido confirmados 409 (17,9%) desses casos e 1.526 (67%), descartados. Desse total, 110 (4,8%) evoluíram para óbito e 246 (10,8%) permaneceram em investigação (PERNAMBUCO, 2017).

Por se tratar de um evento raro e sem precedentes em termos mundiais, o Estado desencadeou ações intra e intersetoriais de enfrentamento ao problema, com ênfase para busca ativa de casos, intensificação das ações de vigilância entomológica e controle do vetor, assessoramento aos municípios, mutirões macrorregionais integrados para confirmação e descarte dos casos investigados, além de desenvolvimento de processo de monitoramento de indicadores referentes ao agravo (PERNAMBUCO, 2016).

A complexidade crescente dos problemas enfrentados pelas organizações de saúde na contemporaneidade faz da avaliação e do monitoramento ferramentas potenciais de mudanças nas organizações. Para isso, seu desenvolvimento deve partir da premissa que as 'redes de relações sociais' apresentam importante papel no funcionamento das intervenções e na sua governança, o que traz a legitimidade necessária ao processo de tomada de decisão (DENIS, 2010).

Atualmente, tem-se investido para que o desenho e a implantação de processos avaliativos sejam realizados na perspectiva participativa, por meio da aprendizagem dos sujeitos envolvidos, o que favorece a utilização dos resultados da avaliação e sua institucionalização (DENIS, 2010).

A partir do entendimento que o monitoramento ainda é pouco explorado nas organizações de saúde em seu potencial de uso e que dentre as funções precípuas da esfera estadual da Vigilância em Saúde (VS) estão a qualificação da informação, o monitoramento e a avaliação de políticas, a Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde de Pernambuco (Sevs-PE) instituiu, em 2011, painel de monitoramento do desempenho da gestão da VS (COSTA *ET AL.*, 2013).

A elaboração do painel contou com o envolvimento de técnicos e gestores da Sevs-PE e de especialistas na área. A definição dos indicadores baseou-se em modelo teórico lógico da VS estadual, construído de modo participativo (COSTA *ET AL.*, 2013). Trata-se de ferramenta muito utilizada em avaliação, uma vez que comunica aos envolvidos a operacionalização da intervenção ou programa, evidenciando seus produtos e resultados esperados (CHAMPAGNE *ET AL.*, 2011).

O painel de monitoramento do desempenho da gestão da VS é composto de 27 indicadores estaduais e 20 municipais. Os indicadores são monitorados ao final de cada trimestre por meio de reuniões com as áreas técnicas envolvidas. A partir dos problemas levantados, as possíveis soluções e encaminhamentos são discutidos e pactuados colegiadamente, com definição de prazos e responsáveis. Os encaminhamentos são acompanhados por ata específica, em discussões trimestrais, durantes as quais são analisados os entraves para seu alcance, e, caso necessário, repactuam-se novos encaminhamentos. A cada novo ciclo anual, os indicadores e suas respectivas metas são revistos. A vantagem desse formato é de que a discussão em grupo favorece maior capacidade de processamento e compartilhamento

das informações, algo que não se conseguiria isoladamente (COSTA *ET AL.*, 2013).

A *expertise* relacionada a tal processo subsidiou a elaboração de um painel de monitoramento não só para os casos de SZC como também para arboviroses transmitidas pelo *Aedes aegypti*, como infecções pelo vírus *zika*, dengue e *chikungunya*. Reconhece-se a necessidade de avanços no manejo de tais quadros, os quais ainda exigem intensa ação.

Constata-se que estudos sobre a prática e o uso do monitoramento com foco na VS ainda são incipientes. A maior parte dos trabalhos está relacionada à avaliação de programas, serviços e sistemas de VS (COSTA *ET AL.*, 2013). Como exemplo disso, tem-se o estudo de Bezerra *et al*. (2009), que avaliou o grau de implantação da vigilância epidemiológica no âmbito municipal; o de Soares *et al*. (2017), que realizou avaliação estratégica da vigilância epidemiológica do programa de controle da tuberculose; bem como aquele elaborado por Vasconcelos e Frias (2017), concernente à avaliação do sistema de VS com foco na síndrome gripal.

Considerando a escassez da literatura acerca dessa temática, objetiva-se com este trabalho descrever o processo de implantação do painel de monitoramento de arboviroses e SZC no estado de Pernambuco e os principais resultados obtidos.

Métodos

A proposta do painel de monitoramento de arboviroses e SZC foi fundamentada na Política de Vigilância em Saúde e no projeto de governo estadual. Esse atua com foco em resultados, alinhado às funções de planejamento, execução, monitoramento, avaliação e impacto das ações governamentais (PERNAMBUCO, 2016). O desenvolvimento do mencionado painel foi liderado pela equipe técnica da Gerência de Monitoramento e Avaliação da Vigilância em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco.

Inicialmente, elaborou-se o Modelo Lógico (ML) preliminar da gestão da emergência em saúde pública por arboviroses e SZC no Estado, com definição dos principais componentes da intervenção e resultados esperados (CHAMPAGNE *ET AL.*, 2011). A partir do ML preliminar, realizaram-se reuniões para a formação de pactos com gestores e técnicos de diversas áreas envolvidas na gestão da emergência: Cievs-PE, informações estratégicas em VS, vigilância das arboviroses, vigilância da SZC, vigilância de eventos vitais, Laboratório Central de Saúde Pública de Pernambuco (Lacen-PE) e monitoramento e avaliação da VS, dentre outros. Após o pacto do ML preliminar, procedeu-se à seleção conjunta dos indicadores para composição do painel de monitoramento.

Para cada um dos indicadores pactuados, foi elaborada ficha de referência contendo objetivo do monitoramento, i.e., seus principais usos fonte de verificação, periodicidade, método de cálculo, área técnica responsável pela coleta de dados e parâmetros divididos em estratos. Os estratos foram estabelecidos a partir de normas ou diretrizes existentes. Para as situações onde não existiam normas ou tempo suficiente para análise de tendência ou série histórica, a exemplo das taxas de incidência pelo vírus *zika* e SZC, foram arbitrados e estabelecidos consensos entre as áreas técnicas envolvidas e especialistas.

Empregou-se metodologia participativa na elaboração coletiva dos produtos esperados: ML final, definição dos indicadores e seus respectivos parâmetros, confecção de ferramenta tecnológica a ser utilizada no monitoramento, bem como fluxos, prazos e responsáveis pelo processo. Tal metodologia permitiu o compartilhamento de interesses e responsabilidades, possibilitando a negociação da atuação entre os envolvidos no processo.

Resultados

Do ponto de vista da informação, sua oportunidade é uma das prerrogativas da vigilância

em saúde, principalmente em situações de emergência em saúde pública. Nesse contexto, a notificação de casos suspeitos de SZC tornou-se compulsória no Estado, mediante discussão conjunta com especialistas sobre os critérios para definição de caso suspeito. Tal processo contou com a colaboração de instituições nacionais e internacionais, tais como o Ministério da Saúde, a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e os Centers for Disease Control and Prevention (CDC/USA), dentre outras, o que favoreceu a troca de experiências sobre detecção, notificação e monitoramento dos casos.

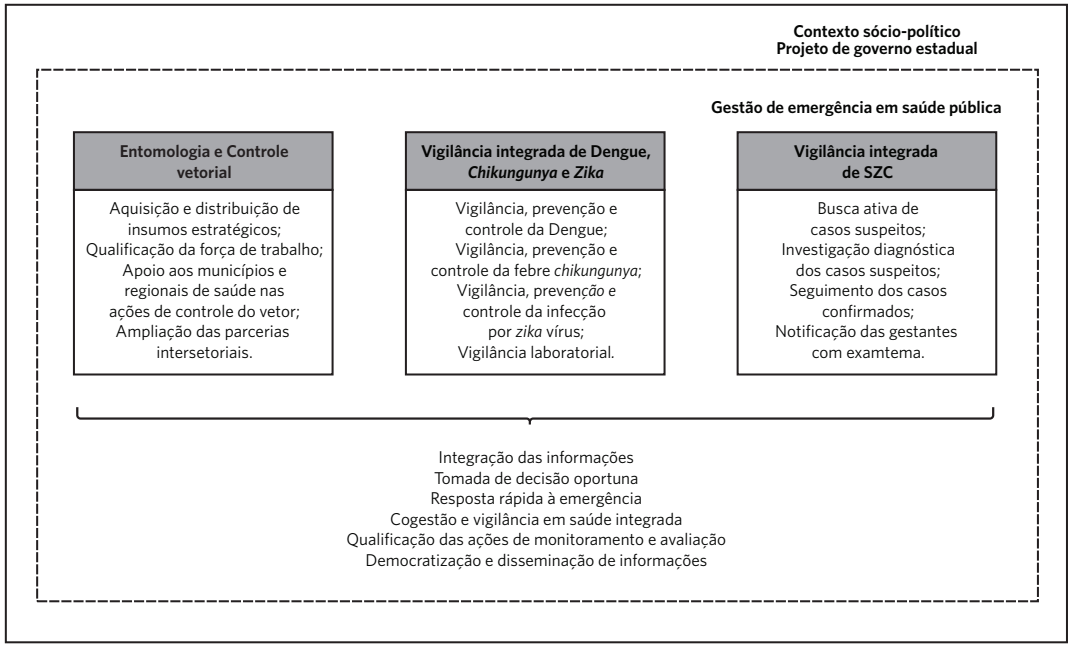
Frente à necessidade de estruturação de uma vigilância para o vírus *zika* e para a SZC, elaborou-se instrumento de notificação on-line por meio do Formulário Eletrônico do Sistema Único de Saúde (FormSUS) e da plataforma Datasus/MS. Posteriormente, para fins de geração de banco nacional unificado, passou-se a utilizar o Registro de Eventos em Saúde Pública (Resp) proposto pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2015). Paralelamente, definiu-se a rede de referência para diagnóstico e vigilância laboratorial, bem como o fluxo das informações entre municípios, regiões de saúde e nível central da Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde do estado de Pernambuco. Também houve a constituição de área técnica específica para a vigilância da SZC, que mais recentemente, passou a abranger as síndromes congênitas e neurológicas relacionadas às arboviroses. Além disso, foi implantado um núcleo de apoio às famílias de crianças com SZC, responsável pelo acompanhamento descentralizado dos casos, em conjunto com apoiadores institucionais regionais.

