



# saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE  
VOLUME 40, NÚMERO 108  
RIO DE JANEIRO, JAN-MAR 2016

## 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  
Helena Rodrigues Corrêa Filho  
Jairnilson Silva Paim  
José Carvalho de Noronha  
José Ruben de Alcântara Bonfim  
Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato  
Ligia Giovannella  
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

## 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 (PR)

### CONSELHO EDITORIAL | PUBLISHING COUNCIL

Alicia Stolkner - Universidade 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 - Universidade Autónoma Metropolitana, Xochimilco, México  
Cornelis Johannes van Stralen - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil  
Diana Mauri - Universidade de Milão, Milão, Itália  
Eduardo Luis Menéndez Spina - Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología 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 Médecine Tropicale, Antuérpia, Bélgica  
José Carlos Braga - Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), Brasil  
José da Rocha Carneiro - 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

Lucas Rocha  
Luiza Nunes

### INDEXAÇÃO | INDEXATION

Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde - LILACS  
História da Saúde Pública na América Latina e Caribe - HISA  
Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal - LATINDEX  
Scientific Electronic Library - SciELO  
Sumários de Revistas Brasileiras - SUMÁRIOS

### 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

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE  
VOLUME 40, NÚMERO 108  
RIO DE JANEIRO, JAN-MAR 2016

---

**ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES**

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

ISSN 0103-1104

- 4 **EDITORIAL | EDITORIAL**
- ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE**
- 8 **Análises das diretrizes para o apoio institucional das gestões da Atenção Básica das capitais brasileiras**  
*Analysis of the guidelines for the institutional support of managements of Primary Care of the Brazilian capitals*  
Lygia Maria de Figueiredo Melo, Claudia Santos Martiniano, Jacileide Guimarães, Marize Barros de Souza, Paulo de Medeiros Rocha
- 23 **O apoiador institucional da Atenção Básica: a experiência em um município do interior paulista**  
*The institutional supporter of Primary Care: an experience in a county of the countryside of São Paulo*  
Marcella Bellini, Danielle Abdel Massih Pio, Mara Quaglio Chirelli
- 34 **Desafios da operacionalização do Método da Roda: experiência em Sobral (CE)**  
*Operational challenges of Wheel Method: experience in Sobral (CE)*  
Hermínia Maria Sousa da Ponte, Lucia Conde de Oliveira, Maria Marlene Marques Ávila
- 48 **Estratégia Saúde da Família na coordenação do cuidado em região de saúde na Bahia**  
*Family Health Strategy in care coordination in a health administrative region in Bahia, Brazil*  
Adriano Maia dos Santos, Ligia Giovannella
- 64 **Relações federativas no Programa Academia da Saúde: estudo de dois municípios paulistas**  
*Federative relations at the Programa Academia da Saúde (Health Academy Program): study of two cities of the state of São Paulo*  
Paulo Henrique dos Santos Mota, Ana Luiza d'Ávila Viana, Aylene Bousquat
- 74 **Prefeitos eleitos, descentralização na saúde e os compromissos com o SUS**  
*Elected mayors, health decentralization and commitments with the SUS*  
Lenaure de Vasconcelos Costa Lobato, Evangelina Martich, Ingrid D'avilla Freire Pereira
- 86 **Os médicos e a racionalização das práticas hospitalares: novos limites para a liberdade profissional?**  
*Physicians and the rationalization of hospital practices: new limits for professional freedom?*  
Carolina Chaccur Abou Jamra, Luiz Carlos de Oliveira Cecilio, Tiago Correia
- 95 **Gestão de serviços de saúde: analisando a identidade na graduação**  
*Health services management: analyzing its identity in undergraduation*  
Mateus Aparecido de Faria, Analise de Jesus da Silva
- 106 **Assessment of Chronic Illness Care (ACIC): avaliação da aplicabilidade e resultados**  
*Assessment of Chronic Illness Care (ACIC): evaluation of applicability and results*  
Karine Cavalcante da Costa, Luiza Helena de Oliveira Cazola, Edson Mamoru Tamaki
- 118 **Validação de instrumento para análise do dano estético no Brasil**  
*Aesthetic injury assessment instrument validation in Brazil*  
Mário Marques Fernandes, Juan Antonio Cobo Plana, Fernanda Capurucho Horta Bouchardet, Edgard Michel-Crosato, Rogério