Desde o início da epidemia, as ações de gestão da informação e monitoramento, assim como o controle vetorial, foram realizadas articuladamente, de forma intra e intersetorial, por meio do envolvimento das áreas da vigilância, da atenção e regulação em saúde e do núcleo de governo da gestão estadual. A articulação intersetorial contou com as parcerias de instituições sem fins lucrativos e ensino e pesquisa, entidades de classe, Forças Armadas, Corpo de Bombeiros, Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos, Companhia Pernambucana de Saneamento (Compesa), dentre outros.

Diante da profusão de informações, que, nesse momento, encontravam-se dispersas em diversas áreas técnicas, sofrendo frequentes mudanças, elaborou-se o painel de monitoramento de arboviroses e SZC como ferramenta de gestão da emergência, o que veio a favorecer a oportunidade da informação e o processo de tomada de decisão. Permitiu-se, dessa forma, compilar todas as informações numa área técnica e uniformizá-las, de modo a facilitar seu acesso. Cabe ressaltar que anteriormente à epidemia de SZC, a principal fonte de informação para casos de anomalias congênitas era o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (Sinasc).

O ML final, do qual derivaram os indicadores que compõem o referido painel, ficou composto de três componentes: epidemiologia e controle vetorial, vigilância integrada de dengue, *chikungunya* e *zika*, e vigilância integrada de SZC (*figura 1*).

Figura 1. Modelo teórico lógico da gestão da emergência em saúde pública por arboviroses e Síndrome da Zika Congênita. Pernambuco, 2016



Fonte: Elaboração própria.

O painel de monitoramento de arboviroses e SZC é composto de 27 indicadores (*quadro 1*), em sua maior parte coletados de sistemas de informação em saúde oficiais. Os indicadores de âmbito municipal são plotados em mapas, e os de municípios são classificados de acordo com os pontos de corte previstos nos respectivos estratos. Os dados também são consolidados, em quadros, por doze Regiões Estaduais de Saúde. Os indicadores de SZC passam por análises específicas segundo tipos de desfecho – em investigação, descartados e confirmados (BRASIL, 2015): 1) *ranking* por unidade federativa, onde o estado é comparado a outros estados; 2) análise por sexo; 3) análise por idade gestacional pré-termo, termo, pós-termo; 4) análise por semana epidemiológica de nascimento, 5) por Região Estadual de Saúde de residência e 6) segundo unidade de referência estadual em que se dá o acompanhamento dos casos.

Quadro 1. Painel de monitoramento de arboviroses e Síndrome da *Zika* Congênita, Pernambuco, 2016

Componente	Subcomponente	Indicadores	Estratos
Vigilância integrada de dengue, *chikungunya* e *zika* ≤	Dengue	1. Número de casos notificados	≤ 500 500 a 1000 1001 a 5000 > 5000 Nenhum caso notificado
		2. Número de casos confirmados	≤ 200 201 a 500 > 500 Nenhum caso confirmado
		3. Taxa de incidência por 100.000 habitantes	≤ 500 500 a 1000 1001 a 5000 > 5000 Sem incidência
		4. Transmissão ativa nas últimas oito semanas epidemiológicas	≤ 100 = alerta 101 a 300 = risco de epidemia > 300 = epidemia Sem casos
		5. Proporção de casos encerrados por tipo de classificação final	Casos encerrados por critério: 1. Laboratorial, e 2. Clínico- epidemiológico
		6. Número de casos notificados por formas graves de dengue	≤ 10 casos 11 a 50 casos > 50 e mais casos Nenhum caso grave
		7. Municípios com óbitos entre os casos notificados de dengue	Com óbito Sem óbito
		8. Percentual de municípios com Índice de Infestação Predial (IIP) segundo situação de risco de surto por ciclo	Situação satisfatória: < 1 Situação de alerta: ≥ 1 e ≤ 3,9 Situação de surto: ≥ 3,9 Nenhuma informação
		9. Cobertura de imóveis visitados no ciclo	≥ 80% < 80% > 100% = base de imóveis desatualizada Nenhuma informação
	Chikungunya	1. Número de casos notificados	≥ 500 casos 501 a 1000 casos < 1000 e mais casos Nenhum caso notificado
		2. Número de casos confirmados	≤ 2 00 casos 201 a 500 casos > 500 e mais casos Nenhum caso confirmado
		3. Taxa de incidência por 100.000 habitantes	≤ 500 501 a 1000 1001 a 5000 > 5000 Sem incidência
		4. Municípios com óbitos entre os casos notificados de *chikungunya*	Com óbito Sem óbito
	Vírus *zika*	1. Número de casos notificados	≤ 500 casos 501 a 1000 casos >1000 casos Sem casos notificados

Quadro 1. (cont.)

Vigilância integrada de dengue, *chikungunya* e *zika* ≤	Vírus *zika*	2. Taxa de incidência por 100.000 habitantes	≤ 500 501 a 1000 1001 a 5000 > 5000
Vigilância integrada de SZC	Gestantes com exantema	1. Número de casos confirmados de arboviroses em gestantes	1 a 20 21 a 40 41 a 60 > 60 Nenhum caso confirmado
		2. Número de casos notificados segundo resultado laboratorial para arboviroses	*Chikungunya*; Dengue; *Zika*; Coinfecção/ Reação Cruzada (Dengue e *Chikungunya*); Coinfecção/Reação Cruzada (*Chikungunya* e *Zika*); Negativo; Não realizado
		3. Número de casos confirmados de arboviroses por trimestre de gestação	*Chikungunya*; Dengue; *Zika;* Coinfecção/ Reação Cruzada (Dengue e *Chikungunya*); Coinfecção/Reação Cruzada (*Chikungunya* e *Zika*); Negativo; Não realizado
	Recém-nascido com suspeita de SZC	1. Número de casos notificados	1 a 10 casos 11 a 50 casos 51 e mais casos Nenhum caso notificado
		2. Número de casos confirmados	1 a 10 casos 11 a 50 casos 51 e mais casos Nenhum caso confirmado
		3. Taxa de prevalência de casos confirmados de SZC por 10.000 nascidos vivos	1 a 15 16 a 30 > 30 Nenhum caso confirmado
		4. Municípios com óbitos entre os casos notificados de SZC	Com óbito Sem óbito
		5. Proporção de casos confirmados segundo resultado de neuroimagem e de laboratório para o vírus *zika*	Neuroimagem normal, presença de calcificação, presença de outras alterações sem calcificação, sem neuroimagem; Positivo para infecção por vírus *zika*, negativo para infecção por vírus *zika*, inconclusivo ou insuficiente
		6. Número de nascidos vivos com anomalia congênita ou microcefalia detectada pelo Sinasc	Microcefalia Outras anomalias Sem registro de qualquer anomalia
Entomologia e Controle vetorial	Força de trabalho	1. Razão entre número de Agentes de Controle de Endemias (ACE) e imóveis cadastrados	Suficiente, i.e. (um profissional para cada 1.000 imóveis Insuficiente Sem informação
	Insumos estratégicos	2. Quantidade distribuída de *kits* de Equipamentos de Proteção Individual (EPI)	*Kits* distribuídos de acordo com o programado, contendo: luva de proteção, óculos de proteção, macacão polietileno, luva de proteção raspa de couro, máscara de proteção semi facial
		3. Quantidade distribuída de *kits* de campo	*Kits* distribuídos de acordo com o programado, contendo: espelho em plástico, tubo de ensaio, prancheta, pipeta *pasteur*, trena, máquina de calcular, bacia de plástico, pilhas para lanterna, pesca larvas, capas caixa d'água, bolsas, lanternas.

Fonte: Pernambuco (2016).

De modo a atender às necessidades de informação da Sevs-PE, o painel de monitoramento de arboviroses e SZC é atualizado semanalmente e disponibilizado às áreas técnicas e gestores em VS. Os dados coletados são analisados com o auxílio do programa Excel®, da Microsoft®, o que facilita o acesso dos envolvidos, por se tratar de aplicativo de fácil manuseio.

Com base nessas informações, são elaborados e publicados quinzenalmente informes no endereço eletrônico do Cievs-PE (https://www.cievspe.com) sobre a situação e caracterização dos casos de arboviroses, de SZC em recém-nascido ou natimorto e de gestante com exantema. Em se tratando de agravo inusitado, para o qual não há respostas prontas, informações oriundas do monitoramento por meio dos boletins informativos semanais são divulgadas amplamente na mídia falada e escrita. Da mesma forma, são realizadas campanhas para a sociedade civil em geral a respeito de preconceito, manejo dos casos e medidas preventivas.

O painel de monitoramento de arboviroses e SZC é revisado periodicamente quanto à metodologia de cálculo dos indicadores e redefinição dos estratos, o que tem sido particularmente útil em se tratando de agravos inéditos. A agilidade no acesso às informações permite o acompanhamento e análise da situação epidemiológica, redirecionamento os processos necessários à tomada de decisão de forma oportuna. Ressalta que o fato de a equipe à frente do processo apresentar qualificação na área de monitoramento e avaliação tem sido um ponto importante no aperfeiçoamento da metodologia.

A experiência da construção do painel de maneira compartilhada favoreceu a instituição de espaços de discussão, contribuindo para a educação permanente e aprendizagem institucional. Os indicadores vêm sendo acompanhados periodicamente pelo governo estadual, subsidiando o investimento em ações de enfrentamento a essas doenças. Além disso, auxilia na revisão dos indicadores, metas e planos de ação das áreas técnicas de VS e subsidia a discussão com outras instituições ou órgãos, i.e., com órgãos de controle externo, colegiados, conselhos, instituições de ensino e pesquisa. Pretende-se avançar ainda mais na gestão do conhecimento produzido e na descentralização dessas informações para as regiões estaduais de saúde, como também aperfeiçoar a integração e articulação entre as áreas da VS e entre a VS e a atenção à saúde.

Desde a instituição do painel de monitoramento de arboviroses e SZC, diversas ações foram realizadas com o intuito de fortalecer as ações de vigilância, prevenção e controle dessas doenças e suas complicações, tais como: formação permanente de equipes de saúde sobre vigilância integrada e manejo clínico de casos suspeitos, em especial as de atenção primária; mobilizações nas regiões estaduais de saúde e municípios para encerramento dos casos suspeitos de SZC em até sessenta dias após a notificação; aquisição de insumos estratégicos voltados ao controle vetorial; produção e divulgação de documentos técnicos relacionados às arboviroses e SZC; e acompanhamento do padrão epidemiológico de SZC nos âmbitos estadual, regional e municipal.

Discussão

A estratégia de monitoramento em VS por meio da construção coletiva do painel de indicadores, ou mesmo de sala de situação, é considerada efetiva no acompanhamento de indicadores de processo e resultado. Isso permite identificar oportunidades de atuação, como potencialidades e limites no seu alcance, facilitando a tomada de decisão em tempo hábil e contribuindo para a qualificação de processos de gestão (DEININGER *ET AL.*, 2014; GRIMM; TANAKA, 2016). No âmbito estadual, espera-se que o processo colabore para a qualificação de ações nos municípios e regionais de saúde. As ações estratégicas executadas pelo estado devem atuar como

mecanismos de indução da descentralização e qualificação das ações de VS no nível local (COSTA *ET AL.*, 2013; GRIMM; TANAKA, 2016).

No caso da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE), o painel de monitoramento de arboviroses e SZC veio superar alguns dos entraves à institucionalização dessa prática nas organizações, que, na visão de alguns autores (FELISBERTO, 2006; CONILL, 2006), se deve, em parte, à diversidade de fontes e locais de informação, dificuldade de divulgação e retorno da informação e demandas excessivas de informações.

O processo de monitoramento também deve estar alinhado à 'boa governança', onde princípios como *accountability,* informação e comunicação tornaram-se essenciais para a implantação de políticas públicas. Concorda-se com Lima *et al*. (2012), para os quais os requisitos de governança incluem a integração de políticas setoriais, a mudança na cultura administrativa por meio da transparência e avaliação das ações, bem como a valorização de cultura política participativa. O estabelecimento do painel de monitoramento de arboviroses e SZC contribuiu para a democratização da informação necessária ao processo de tomada de decisão de forma compartilhada. O processo serviu de base para o envolvimento, cooperação e colaboração entre diversas instituições, como órgãos de controle externo, conselhos, instituições de ensino e pesquisa e entidades representativas de classe e de usuários, a exemplo da Associação Oficial União de Mãe de Anjo (UMA), sociedade civil, dentre outros.

Especialmente no que se refere à SZC, a divulgação de informações por meio de mídia, campanhas, redes sociais e aplicativos de celular, tem sido um diferencial no que diz respeito à produção e disseminação de conhecimento para a sociedade civil. Tendo em vista o cenário de incertezas acerca do agravo e a ocorrência no início da epidemia de rumores que geraram estado de insegurança, a disseminação de informações torna-se fundamental para abrandar esta situação. A consolidação e divulgação de informações e evidências em VS objetiva, em última análise, dar subsídio aos processos de tomada de decisão compartilhados, de modo a atender perspectivas e necessidades tanto internas quanto externas (GARCIA; ABBATE, 2015).

Para Denis (2010), quando o processo avaliativo privilegia a abordagem participativa, torna-se endógeno à organização. Diante da complexidade da gestão nas sociedades contemporâneas, os problemas de naturezas diversas enfrentados pelas organizações não devem ser entendidos pela perspectiva exclusivamente técnica, ou seja, sob o prisma de *experts*. A explicitação e sustentação das mudanças sociais esperadas das intervenções requerem, por princípio e por sua complexidade, a construção de processos colaborativos que consideram o conjunto dos atores envolvidos num sistema *bottom-up* de participação em todas as etapas da avaliação (CARVALHO *ET AL.*, 2004).

De acordo com Hartz (2002), os processos de monitoramento e avaliação devem estar integrados ao sistema organizacional, de modo que sejam capazes de influenciar seu comportamento. Caso contrário, esses processos tornam-se impotentes para a melhoria dos problemas avaliados. Nesse caso, deve haver multiplicidade de atores interdependentes que contribuam para a prestação de serviços públicos, como também múltiplos processos que contribuam para o sistema de formulação das políticas públicas (LIMA *ET AL.*, 2012). A instituição do painel de monitoramento de arboviroses e SZC de modo participativo e plural cooperou para o desenvolvimento e fortalecimento de capacidades institucionais.

Com respeito ao uso, Costa *et al*. (2013) destacam a preocupação de que o emprego de painéis de monitoramento superem o uso instrumental, onde há utilização direta nos processos decisórios ou realização de modificações nos programas ou intervenções envolvidos. Espera-se o avanço para outros tipos de uso como simbólico ou político, onde os painéis possam ser utilizados além dos propósitos iniciais gerando novas ideias e propostas; o uso estratégico, permitindo a

legitimação de decisões não explícitas; ou o uso conceitual, com produção de conhecimento cumulativo (FIGUEIRÓ *ET AL.*, 2012).

Em que pese o fato de o monitoramento ser aplicado de maneira sistemática na Sevs-PE desde 2011, quando se instituiu o painel de monitoramento da gestão da VS (COSTA *ET AL.*, 2013), o painel de arboviroses e SZC sua utilização tem sido instrumental, se prestando a orientar a política e a prática, que leva a persistir, ainda, dificuldades de articulação interna entre as áreas de VS e entre VS e atenção à saúde. Percebe-se que os resultados de monitoramento e avaliação não implicam automaticamente a sua utilização. Para Patton (1997), seu uso ou influência não só não acontece espontaneamente como precisa ser provocado. Para tanto, esforços têm sido envidados no sentido da cogestão técnica do processo de trabalho referente a arboviroses e SZC mediante identificação e acompanhamento de ações prioritárias por meio de ferramenta específica denominada 'linha do tempo'.

Considerações finais

O estado de Pernambuco despontou no cenário epidemiológico nacional com a ocorrência de epidemia de infecção pelo vírus *zika* e aumento do número de casos de SZC num curto período de tempo (EICKMANN *ET AL.*, 2016; PERNAMBUCO, 2016).

As lições aprendidas a partir do painel de monitoramento trimestral da gestão do desempenho da Sevs-PE (COSTA *ET AL.*, 2013) serviram de base para a elaboração, revisão e utilização de painel de monitoramento para arboviroses e SZC, de modo a qualificar as informações e o processo de tomada de decisão a respeito desses agravos. Isso foi particularmente importante diante do ineditismo da epidemia, em especial nos casos de SZC.

A atuação integrada no monitoramento do manejo de tais infecções exerceu importante contribuição no compartilhamento de informações e prestação de contas à sociedade de modo geral. Reconhece-se que se há de avançar no sentido da institucionalização dessa ferramenta nas áreas técnicas da Sevs-PE, como também na sua utilização, além do uso instrumental.

A partilha de experiências com respeito à construção e desenvolvimento de painel de monitoramento de arboviroses e SZC favorece tanto o desenvolvimento de propostas inovadoras em VS como à qualificação dos serviços em saúde. Espera-se que o relato da implantação do mencionado painel contribua para sua reprodutibilidade em outros contextos, como também colabore para a melhoria de intervenções ou programas que objetivem alcançar resultados semelhantes. Em outras palavras, almeja-se que a disseminação dessa experiência sirva de subsídio à adoção desse tipo de ferramenta em outros contextos, uma vez que, concordando com Deininger *et al.* (2014), trata-se de ferramenta indispensável à qualificação de práticas em saúde, sendo instrumento de gestão útil tanto no que se refere à redução de custos desnecessários como na qualificação da vigilância oportuna e integrada de casos.