- Nogueira de Oliveira
- 131**     **Atenção em saúde bucal: avaliação dos centros de especialidades odontológicas da Paraíba**  
*Attention to oral health: evaluation of the dental specialty centers in Paraíba*  
 Cláudia Helena Soares de Morais Freitas, George Azevedo Lemos, Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes Pessoa, Marcílio Ferreira de Araujo, Franklin Delano Soares Forte
- 144**     **Estudo comparativo de indicadores de saúde bucal em município do estado de São Paulo**  
*Comparative study of oral health indicators in primary care of a São Paulo State's city*  
 Laís Valencise Magri, Geovani Gurgel Acirole, Fernanda Gonçalves Dutra Salomão, Elaine Pereira da Silva Tagliaferro, Lucas Gaspar Ribeiro
- 156**     **O cuidado paliativo e domiciliar em países da América Latina**  
*The palliative care and household in country of Latin America*  
 Vilma Margarete Simão, Regina Celia Tamasso Miotto
- ENSAIO | ESSAY**
- 170**     **Reflexões bioéticas acerca da promoção de cuidados paliativos a idosos**  
*Bioethical reflections about the promotion of palliative care for elderly*  
 Rosely Souza da Costa, Adriana Glay Barbosa Santos, Sérgio Donha Yarid, Edite Lago da Silva
- Sena, Rita Narriman Silva de Oliveira Boery
- 178**     **O cuidado em saúde mental no Brasil: uma leitura a partir dos dispositivos de biopoder e biopolítica**  
*The mental health care in Brazil: a reading from the biopower and biopolitics devices*  
 Valquiria Farias Bezerra Barbosa, Fernanda Martinhago, Ângela Maria da Silva Hoepfner, Patrícia Kozuchovski Daré, Sandra Noemi Cucurullo de Caponi
- 190**     **Promoção da saúde e participação: abordagens e indagações**  
*Health promotion and participation: approaches and inquiries*  
 Rosilda Mendes, Juan Carlos Aneiros Fernandez, Daniele Pompei Sacardo
- 204**     **Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal**  
*The Brazilian Sanitary Reform Movement: a civilizatory project of alternative globalization and construction of a post-abysal thought*  
 Lúcia Regina Florentino Souto, Maria Helena Barros de Oliveira
- REVISÃO | REVIEW**
- 219**     **Política de saúde no Brasil: produção científica 1988-2014**  
*Health policy in Brazil: scientific production 1988-2014*  
 Jamilli Silva Santos, Carmen Fontes Teixeira

# O Cebes e a defesa intransigente do direito à saúde e da democracia

---

**HÁ EXATOS 40 ANOS**, um grupo de jovens médicos sanitaristas da Universidade de São Paulo propôs a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), que teria como um de seus objetivos promover, por meio de um periódico, “a análise do setor de saúde como componente do processo histórico-social” (CEBES, 1976, p. 3). A fundação do Cebes e da revista ‘Saúde em Debate’ ocorreu durante a XXVIII Reunião da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), realizada em julho de 1976 em Brasília. A revista rapidamente tornou-se um dos principais veículos de análises críticas sobre os determinantes da saúde e sobre propostas políticas para o setor. Embora surgido no meio acadêmico, por intermédio da revista e de seu posicionamento claro contra o regime militar, o Cebes conquistou filiados entre profissionais de saúde e de áreas afins e criou articulações com as comunidades eclesiais de base, com o movimento sindical e com associações de moradores e grupos de esquerda. Parte dos filiados reuniram-se em núcleos, formaram grupos de estudos, organizaram seminários para discutir os documentos da entidade e tornaram-se ativos divulgadores da revista. O Cebes desempenhou um papel importante na emergência e fortalecimento do chamado movimento sanitário e na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), mantendo, desde então, influência política significativa no setor.

A atuação do Cebes durante esses 40 anos foi balizada pela defesa da democracia como valor, como uma causa atemporal, cujas regras devem ser respeitadas por todos e garantidas pelas instituições criadas para assegurar o jogo democrático. A questão da democracia é intrínseca à defesa do direito à saúde como direito de cidadania, bem como de todos os demais direitos sociais universais.