Colaboradores

Juliana Martins Barbosa da Costa, Yluska Almeida Coelho dos Reis e Gisele Cazarin participaram de todas as etapas da elaboração do artigo; Luciana Caroline de Albuquerque Bezerra e Isabela Maciel de Sousa Silva participaram da redação e revisão crítica do artigo.

Agradecimentos

Os autores agradecem a equipe da Secretaria Estadual de Vigilância em Saúde de Pernambuco pela colaboração na concepção desse artigo. ■

Referências

ARAÚJO, T. V. B. *et al*. Association between Zika virus infection and microcephaly in Brazil, January to May, 2016: preliminary report of a case-control study. *The Lancet*, Londres, v. 16, n. 12, p. 1356-1363, dez. 2016. Disponível em: <http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(16)30318-8/fulltext>. Acesso em: 10 maio 2016.

BEZERRA, L. C. A. *et al*. A vigilância epidemiológica no âmbito municipal: avaliação do grau de implantação das ações. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 827-839, abr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000400014>. Acesso em: 10 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. *Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia e/ou alterações do Sistema Nervoso Central (SNC)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://combateaedes.saude.gov.br/images/sala-de-situacao/Microcefalia-Protocolo-de-vigilancia-e-resposta-10mar2016-18h.pdf>. Acesso em: 10 maio 2016.

BRITO, C. Zika virus: a new chapter in the history of medicine. *Acta Médica Portuguesa*, Lisboa, v. 28, n. 6, p. 679-680, nov./dez. 2015. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/cb7c/a460e9806c03e099adacf66d1760e02c64fc.pdf>. Acesso em: 10 maio 2016.

CAO-LORMEAU, V. M. *et al*. Guillain-Barré Syndrome outbreak associated with Zika virus infection in French Polynesia: a case-control study. *The Lancet*, Londres, v. 387, n. 9, p. 1531-1539, abr. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26948433>. Acesso em: 10 maio 2016.

CARVALHO, A. I. *et al*. Concepts and approaches in the evaluation of health promotion. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 521-529, jul./set. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300002>. Acesso em: 10 maio 2016.

CHAMPAGNE, F. *et al*. Modelizar as Intervenções. In: BROUSSELLE, A. *et al*. (Org.). *Avaliação:* conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 61-77.

CONILL, E. M. Sobre a importância da parcimônia, do diálogo e da continuidade para a institucionalização da avaliação da atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 564-576, jul./set. 2006. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/630/63011303.pdf>. Acesso em: 10 maio 2016.

COSTA, J. M. B. S. *et al*. Monitoramento do desempenho da gestão da vigilância em saúde: instrumento e estratégias de uso. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1201-1216, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n5/02.pdf>. Acesso em: 10 maio 2016.

DEININGER, L. S. C. *et al*. A sala de situação da dengue como ferramenta de gestão em saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 50-56, jan./mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n100/0103-1104-sdeb-38-100-0050.pdf>. Acesso em: 10 maio 2016.

DENIS, J. L. Institucionalização da avaliação na administração pública. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 10, supl. 1, p. 229-237, nov. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000500020>. Acesso em: 10 maio 2016.

EICKMANN, S. H. *et al*. Síndrome da infecção congênita pelo vírus Zika. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 7, p. 1-3, jul. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n7/1678-4464-csp-32-07-e00047716.pdf>. Acesso em: 10 maio 2016.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 553-563, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30969.pdf>. Acesso em: 10 maio 2016.

FIGUEIREDO, L. T. M. The recent arbovirus disease epidemic in Brazil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, Uberaba, v. 48, n. 3, p. 233-234, maio/jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v48n3/0037-8682-rsbmt-48-03-00233.pdf>. Acesso em: 10 maio 2016.

FIGUEIRÓ, A. C. *et al*. Usos e influência da avaliação em saúde em dois estudos sobre o Programa Nacional de Controle da Dengue. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2095-2105, nov. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n11/09.pdf>. Acesso em: 10 maio 2016.

GARCIA, R. A.; L'ABBATE, S. Institucionalização da Vigilância em Saúde de Campinas (SP) na perspectiva da Análise Institucional sócio-histórica. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro v. 39, n. 107, p. 997-1007, out./dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n107/0103-1104-sdeb-39-107-00997.pdf>. Acesso em: 10 maio 2016.

GRIMM, S. C. A.; TANAKA, O. Y. Painel de Monitoramento Municipal: bases para a construção de um instrumento de gestão dos serviços de saúde. *Epidemiologia & Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 25, n. 3, p. 585-594, jul./set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237--96222016000300585&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 10 maio 2016.

HARTZ, Z. M. A. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 419-421, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S1413812320020003000 03&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 10 maio 2016.

LIMA, L. D. *et al*. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2881-2892, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a04.pdf>. Acesso em: 10 maio 2016.

PATTON, M. Q. *Utilization-focused evaluation:* the new century text. 3. ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 1997.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. *Casos e óbitos de dengue, chikungunya e zika:* monitoramento dos índices de infestação. Recife: Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, 2017. Disponível em: <http://www.mppe.mp.br/mppe/attachments/article/7318/INFORME%20ARBOVIROSES%20SES-PE%20SE%2003-2017.pdf>. Acesso em: 10 maio 2016.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. *Perfil Socioeconômico, Demográfico e Epidemiológico*: Pernambuco 2016. 1. ed. Recife: Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, 2016. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/perfil_socioeconomico_demografico_e_epidemiologico_de_pe_2016.pdf>. Acesso em: 10 maio 2016.

SOARES, B. C. *et al*. Análise estratégica da Vigilância Epidemiológica em tuberculose: uma experiência local. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. esp., p. 22-34, mar. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe/0103-1104-sdeb-41-nspe-0022.pdf>. Acesso em: 10 maio 2016.

VASCONCELOS, C. S.; FRIAS, P. G. Avaliação da Vigilância da Síndrome Gripal: estudo de casos em unidade sentinela. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. esp., p. 259-275, mar. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe/0103-1104-sdeb-41-nspe-0259.pdf>. Acesso em: 10 maio 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *WHO statement on the first meeting of the International Health Regulations (2005) (IHR 2005) Emergency Committee on Zika virus and observed increase in neurological disorders and neonatal malformations*. Geneva, 2016. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/1st-emergency-committee--zika/en/>. Acesso em: 15 jul. 2016.

Recebido para publicação em março de 2017
Versão final em julho de 2017
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Revista Saúde em Debate

Instruções aos autores

ATUALIZADA EM SETEMBRO DE 2016

ESCOPO E POLÍTICA EDITORIAL

A revista 'Saúde em Debate', criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) que tem como objetivo divulgar estudos, pesquisas e reflexões que contribuam para o debate no campo da saúde coletiva, em especial os que tratem de temas relacionados com a política, o planejamento, a gestão e a avaliação em saúde. Valorizamos os estudos feitos a partir de diferentes abordagens teórico-metodológicas e com a contribuição de distintos ramos das ciências.

A periocidade da revista é trimestral, e, a critério dos editores, são publicados números especiais que seguem o mesmo processo de submissão e avaliação dos números regulares.

A 'Saúde em Debate' aceita trabalhos originais e inéditos que apor-tem contribuições relevantes para o conhecimento científico acumulado na área.

Os trabalhos submetidos à revista são de total e exclusiva responsabilidade dos autores e não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente. Em caso de publicação do artigo na revista, os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade do Cebes.

O periódico está disponível on-line, de acesso aberto e gratuito, portanto, livre para qualquer pessoa ler, baixar e divulgar os textos com fins educacionais e acadêmicos. É permitida a reprodução total ou parcial dos trabalhos publicados desde que identificada a fonte e a autoria.

A 'Saúde em Debate' não cobra taxas dos autores para a submissão de trabalhos, mas, caso o artigo seja aprovado para publicação, fica sob a responsabilidade dos autores a revisão de línguas (obrigatória) e a tradução do artigo para a língua inglesa, com base em uma lista de revisores e tradutores indicados pela revista.

ORIENTAÇÕES PARA A PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DOS TRABALHOS

Os trabalhos devem ser submetidos exclusivamente pelo site: www.saudeemdebate.org.br. Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão receberá login e senha.

Ao submeter o trabalho, todos os campos obrigatórios da página devem ser preenchidos com conteúdo idêntico ao do arquivo anexado.

Modalidades de textos aceitos para publicação

1. Artigo original: resultado de pesquisa científica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter entre 10 e 15 laudas.

2. Ensaio: análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e internacional. O texto deve conter entre 10 e 15 laudas.

3. Revisão sistemática: revisão crítica da literatura sobre tema atual. Objetiva responder a uma pergunta de relevância para a saúde pública, detalhando a metodologia adotada. O texto deve conter entre 10 e 15 laudas.

4. Artigo de opinião: exclusivo para autores convidados pelo Comitê Editorial, com tamanho entre 10 e 15 laudas. Neste formato não são exigidos resumo e abstract.

5. Relato de experiência: descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com tamanho entre 10 e 12 laudas, que aportem contribuições significativas para a área.

6. Resenha: resenhas de livros de interesse para a área de políticas públicas de saúde, a critério do Comitê Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, com tamanho de até 3 laudas.

7. Documento e depoimento: trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Comitê Editorial.

Em todos os casos, o número máximo de laudas não inclui a folha de apresentação e as referências.

Preparação do texto

O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês. Deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx.

Padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.

O corpo de texto não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições a que se vinculem.

Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrescritas e sequenciais.

Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes do texto.

Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico e entre aspas no corpo do texto se menores que três linhas. Se forem maiores que três linhas, devem ser destacados, com recuo de 4 cm, espaço simples e fonte 12.

Para as palavras ou trechos do texto destacados, a critério do autor, utilizar aspas simples. Exemplo: 'porta de entrada'. Evitar iniciais maiúsculas e negrito.

Figuras, gráficos, quadros e tabelas devem ser em alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza e submetidos separadamente do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo (devem ser numerados e conter título e fonte). No escrito, apenas identificar o local onde devem ser inseridos. O número de figuras, gráficos, quadros ou tabelas deverá ser, no máximo, de cinco por texto. O arquivo deve ser editável.

Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

O trabalho completo, que corresponde ao arquivo a ser anexado, deve conter:

1. Folha de apresentação contendo:

a) Título, que deve expressar clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo, no máximo, 15 palavras. O título deve ser escrito em negrito, apenas com iniciais maiúsculas para nomes próprios. O texto em português e espanhol deve ter título na língua original e em inglês. O texto em inglês deve ter título em inglês e português.

b) Nome completo do(s) autor(es) alinhado à direita (aceita-se o máximo de cinco autores por artigo). Em nota de rodapé, colocar as informações sobre afiliação institucional e e-mail. Do autor de contato, acrescentar endereço e telefone.

c) No caso de resultado de pesquisa com financiamento, citar a agência financiadora e o número do processo.

d) Conflito de interesse. Os trabalhos encaminhados para publicação devem conter informação sobre a existência de algum tipo de conflito de interesse. Os conflitos de interesse financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas com o financiamento direto da pesquisa, mas também com o próprio vínculo empregatício. Caso não haja conflito, apenas a informação "*Declaro que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho*" na folha de apresentação do artigo será suficiente.

e) Resumo em português e inglês ou em espanhol e inglês com, no máximo, 700 caracteres, incluídos os espaços, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho. Não são permitidas citações ou siglas no resumo, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.

f) Ao final do resumo, incluir de três a cinco palavras-chave, separadas por ponto e vírgula (apenas a primeira inicial maiúscula), utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: www.decs.bvs.br.

Registro de ensaios clínicos

A revista 'Saúde em Debate' apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos. Nesse sentido, as pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de Ensaios Clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: http://www.icmje.org. Nestes casos, o número de identificação deverá constar ao final do resumo.

2. Texto. Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, deve contemplar elementos convencionais, como:

a) Introdução com definição clara do problema investigado e justificativa;

b) Métodos descritos de forma objetiva;

c) Resultados e discussão podem ser apresentados juntos ou em itens separados;

d) Conclusão.

3. Colaboradores. No final do texto, devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo. Segundo o critério de autoria do International Committee of Medical Journal Editors, os autores devem contemplar as seguintes condições: a) contribuir substancialmente para a concepção e o planejamento ou para a análise e a interpretação dos dados; b) contribuir significativamente na elaboração do rascunho ou revisão crítica do conteúdo; e c) participar da aprovação da versão final do manuscrito.

4. Agradecimentos. Opcional.

5. Referências. Devem ser de no máximo 25, podendo exceder quando se tratar de revisão sistemática. Devem constar somente autores citados no texto e seguir as normas da ABNT (NBR 6023).

Exemplos de citações

Todas as citações feitas no texto devem constar das referências apresentadas no final do artigo. Para as citações, utilizar as normas da ABNT (NBR 10520).

Citação direta com até três linhas

Já o grupo focal é uma "técnica de pesquisa que utiliza as sessões grupais como um dos foros facilitadores de expressão de características psicossociológicas e culturais" (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996, p. 473).

Citação direta com mais de três linhas

A Lei 8.080, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, iniciou o processo de regulamentação do funcionamento de um modelo público de ações e serviços de saúde, ordenado pelo que viria a ser conhecido como Sistema Único de Saúde (SUS):

> Orientado por um conjunto de princípios e diretrizes validos para todo o território nacional, parte de uma concepção ampla do direito à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito, incorporando, em sua estrutura institucional e decisória, espaços e instrumentos para democratização e compartilhamento da gestão do sistema de saúde. (NORONHA; MACHADO; LIMA, 2011, p. 435).

Citação indireta

Segundo Foucault (2008), o neoliberalismo surge como modelo de governo na Alemanha pós-nazismo, em uma radicalização do liberalismo que pretende recuperar o Estado alemão a partir de nova relação Estado-mercado.

Exemplos de referências

As referências deverão ser apresentadas no final do artigo, seguindo as normas da ABNT (NBR 6023). Devem ser de no máximo 25, podendo exceder quando se tratar de revisão sistemática. Abreviar sempre o nome e os sobrenomes do meio dos autores.

Livro:

FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). *Seguridade social, cidadania e saúde.* Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

Capítulo de livro:

FLEURY, S. Socialismo e democracia: o lugar do sujeito. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). *Participação, democracia e saúde.* Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 24-46.

Artigo de periódico:

ALMEIDA-FILHO, N. A. Problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 349-370, set./dez. 2010.

Material da internet:

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. *Revista Saúde em Debate*. Disponível em: <http://cebes.org.br/publicacao-tipo/revista-saude-em-debate/>. Acesso em: 31 jan. 2016.

OBS.: Abreviar sempre o nome e os sobrenomes do meio dos autores.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Todo original recebido pela revista 'Saúde em Debate' é submetido a análise prévia. Os trabalhos não conformes às normas de publicação da revista são devolvidos aos autores para adequação e nova submissão. Uma vez cumpridas integralmente as normas da revista, os originais são apreciados pelo Comitê Editorial, composto pelo editor-chefe e por editores associados, que avalia a originalidade, abrangência, atualidade e atendimento à política editorial da revista. Os trabalhos recomendados pelo Comitê serão avaliados por, no mínimo, dois pareceristas, indicados de acordo com o tema do trabalho e sua expertise, que poderão aprovar, recusar e/ou fazer recomendações aos autores.

A avaliação é feita pelo método duplo-cego, isto é, os nomes dos autores e dos pareceristas são omitidos durante todo o processo de avaliação. Caso haja divergência de pareceres, o trabalho será encaminhado a um terceiro parecerista. Da mesma forma, o Comitê Editorial pode, a seu critério, emitir um terceiro parecer. Cabe aos pareceristas recomendar a aceitação, recusa ou reformulação dos trabalhos. No caso de solicitação de reformulação, os autores devem devolver o trabalho revisado dentro do prazo estipulado. Não havendo manifestação dos autores no prazo definido, o trabalho será excluído do sistema.

O Comitê Editorial possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como sobre as alteraçõ es efetuadas.

Não serão admitidos acréscimos ou modificaçõ es depois da aprovação final do trabalho. Eventuais sugestões de modificações de estrutura ou de conteúdo por parte da editoria da revista serão previamente acordadas com os autores por meio de comunicação por *e-mail*.

A versão diagramada (prova de prelo) será enviada, por *e-mail*, ao autor responsável pela correspondência para revisão final, que deverá devolver no prazo estipulado.

OBS.: antes de serem enviados para avaliação pelos pares, os artigos submetidos à revista 'Saúde em Debate' passam por um *software* detector de plágio, Plagiarisma. Assim, é possível que os autores, que devem garantir a originalidade dos manuscritos e referenciar todas as fontes de pesquisa utilizadas, sejam questionados sobre informações identificadas pela ferramenta de detecção. Plágio é um comportamento editorial inaceitável, dessa forma, se for comprovada sua existência, os autores envolvidos não poderão submeter novos artigos para a revista.

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA A SER ENVIADA APÓS A APROVAÇÃO DO ARTIGO

Os documentos relacionados a seguir devem ser digitalizados e enviados para o *e-mail* revista@saudeemdebate.org.br.

1. Cessão de direitos autorais e declaração de autoria e de responsabilidade

Todos os autores e coautores devem preencher e assinar as declarações conforme modelo disponível em: http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/index.php.

2. Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

No caso de pesquisas que envolvam seres humanos, nos termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, enviar documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. No caso de instituições que não disponham de um Comitê de Ética em Pesquisa, deverá ser apresentado o documento do CEP onde ela foi aprovada.

3. Declaração de revisão ortográfica e gramatical

Os artigos aprovados deverão passar por revisão ortográfica e gramatical feita por profissional qualificado, com base em uma lista de revisores indicados pela revista. O artigo revisado deve vir acompanhado de declaração do revisor.

4. Declaração de tradução

Os artigos aprovados poderão ser traduzidos para o inglês a critério dos autores. Neste caso, a tradução será feita por profissional qualificado, com base em uma lista de tradutores indicados pela revista. O artigo traduzido deve vir acompanhado de declaração do tradutor.