Exemplos dessa forma de atuação do Cebes podem ser recuperados do I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, promovido pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, realizado em 1979, que reuniu as principais lideranças e entidades preocupadas com a situação da saúde no País. Naquele evento, o Cebes lançou o documento intitulado ‘Democratização e saúde’, que criticava a ‘mercantilização da medicina’ propondo a transformação dos ‘atos médicos lucrativos em um bem social gratuito à disposição de toda a população’; a criação de ‘um sistema único de saúde’ e a atribuição ao Estado da ‘responsabilidade total pela administração desse sistema’. O referido documento destacava: “Cresce [...] a irritação da população contra as filas, a burocracia, a corrupção e os custos da má atenção médica que recebem. [...] Enquanto isto acontece, a medicina brasileira vive uma profunda crise. Exacerbam-se as críticas à sua qualidade.” (CEBES, 1981, p. 227). Lendo isso, alguém poderá dizer que pouca coisa mudou. Entretanto, ocorreu o inverso, muita coisa mudou. Dos aproximadamente 120 milhões de brasileiros em 1980, um terço não tinha acesso a serviços de saúde, e grande parte dos serviços prestados eram inadequados (BRASIL, 1980, p. 20). Atualmente, quase toda a população tem acesso a serviços de saúde, especialmente a partir da adoção da Estratégia da Saúde da Família (ESF) como modelo de atenção.

Todavia, a despeito da grande melhoria que a ESF trouxe no tocante ao acesso, este permanece ainda insuficiente e inadequado. Concorrem para isso vários fatores, como a restrição do acesso a procedimentos de média e alta complexidade, a falta de profissionais com formação

adequada, a infraestrutura precária, problemas de gestão e o subfinanciamento que acompanha o SUS desde os seus primórdios. Nesse aspecto, um dos maiores problemas tem sido a participação indefinida e reduzida do Governo Federal. Isso sugere que o SUS, apesar de consagrado pela Constituição Federal, não foi assumido pelos governos e nem foi incorporado subjetivamente por importantes setores da sociedade brasileira (classe média e alta, trabalhadores sindicalizados), ou seja, não reconhecem o SUS como o sistema público universal do Brasil.

A EC 29/2000 não definiu o piso de contribuição para o Governo Federal, vinculando a contribuição à variação do PIB, e a EC 86/2015 desrespeitou o Projeto de Lei de Iniciativa Popular (PLC n.º 321/2013) com mais de 2,2 milhões de assinaturas em prol da aplicação mínima de 10% da Receita Corrente Bruta da União em saúde. A substituição da regra definida pela EC 29/2000 para calcular o gasto federal mínimo com base em percentuais sobre a receita corrente líquida, definidas pela EC 86, implicam uma perda de aproximadamente R\$ 10 bilhões para o ano de 2016. O artigo 38 da Lei de Diretrizes Orçamentárias da União, o qual define que o valor atual do gasto federal mínimo não poderá ser inferior ao valor resultante da aplicação da regra anterior, foi vetado pela presidente. Enquanto isso, a votação da PEC 01/2015 baseada na iniciativa popular Saúde + 10 foi sucessivamente adiada. Por outro lado, as transferências do governo ao setor privado, por meio de empréstimos subsidiados do tesouro nacional, cresceram significativamente e superam a casa dos R\$ 38 bilhões estimados para 2016. Essa situação nos convoca para a luta pela rejeição do veto ao artigo 38 e pela aprovação imediata da PEC 01/2015. Contudo isso não basta, devemos continuar a lutar pelo SUS que sonhamos em 1979.

Por fim, nestes momentos de crise política e institucional que o Brasil vive, o Cebes, por meio de seu principal órgão de divulgação, reafirma o valor da democracia como princípio civilizatório. Condena os atos que colocam em risco a frágil democracia conquistada pela sociedade brasileira depois de 20 anos de ditadura e reafirma: SAÚDE É DEMOCRACIA!