NOTA: A produção editorial do Cebes é resultado de trabalho coletivo e de apoios institucionais e individuais. A sua colaboração para que a revista 'Saúde em Debate' continue sendo um espaço democrático de divulgação de conhecimentos críticos no campo da saúde se dará por meio da associação dos autores ao Cebes. Para se associar entre no site http://www.cebes.org.br.

Endereço para correspondência

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 – Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ),
Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Revista Saúde em Debate

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

UPDATED IN SEPTEMBER 2016

SCOPE AND EDITORIAL POLICY

The journal 'Saúde em Debate' (Health in Debate), created in 1976, is published by Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) (Brazilian Center for Health Studies), that aims to disseminate studies, researches and reflections that contribute to the debate in the collective health field, especially those related to issues regarding policy, planning, management and assessment in health. The editors encourage contributions from different theoretical and methodological perspectives and from various scientific disciplines.

The journal is published on a quarterly basis; the Editors may decide on publishing special issues, which will follow the same submission and assessment process as the regular issues.

'Saúde em Debate' accepts unpublished and original works that bring relevant contribution to scientific knowledge in the health field.

Authors are entirely and exclusively responsible for the submitted manuscripts, which must not be simultaneously submitted to another journal, be it integrally or partially. It is Cebes' policy to own the copyright of all articles published in the journal.

The journal is made freely available, online and open access; thus, any person may freely read, download and disseminate the texts for educational and academic purposes, provided that the author(s) and original source are properly cited.

No fees are charged from the authors for the submission of articles; nevertheless, once the article has been approved for publication, the authors are responsible for the language proofreading (obligatory) and the translation into English, based on a list of proofreaders and translators provided by the journal.

GUIDELINES FOR THE PREPARATION AND SUBMISSION OF ARTICLES

Articles should be submitted exclusively on the website: www.saudeemdebate.org.br. After registering, the author responsible for the submission will receive a login name and a password.

When submitting the article, all information required must be supplied with identical content as in the uploaded file.

Types of texts accepted for submission

1. Original article: scientific research outcome that may be generalized or replicated. The text should comprise between 10 and 15 pages.

2. Essay: critical analysis on a specific theme relevant and of interest to Brazilian and international topical health policies. The text should comprise between 10 and 15 pages.

3. Systematic review: critical review of literature on topical theme, aiming at answering a relevant question on public health, informing details of the methodology used. The text should comprise between 10 and 15 pages.

4. Opinion article: exclusively for authors invited by the Editorial Board. No abstract or summary are required. The text should comprise between 10 and 15 pages.

5. Experience report: description of academic, assistential or extension experiences that bring significant contributions to the area. The text should comprise between 10 and 12 pages.

6. Book review: review of books on subjects of interest to the field of public health policies, by decision of the Editorial Board. Texts should present an overview of the work, its theoretical framework and target audience. The text should comprise up to 3 pages.

7. Document and testimony: works referring to themes of historical or topical interest, by decision of the Editorial Board.

For all cases, the maximum number of pages does not include the title page and references.

Text preparation

The text may be written in Portuguese, Spanish or English. It should be typed in Microsoft® Word or compatible software, in doc or docx format.

Page size standard A4 (210X297mm); all four margins 2.5cm wide; font Times New Roman in 12pt size; line spacing 1.5.

The text must not contain any information that identifies the author(s) or related institution(s).

Footnotes should not be used in the text. If absolutely necessary, footnotes should be indicated with sequential superscript numbers.

Repetition of data or information in the different parts of the text should be avoided.

Subjects' testimonies should be italicized and between inverted commas, placed within the text when not exceeding three lines. When longer than three lines, they should have a 4cm indentation, simple line spacing and font in 12pt size.

Highlighted words or text excerpts should be placed between simple inverted commas. Example: 'entrance door'. Capital letters and bold font should be avoided.

Figures, graphs, charts and tables should be supplied in high resolution, in black-and-white or in gray scale, and on separate sheets, one on each sheet, following the order in which they appear in the text (they should be numbered and comprise title and source). Their position should be clearly indicated on the page where they are inserted. The quantity of figures, graphs, charts and tables should not exceed five per text. The file should be editable.

In case there are photographs, subjects must not be identified, unless they authorize it, in writing, for the purpose of scientific dissemination.

The complete work, corresponding to the file to be uploaded, should comprise:

1. Title page comprising:

a) Title expressing clearly and briefly the contents of the text, in no more than 15 words. The title should be in bold font, using capital letters only for proper nouns. Texts written in Portuguese and Spanish should have the title in the original idiom and in English. The text in English should have the title in English and in Portuguese.

b) Full author(s) name(s) aligned on the right (maximum of five authors per article). On footnote(s), place information on institutional affiliation and e-mail. For the contact author add address and telephone number.

c) In case the research has been funded, inform the funding agency and the number of the process.

d) Conflict of interest. The works submitted for publication must comprise information on the existence of any type of conflict of interest. Financial conflict of interest, for example, is related not only to the direct research funding, but also to employment link. In case there is no conflict, it will suffice to place on the title page the statement *"I declare that there has been no conflict of interest regarding the conception of this work"*.

e) Abstract in Portuguese and English or in Spanish and English, comprising no more than 700 characters including spaces, clearly outlining the aims, the method used and the main conclusions of the work. No citations or abbreviations should be used, except for internationally recognized abbreviations.

f) At the end of the abstract, three to five keywords should be included, separated by semicolon (only the first letter in capital), using terms from the structured vocabulary (DeCS) available at www.decs.bvs.br

Clinical trial registration

'Saúde em Debate' journal supports the policies for clinical trial registration of the World Health Organization (WHO) and the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), thus recognizing its importance to the registry and international dissemination of information on clinical trial. Thus, clinical researches should contain the identification number on one of the Clinical Trials registries validated by WHO and ICMJE, whose addresses are available at http://www.icmje.org. Whenever a trial registration number is available, authors should list it at the end of the abstract.

2. Text. The journal respects the authors' style and creativity regarding the text composition; nevertheless, the text must contemplate conventional elements, such as:

a) Introduction with clear definition of the investigated problem and its rationale;

b) Methods objectively described;

c) Outcomes and discussion may be presented together or separately;

d) Conclusion.

3. Contributors. Individual contributions of each author should be specified at the end of the text. According to the authorship criteria developed by the International Committee of Medical Journal Editors, authorship should be based on the following conditions: a) substantial contribution to the conception and the design of the work, or to the analysis and interpretation of data for the work; b) substantial contribution to drafting the work or critically revising the contents; and c) participation at the final approval of the version to be published.

4. Acknowledgements. Optional.

5. References. Should not exceed 25 references, except in the case of the systematic review type of article. Only authors cited in the text should be listed and it should follow the norm NBR 6023 of the Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) (Brazilian Association of Technical Norms).

Citation examples

All citations made in the text should be listed in the references pre sented at the end of the article, using the ABNT norm NBR 10520.

Direct citation with up to three lines

The focal group is a "research technique that uses the group sessions as one of the facilitator forums of psycho-sociologic and cultural characteristics expression" (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996, p. 473).

Direct citation with more than three lines

The 8.080 Act, known as Health Organic Act, initiated a regulation process for the operation of a public modelof health actions and services, ordinated by the Unified Health System:

> Guided by a set of principles and guidelines valid for the entire national territory, it is based on a wide conception of the right to health and the role of the State on granting this right, incorporating, within its institutional and decision-making structure, spaces and instruments for the democratization and sharing of the health system management. (NORONHA; MACHADO; LIMA, 2011, p. 435).

Indirect citation

According to Foucault (2008), neoliberalism appears as a governmental model in post-Nazi Germany, in a radicalization of liberalism aiming at the recovery of the German state based on a new state-market relationship.

Reference Examples

Book:

FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). *Seguridade social, cidadania e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

Book chapter:

FLEURY, S. Socialismo e democracia: o lugar do sujeito. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 24-46.

Journal article:

ALMEIDA-FILHO, N. A. Problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 349-370, set./dez. 2010.

Internet material:

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. *Revista Saúde em Debate*. Disponível em: <http://cebes.org.br/publicacao-tipo/revista-saude-emdebate/>. Acesso em: 31 jan. 2016.

Note: Author's middle name and surname should always be abbreviated.

ASSESSMENT PROCESS

Every manuscript received by 'Saúde em Debate' is submitted to prior analysis. Works that are not in accordance to the journal publishing norms shall be returned to the authors for adequacy and new submission. Once the journal's standards have been entirely met, manuscripts will be appraised by the Editorial Board, composed of the editor-in-chief and associate editors, for originality, scope, topicality, and compliance with the journal's editorial policy. Articles recommended by the Board shall be forwarded for assessment to at least two reviewers, who will be indicated according to the theme of the work and to their expertise, and who will provide their approval, refusal, and/or make recommendations to the authors.

'Saúde em Debate' uses the double-blind review method, which means that the names of both the authors and the reviewers are concealed from one another during the entire assessment process. In case there is divergence between the reviewers, the article will be sent to a third reviewer. Likewise, the Editorial Board may also produce a third review. The reviewers' responsibility is to recommend the acceptance, the refusal, or the reformulation of the works. In case there is a reformulation request, the authors shall return the revised work until the stipulated date. In case this does not happen, the work shall be excluded from the system.