*Cornelis Johannes van Stralen*  
*Presidente do Cebes*

---

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde, Brasília, DF, 24 a 28 de março, 7., *Anais...* Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1980.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). Editorial. Rio de Janeiro, *Saúde Debate*, v. 1, n. 1, 1976.

\_\_\_\_\_. *Relatório de atividades da diretoria nacional do CEBES, gestão 1980/1981*. Rio de Janeiro: CEBES, 1981.

# The Cebes and the uncompromising defense of the right to health and of democracy

---

**EXACTLY 40 YEARS AGO**, a group of young sanitarian doctors from the University of São Paulo proposed the creation of the Brazilian Center for Health Studies (Cebes), which would have as one of its objectives to promote, through a journal, “the analysis of the health sector as a component of the social-historical process” (CEBES, 1976, p. 3). The foundation of the Cebes and of the journal *‘Saúde em Debate’* occurred during the XXVIII Meeting of the Brazilian Society for the Advancement of Science (SBPC), held in July 1976 in Brasília. The journal quickly became one of the main vehicles of critical analysis of the determinants of health and of proposals of policies for the sector. Although emerged in the academia, through the journal and its clear position against the military regime, the Cebes gained affiliate members among health professionals and related areas, and created links with the ecclesial base communities, with the trade union movement, and with neighborhood associations and leftist groups. Some of the members gathered in nuclei, forming study groups, organizing seminars to discuss the entity documents, and became active divulgators of the journal. The Cebes played an important role in the emergence and strengthening of the so-called health movement as well as in the creation of the Unified Health System (SUS), having, since then, significant political influence in the sector.

The performance of Cebes during those 40 years was marked out for the defense of democracy as a value, as a timeless cause, whose rules must be respected by all and guaranteed by the institutions created to ensure the democratic game. The issue of democracy is intrinsic to the defense of the right to health as a right of citizenship, as well as of all other universal social rights.

Examples of this mode of operating from the Cebes can be recovered from the I Symposium on National Health Policy, sponsored by the Health Committee of the House of Representatives, held in 1979, which brought together the main leaderships and organizations concerned with the health situation in the country. In that event, the Cebes released the document entitled ‘Democratization and health’, which criticized the ‘commodification/marketization of medicine’ proposing the transformation of ‘lucrative medical practices into a free social good available to the entire population’; the creation of a ‘unified health system’ and the assignment to the State of the ‘full responsibility for the management of that system’. The document emphasized: “Grows [...] the anger of the population against the queues, the bureaucracy, the corruption, and the costs of the poor medical attention that they receive. [...] As that happens, the Brazilian medicine is experiencing a deep crisis. Criticisms to its quality are exacerbated.” (CEBES, 1981, p. 227). Reading this, one might say that little has changed. However, quite the opposite happened, much has changed. Of the approximately 120 million Brazilians in 1980, one third had no access to health services, and many of the services provided were inadequate (BRASIL, 1980, p. 20). Currently, almost the entire population has access to health services, especially since the adoption of the Family Health Strategy (ESF) as a model of care.

However, despite the great improvement that the ESF has brought regarding the access, it remains insufficient and inadequate. Compete for that various factors, such as the restriction



of access to average and high complexity procedures, the lack of professionals with appropriate training, the poor infrastructure, management problems, and underfunding that accompanies the SUS since its inception. In that respect, one of the biggest problems has been the indefinite and reduced participation of the Federal Government. This suggests that the SUS, although enshrined in the Federal Constitution, was not taken by governments nor was it incorporated subjectively by important sectors of the Brazilian society (middle and upper class, unionized workers), i.e., they do not recognize the SUS as the universal public system of Brazil.

The Constitutional Amendment 29/2000 did not define a contribution floor to the Federal Government, linking the contribution to the GDP fluctuation, and the Constitutional Amendment 86/2015 infringed the Popular Initiative Bill (PLC No. 321/2013) with over 2.2 million signatures in favor of the minimum application of 10% of Current Gross Revenue in health. The replacement of the rule set by the CA 29/2000 to calculate the minimum federal spending based on percentages of Current Net Revenue, defined by the CA 86, imply a loss of approximately R\$ 10 billion for the year 2016. Article 38 of the Union Budget Guidelines Law, which defines that the current value of the minimum federal spending may not be less than the amount resulting from the application of the previous rule, was vetoed by the president. Meanwhile, the vote of the Constitutional Amendment Project 01/2015 based on the popular initiative Health + 10 has been repeatedly delayed. On the other hand, transfers from government to the private sector through subsidized loans from the national treasury have grown significantly and exceed the house of R\$ 38 billion estimated for 2016. This situation calls us to fight for the rejection of the veto to Article 38 and for the immediate approval of the CAP 01/2015. However, this is not enough, we must continue to fight for the SUS we dreamt of in 1979.