The editorial Board has full authority to decide on the final acceptance of the work, as well as on the changes made.

No additions or changes will be accepted after the final approval of the work. In case the journal's Editorial Board has any suggestions regarding changes on the structure or contents of the work, these shall be previously agreed upon with the authors by means of e-mail communication.

The typeset article proof will be sent by e-mail to the corresponding author; it must be carefully checked and returned until the stipulated date.

Note: before being sent to peer review, articles submitted to the journal 'Saúde em Debate' undergo a plagiarism detector software, Plagiarisma. Thus, it is possible that the authors, who must guarantee the originality of the manuscripts and reference all research

sources used, are questioned about information identified by the detection tool. Plagiarism is an unacceptable editorial behavior, that way, if proven its existence, the authors involved will no longer be able to submit new articles to the journal.

MANDATORY DOCUMENTATION TO BE SENT AFTER ARTICLE ACCEPTANCE

The documents listed below must be digitalized and sent to the e-mail address revista@saudeemdebate.org.br.

1. Assignment of copyright and Statement of authorship and responsibility

All the authors and co-authors must fill in and sign the statements following the models available at: http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/index.php.

2. Approval statement by the Research Ethics Committee (CEP)

In the case of researches involving human beings, in compliance with Resolution 466, of 12th December 2012, from the National Health Council (CNS), the research approval statement of the Research Ethics Committee from the institution where the work has been carried out must be forwarded. In case the institution does not have a Research Ethics Committee, the document issued by the CEP where the research has been approved must be forwarded.

3. Statement of spelling and grammar proofreading

Upon acceptance, articles must be proofread by a qualified professional to be chosen from a list provided by the journal. After proofreading, the article shall be returned together with a statement from the proofreader.

4. Statement of translation

The articles accepted may be translated into English on the authors' responsibility. In this case, the translation shall be carried out by a qualified professional to be chosen from a list provided by the journal. The translated article shall be returned together with a statement from the translator.

NOTE: Cebes editorial production is a result of collective work and of institutional and individual support. Authors' contribution for the continuity of 'Saúde em Debate' journal as a democratic space for the dissemination of critical knowledge in the health field shall be made by means of association to Cebes. In order to become an associate, please access http://www. cebes.org.br.

Correspondence address

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 – Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ),
Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Revista Saúde em Debate

Instrucciones para los autores

ACTUALIZADAS EN SEPTIEMBRE DE 2016

ESCOPO Y POLÍTICA EDITORIAL

La revista 'Saúde em Debate' (Salud en Debate), creada en 1976, es una publicación del Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) (Centro Brasileño de Estudios de Salud). Su objetivo es divulgar estudios, investigaciones y reflexiones que contribuyan para el debate en el campo de la salud colectiva, en especial aquellos que tratan de temas relacionados con la política y el planeamiento, la gestión y la evaluación de la salud. Valorizamos estudios con abordajes diferentes teórico-metodológicos y con la contribución de diferentes ramas de las ciencias.

La periodicidad de la revista es trimestral. A criterio de los editores son publicados números especiales que siguen el mismo proceso de aprobación y evaluación de los regulares.

'Saúde em Debate' acepta trabajos originales e inéditos que aporten contribuciones relevantes para el conocimiento científico acumulado en el área.

Los trabajos enviados a la revista son de total y exclusiva responsabilidad de los autores y no pueden ser presentados simultáneamente a otro periódico, en la integra o parcialmente. En caso de publicación del artículo en la revista, los derechos de autor referentes pasarán a ser de propiedad de Cebes.

El periódico está disponible en línea, de acceso abierto y gratuito, por lo tanto, libre para que cualquier persona lea, baje o divulgue los textos con fines educacionales y académicos. Se permite la reproducción total o parcial de los trabajos publicados desde que la fuente y la autoría sean indicadas.

'Saúde em Debate' no les cobra tasas a los autores para la evaluación de los trabajos. Si el artículo es aprobado queda bajo la responsabilidad de los autores la revisión del idioma (obligatorio) y su traducción para la lengua inglesa, con base en una lista de revisores y traductores indicados por la revista.

ORIENTACIONES PARA LA PREPARACIÓN Y EL SOMETIMIENTO DE LOS TRABAJOS

Los trabajos deben ser sometidos exclusivamente por el sitio: www.saudeemdebate.org.br. Después de su registro, el autor responsable por el envío recibirá su acceso y seña.

Al enviar el trabajo, deberá completar todos los campos obligatorios de la página con contenido idéntico al del archivo adjunto.

Modalidades de textos aceptados para la publicación

1. Artículo original: resultado de investigación científica que pueda ser generalizada o replicada. El texto debe contener entre 10 y 15 laudas.

2. Ensayo: Análisis crítico sobre un tema específico de relevancia e interés para la conjetura de las políticas de salud brasileña e internacional. El texto debe contener entre 10 y 15 laudas.

3. Revisión sistemática: Revisión crítica de la literatura de un tema actual. Objetiva responder a una pregunta de relevancia para la salud pública, detallando la metodología adoptada. El texto debe contener entre 10 y 15 laudas.

4. Artículo de opinión: exclusivo para los autores invitados por el Comité Editorial, con tamaño entre 10 y 15 laudas. En este formato no se exigirán resumen ni abstract.

5. Relato de experiencia: descripción de experiencias académicas, asistenciales o de extensión que aporten contribuciones significativas para el área. Tamaño entre 10 y 12 laudas.

6. Reseña: reseña de libros de interés para el área de políticas públicas de salud, a criterio del Comité Editorial. Los textos deberán presentar una visión general del contenido de la obra, de sus presupuestos teóricos y del público al que se dirige. Tamaño de hasta 3 laudas.

7. Documento y declaración: trabajos referentes a temas de interés histórico o conjetural, a criterio del Comité Editorial.

En todos los casos, el número máximo de laudas no incluyen la hoja de presentación ni las referencias.

Preparación del texto

El texto puede ser escrito en portugués, español o inglés.

Debe ser digitado en el programa Microsoft®Word o compatible, grabado en formato doc. o docx.

Patrón A4 (210x297mm), margen de 2,5 en cada uno de los cuatro lados, letra New Román tamaño 12, espacio entre líneas de 1,5.

El cuerpo del texto no debe contener ninguna información que posibilite la identificación de los autores o de las instituciones a las que se vinculen.

No debe utilizar notas de pie de texto. Las marcaciones de notas, cuando absolutamente indispensables, deberán ser sobrescritas y secuenciales.

Evitar repeticiones de datos o informaciones en las diferentes partes del texto.

Las declaraciones deberán estar en cursiva y entre comillas en el cuerpo del texto, si son menos de tres líneas. Si son más de tres líneas deben estar destacadas, con retroceso de 4 cm, espacios simples y tamaño 12.

Para las palabras o trechos del texto en destaque, a criterio del autor, utilizar comillas simples. Ejemplo: 'puerta de entrada'. Evitar iniciales mayúsculas y negritas.

Figuras, gráficos, cuadros y tablas deben estar en alta resolución, en blanco y negro o en escala de grises y debe ser enviados separados del texto, uno por uno, siguiendo el orden en el que aparecen en el estudio (deben estar numerados, tener título y fuente). Identificar, en el escrito, el local donde deberán ser inseridos. El número de figuras, gráficos, cuadros o tablas deberá ser, en lo máximo, de cinco por texto. El archivo debe ser editable.

Si usa fotos las personas no podrán ser identificadas, a menos que lo autoricen por escrito, para fines de divulgación científico.

El trabajo completo, que corresponde al archivo a ser anexado, debe contener:

1. Hoja de presentación con:

a) Título, que debe expresar de manera clara y sucinta el contenido del texto, con un máximo de 15 palabras. Debe estar en negrita, iniciales mayúsculas apenas para los nombres propios. Los textos en portugués y español deben tener el título en la lengua original y en inglés. El texto en inglés debe tener el título en inglés y en portugués.

b) Nombre completo del/los autores alineados a la derecha (máximo de cinco autores por artículo). En nota de pie de página, debe colocar las informaciones sobre afiliación institucional y el correo electrónico. Agregar la dirección y el teléfono del autor del contacto.

c) En caso de ser el resultado de investigación con financiación, citar la agencia financiadora y el número del proceso.

d) Conflicto de intereses. Los trabajos encaminados para la publicación deben informar si tienen algún tipo de conflicto de interés. Los conflictos de interés financiero, por ejemplo, no están relacionados apenas con la financiación directa de la investigación, pero también con el propio vínculo de trabajo. Si no hay conflicto, será suficiente la información *"Declaro que no hubo conflictos de intereses en la concepción de este trabajo"* en la hoja de presentación del artículo.

e) Resumen en portugués e inglés o en español e inglés en el que queden claros los objetivos, el método empleado y las principales conclusiones del trabajo, con un máximo de 700 caracteres, incluidos los espacios No se permitirán citas o siglas en el resumen, a excepción de abreviaturas reconocidas internacionalmente.

f) Al final del resumen, incluir de tres a cinco palabras clave separadas por punto y coma (apenas la primera inicial mayúscula), utilizando los términos presentados en el vocabulario estructurado (DeCS), disponibles en: www.decs.bvs.br.