Finally, in these times of political and institutional crisis that Brazil faces, the Cebes, through its major divulgation organ, reaffirms the value of democracy as a civilizational principle. It condemns the acts that endanger the fragile democracy conquered by the Brazilian society after 20 years of dictatorship and reaffirms: HEALTH IS DEMOCRACY!

*Cornelis Johannes van Stralen*  
*Presidente do Cebes*

---

## References

BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde, Brasília, DF, 24 a 28 de março, 7., *Anais...* Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1980.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). Editorial. Rio de Janeiro, *Saúde Debate*, v. 1, n. 1, 1976.

———. *Relatório de atividades da diretoria nacional do CEBES, gestão 1980/1981*. Rio de Janeiro: CEBES, 1981.

# Análises das diretrizes para o apoio institucional das gestões da Atenção Básica das capitais brasileiras

*Analysis of the guidelines for the institutional support of managements of Primary Care of the Brazilian capitals*

Lygia Maria de Figueiredo Melo<sup>1</sup>, Claudia Santos Martiniano<sup>2</sup>, Jacileide Guimarães<sup>3</sup>, Marize Barros de Souza<sup>4</sup>, Paulo de Medeiros Rocha<sup>5</sup>

**RESUMO** Objetivou-se investigar os limites e as potencialidades das diretrizes gerais das gestões da Atenção Básica das capitais brasileiras para o apoio institucional. O estudo é descritivo, exploratório, qualitativo, realizado de fevereiro a outubro de 2014, a partir do módulo IV do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Incluíram-se 22 formulários de gestão de capitais brasileiras analisados com o *software* Atlas ti.7.1 e análise de conteúdo. Nas capitais brasileiras, as condições de gerir os processos para a institucionalização do apoio não é uma realidade predominante. Conclui-se que essas gestões precisam ser apoiadas na condução desses processos.

**PALAVRAS-CHAVE** Gestão em saúde; Política de saúde; Avaliação em saúde; Atenção Primária à Saúde.

**ABSTRACT** *This study aimed to investigate the limits and potential of the general guidelines of the managements of Primary Care of the Brazilian capitals for the institutional support. The study is exploratory, descriptive, qualitative, conducted from February to October 2014, from the Module IV of the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care. Were included 22 Brazilian capital management forms analyzed with the Atlas ti.7.1 software and content analysis. In the Brazilian capitals, the conditions to manage the processes for the institutionalization of support is not a mainstream reality. We conclude that these efforts need to be supported in conducting these processes.*

**KEYWORDS** *Health management; Health policy; Health evaluation; Primary Health Care.*

<sup>1</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Escola de Saúde – Natal (RN), Brasil.  
lygia.melo@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública e Departamento de Enfermagem – Campina Grande (PB), Brasil.  
cmartiniano@ibest.com.br

<sup>3</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Escola de Saúde – Natal (RN), Brasil.  
jaciguim@yahoo.com.br

<sup>4</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Escola de Saúde – Natal (RN), Brasil.  
marizebs@gmail.com

<sup>5</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Departamento de Saúde Coletiva – Natal (RN), Brasil.  
paulodemedeirosrocha@gmail.com

## Introdução

No cenário internacional, é crescente a percepção, pelas agências e pelos governos, de que o enfrentamento das dificuldades dos sistemas de saúde passa pelo fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) e pelo seu reconhecimento, como estratégia para viabilizar o ordenamento e romper com a fragmentação existente (OMS, 2008). A APS é concebida como o serviço de primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde, cuja função é regular o acesso e coordenar o cuidado em toda a rede de atenção (STARFIELD, 2002; OMS, 2008).

Em consonância com o debate internacional sobre as necessidades de reforma nos sistemas de saúde, proposta pela OMS, e, ainda, com o enfrentamento dos desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) e o reconhecimento da importância da Atenção Básica (AB) como ordenadora do cuidado, em 2011, o Ministério da Saúde (MS), através da Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011, institui o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Para a gestão federal, incorporar o PMAQ-AB às diretrizes do MS é reconhecer o seu caráter inovador, por associar, pela primeira vez, a transferência de recursos à implantação e ao alcance de padrões de acesso e de qualidade pelas Equipes de Atenção Básica (EqAB) (BRASIL, 2012B).

A operacionalização do PMAQ-AB se dá em quatro fases contínuas (BRASIL, 2012B), a saber: fase 1) adesão e contratualização: gestão e equipes aderem ao programa com a contratualização de compromissos e indicadores; fase 2) desenvolvimento: inclui processos de autoavaliação, monitoramento dos indicadores contratualizados e do apoio institucional às EqAB e ações de educação permanente; fase 3) avaliação externa: engloba um conjunto de ações direcionadas para a certificação das condições de acesso e de qualidade da atenção ofertada pelas EqAB participantes do PMAQ-AB; e fase 4)

recontratualização: com base na avaliação de desempenho de cada equipe, uma nova contratualização de indicadores e compromissos deverá ser realizada, completando o ciclo de qualidade.

Portanto, a aposta da gestão federal é que o PMAQ-AB institua um ciclo virtuoso de indução de boas práticas, tanto de gestores quanto de profissionais, num movimento contínuo de institucionalização da avaliação na AB (BRASIL, 2012B).

Para Contandriopoulos (2006), a avaliação tem um caráter estratégico, já que consiste em uma atividade voltada para a ação, considerada como um dos caminhos para o enfrentamento da crise dos sistemas de saúde. Para tanto, faz-se necessário que a sua institucionalização ocorra em todos os níveis do sistema, provocando uma cultura de avaliação que possibilite que as decisões sejam tomadas a partir de evidências comprovadas. Nesse contexto, é imprescindível também avaliar a avaliação, pondo em questão a capacidade dos modelos de avaliação existentes no SUS de gerar informações e julgamentos necessários, contribuindo com as instâncias decisórias para melhorar o seu desempenho.

Trata-se de uma provocação para a urgência de se incorporar, nos campos da avaliação, da gestão e do cuidado, a institucionalização de práticas que não percam os processos instituintes.

Ao se evidenciar a importância de um ambiente organizacional democrático para a construção de processos participativos, ganha pertinência o debate realizado por Campos (1998, 2000, 2003, 2005) sobre os modelos de gestão adotados no SUS. O autor contribui com o campo da saúde com a crítica à racionalidade gerencial predominante nas escolas de administração que seguem o paradigma funcionalista e que se refletem no âmbito dos estudos e das premissas da gestão no setor. Também aponta os reflexos desses modelos de gestão no mundo do trabalho, destacando, em particular, como

a racionalidade científica afeta a cotidianidade das práticas de gestão e de cuidado no SUS, ainda que a sua construção esteja alicerçada em um projeto democratizante para todos os níveis da gestão.

Conforme Silveira (2005), visões diferentes do funcionalismo para análise das organizações possibilitaram diversos estudos e abordagens alicerçadas nas ideias de Michel Foucault, a exemplo da análise de saber-poder e da compreensão de que as organizações, ao mesmo tempo, refletem e reproduzem o poder disciplinar.

Salienta-se, ainda, a contribuição da análise institucional (BAREMBLITT, 2002, p. 137), que destaca as simultâneas diferenciação e complementariedade entre organizações e instituições, sendo que, enquanto organizações, caracterizam “as formas materiais nas quais as instituições se realizam ou ‘encarnam’ [...]”. As instituições são compostas pela linguagem, pelas relações interpessoais, pela divisão social do trabalho, entre outros códigos fundantes das sociedades humanas. A instituição, portanto, compreende o instituinte (que a engendra), o instituído (resultado) e a institucionalização (processo).