Registro de ensayos clínicos

La revista 'Saúde em Debate' apoya las políticas para el registro de ensayos clínicos de la Organización Mundial de Salud (OMS) y del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconociendo su importancia para el registro y la divulgación internacional de informaciones sobre ensayos clínicos. En este sentido, las investigaciones clínicas deben contener el número de identificación en uno de los registros de Ensayos Clínicos validados por la OMS y ICMJE, cuyas direcciones están disponibles en: http://www.icmie.org. En estos casos, el número de la identificación deberá constar al final del resumen.

2. Texto. Se respeta el estilo y la creatividad de los autores para la composición del texto, sin embargo, se deben observar elementos convencionales como:

a) Introducción con definición clara del problema investigado y su justificativa;

b) Métodos descritos de forma objetiva;

c) Resultados y discusión pueden ser presentados juntos o en renglones separados;

d) Conclusión.

3. Colaboradores. Al final del texto, deben estar especificadas las contribuciones individuales de cada autor en la elaboración del artículo. Según el criterio de autoría del International Committee of Medical Journal Editors, los autores deben observar las siguientes condiciones: a) contribuir substancialmente para la concepción y la planificación o para el análisis y la interpretación de los datos; b) contribuir significativamente en la elaboración del rascuño o la revisión crítica del contenido; y c) participar de la aprobación de la versión final del manuscrito.

4. Agradecimentos. Opcional.

5. Referencias. Un máximo de 25, pudiendo exceder cuando se trate de una revisión sistemática. Solamente deben constar los autores citados en el texto y seguir las normas de la ABNT (NBR 6023).

Ejemplos de citas de textos

Todas las citas hechas en el texto deben constar de las referencias presentadas al final del artículo. Para las citas, utilizar las normas ABNT (NBR 10520).

Citas directa con hasta tres líneas

El grupo focal es una "técnica de investigación que utiliza las secciones grupales como uno de los foros facilitadores de expresión de características psicosociológicas y culturales" (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996, p. 473).

Citas directas con más de tres líneas

La ley 8.080, conocida como Ley Orgánica de la Salud, inicio el proceso de reglamentación del funcionamiento de un modelo público de acciones y servicios de salud, ordenado por lo que vendría a ser conocido como Sistema Único de Salud (SUS):

> Orientado por un conjunto de principios y directrices válidos para todo el territorio nacional, parte de una concepción amplia del derecho a la salud y del papel del Estado en la garantía de este derecho, incorporando, en su estructura institucional y decisoria, espacios e instrumentos para la democratización y el compartimiento de la gestión del sistema de salud. (NORONHA; MACHADO; LIMA, 2011, p. 435).

Citas Indirectas

Según Foucault (2008), el neoliberalismo surge como un modelo de gobierno en Alemania pos nacismo, en una radicalización del liberalismo con intención de recuperar al Estado alemán a partir de la nueva relación Estado-mercado.

Ejemplos de referencias

Libro:

FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). Seguridade social, cidadania e saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

Capítulo del libro:

FLEURY, S. Socialismo e democracia: o lugar do sujeito. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). Participação, democracia e saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 24-46.

Artículo del periódico:

ALMEIDA-FILHO, N. A. Problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 349-370, set./dez. 2010.

Material de internet:

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. Revista Saúde em Debate. Disponível em: <http://cebes.org.br/publicacao-tipo/revista-saude-em-debate/>. Acesso em: 31 jan. 2016.

OBS: Abreviar siempre el nombre y los apellidos del medio de los autores.

PROCESO DE EVALUACIÓN

Todo original recibido por la revista 'Saúde em Debate' es sometido a un análisis previo. Los trabajos que no estén de acuerdo a las normas de publicación de la revista serán devueltos a los autores para adecuación y nueva evaluación. Si son cumplidas integralmente las normas de la revista, los originales serán apreciados por el Comité Editorial, compuesto por el editor jefe y por editores asociados, quienes evaluarán la originalidad, el alcance, la actualidad y el atendimiento a la política editorial de la revista. Los trabajos recomendados por el comité serán evaluados, por lo menos, por dos evaluadores indicados de acuerdo con el tema del trabajo y su expertise, que podrán aprobar, rechazar y/o hacer recomendaciones a los autores.

La evaluación es hecha por el método doble ciego, esto es, los nombres de los autores y de los dos evaluadores son omitidos durante todo el proceso de evaluación. Caso haya divergencia de pareceres, el trabajo será encaminado a un tercer evaluador. De esta manera, el Comité Editorial puede, a su criterio, emitir un tercer parecer. Cabe a los evaluadores recomendar la aceptación, rechazo o la devolución de los trabajos con indicaciones para su corrección. En caso de solicitud de corrección los autores deben devolver el trabajo revisado en el plazo estipulado. Si los autores no se manifiestan en el plazo definido, el trabajo será excluido del sistema.

El Comité Editorial posee plena autoridad para decidir la aceptación final del trabajo, así como sobre las alteraciones efectuadas.

No se admitirán aumentos o modificaciones después de la aprobación final del trabajo. Eventuales sugerencias de modificaciones de la estructura o del contenido por parte de la editorial de la revista serán previamente acordadas con los autores por medio de comunicación por e-mail.

La versión diagramada (prueba de prensa) será enviada por e-mail, al autor responsable por la correspondencia para la revisión final, que deberá devolver en el plazo estipulado.

Observación: antes de que sean enviados para la evaluación por los pares, los artículos sometidos a la revista 'Saúde em Debate' pasan por un *software* detector de plagio, Plagiarisma. Así es posible que los autores, que deben garantizar la originalidad de los manuscritos y hacer referencia a todas las fuentes de investigación utilizadas, sean cuestionados sobre informaciones identificadas por la herramienta

de detección. Plagio es un comportamiento editorial inaceptable, de esa manera, si es comprobada su existencia, los autores involucrados no podrán someter nuevos artículos para la revista.

DOCUMENTOS OBLIGATORIOS QUE DEBEN SER ENVIADO DESPUÉS DE LA APROBACIÓN DEL ARTÍCULO

Los documentos relacionados a seguir deben ser digitalizados y enviados para el correo electrónico revista@saudeemdebate.org.br.

1. Cesión de derechos de autor y declaración de autoría y de responsabilidad

Todos los autores y coautores deben rellenar y firmar las declaraciones de acuerdo con el modelo disponible en: http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/index.php.

2. Parecer de Aprobación del Comité de Ética en Pesquisa (CEP)

En el caso de investigaciones que envuelvan a seres humanos, en los términos de la Resolución nº 466, de 12 de diciembre de 2012 del Consejo Nacional de Salud, enviar documentos de aprobación de la investigación por el Comité de Ética en Pesquisa de la institución donde el trabajo fue realizado. En el caso de que las instituciones no dispongan de un Comité de Ética en Pesquisa, deberá ser presentado el documento del CEP de donde fue aprobada.

3. Declaración de revisión ortográfica y gramatical

Los artículos aprobados deberán ser revisados ortográfica y gramaticalmente por profesional cualificado, con base en una lista de revisores indicados por la revista. El artículo revisado debe estar acompañado de la declaración del revisor.

4. Declaración de traducción

Los artículos aprobados podrán ser traducidos para el inglés a criterio de los autores. En este caso, la traducción debe ser hecha por profesional cualificado, con base en una lista de traductores indicados por la revista. El artículo traducido debe estar acompañado de la declaración del traductor.

NOTA: La producción editorial de Cebes es el resultado del trabajo colectivo y de apoyos institucionales e individuales. Para que la revista 'Saúde em Debate' continúe siendo un espacio democrático de divulgación de conocimientos críticos en el campo de la salud participe de Cebes. Para asociarse entre en el sitio http://www.cebes.org.br.

Endereço para correspondencia

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 – Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Diagramação e editoração eletrônica
Layout and desktop publishing

Rita Loureiro
ALM Apoio à Cultura - www.apoioacultura.com.br

Design de Capa
Cover design

Alex I. Peirano Chacon

Normalização, revisão e tradução de texto
Normalization, proofreading and translation

Ana Karina Furginelli (inglês)
Ana Luisa Moreira Nicolino (inglês)
Carla de Paula (português)
Cristina Antunes - B&C Revisão de Textos (inglês)
Lenise Saraiva de Vasconcelos Costa (português e inglês)
Luiza Nunes (normalização)
Mariana Acorse (normalização)
Paula Santos Diniz (inglês)
Simone Basílio (português)
Wanderson Ferreira da Silva (português e inglês)

Impressão
Printing

Grafitto Gráfica e Editora LTDA.

Tiragem
Number of Copies

300 exemplares/*copies*

Capa em papel cartão ensocoat LD 250 g/m²
Miolo em papel couché matte LD 90 g/m²

Cover in ensocoat LD 250 g/m²
Core in couché matte LD 90 g/m²

Site: www.cebes.org.br • www.saudeemdebate.org.br
E-mail: cebes@cebes.org.br • revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes – n.1 (1976) – São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes, 2017.

v. 41. n. especial 3; 27,5 cm

ISSN 0103-1104

1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes

CDD 362.1

cebes

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

www.cebes.org.br www.saudeemdebate.org.br