A essa mesma perspectiva institucionalista, Campos (2000) acrescenta que as instituições ganham vida através de seus objetivos organizacionais, que, para o autor, dizem respeito ao seu duplo objetivo, qual seja: o de produzir bens ou serviços de interesses sociais e o de assegurar a sobrevivência da própria organização e dos sujeitos que dela fazem parte. O reconhecimento dessa duplicidade de objetivos da instituição torna-se essencial, ainda na perspectiva do autor, para se pensar em novas formas de gerir coletivos organizados para a produção da saúde.

A partir da crítica à racionalidade gerencial hegemônica, de reflexões teóricas e do acúmulo de experiências práticas no campo da saúde, Campos (2000) sistematiza um método de apoio para cogovernar as

organizações de saúde, considerando que formas burocratizadas de gestão produzam empobrecimento subjetivo e social do trabalho. O método se volta para análise e a cogestão de coletivos (Método da Roda/Apoio Paidéia/Apoio Institucional), que, fundamentado em um conjunto de conceitos operativos advindos do campo da política, do planejamento, da análise institucional e da pedagogia, concebe a cogestão como movimento político de desconcentração de poder e, portanto, potencializador da democracia institucional e da autonomia dos sujeitos.

Na perspectiva de Campos (2003, p. 87), o apoio institucional pressupõe

[...] uma pressão de fora, implica trazer algo externo ao grupo que opera os processos de trabalho ou que recebem bens e serviços. Quem apoia sustenta e empurra ao outro [...].

Como postura metodológica, o apoio busca reformular os tradicionais mecanismos de gestão, alterando complementarmente as formas de se realizar coordenação, planejamento, supervisão e avaliação do trabalho em equipe.

Em 2003, o apoio é incorporado ao discurso oficial do MS, iniciando um processo de formulação e implantação do apoio institucional, com produção sistemática de textos e documentos (PEREIRA JÚNIOR; CAMPOS, 2014). Portanto, é pelo potencial do apoio de estabelecer processos de mudança em coletivos e em instituições, através da adoção de práticas institucionais democráticas e estímulo à autonomia dos sujeitos, que se evidencia a importância fundamental da função apoio no cenário da AB.

Diante da urgência para a implementação de modelos de gestão participativa que contribuam para que o SUS se afirme como política pública e de qualidade, o MS reconhece a importância estratégica da função apoio como dispositivo de intervenção para a operacionalização da política nacional de

saúde e fortalecimento da AB. Na esteira da institucionalização de novos modos de gerir coletivos, o governo incorpora o apoio institucional a vários documentos e publicações: a Política Nacional de Humanização (PNH), o Caderno HumanizaSUS, o Documento Base para gestores e trabalhadores do SUS, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o instrumento de Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ) e o Documento Síntese para Avaliação Externa do PMAQ-AB.

Ressalta-se que, no instrumento da AMAQ-AB, realizada pelas EqAB, o apoio institucional foi uma das subdimensões avaliadas (BRASIL, 2012A). Com base nas competências da gestão e da equipe, foram estabelecidas unidades de análise para a autoavaliação agrupando-se padrões de qualidade definidos a priori por guardarem relação direta com o fazer da gestão, da coordenação e das equipes. Ao mesmo tempo, os padrões definem o que se espera em termos de qualidade para a AB no SUS.

No momento em que as reformas no campo da gestão e do cuidado se colocam como fundamentais para o fortalecimento da APS/AB em todos os sistemas de saúde e, particularmente, para o SUS, acredita-se ser relevante o esforço empreendido com essa pesquisa no sentido de contribuir para a reflexão sobre os processos de institucionalização da avaliação na AB, pondo em análise, inclusive, as possibilidades de o instrumento da avaliação externa captar as dimensões que se propõe a avaliar com relação ao apoio institucional.

Nessa investigação, parte-se do pressuposto de que o exercício da função apoio implica a cogestão de coletivos através da utilização de ferramentas de negociação, mediação de conflitos, composição articulada de projetos, plano e oferta de uma formação ampliada para os sujeitos envolvidos, bem como o apoio para as equipes para lidar com as demandas provenientes da cotidianidade

da AB (CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013).

Assim, a hipótese levantada é a de que, por ser o apoio uma função gerencial fundamental para instaurar processos de mudanças nas organizações e coletivos, as diretrizes gerais para o apoio institucional propostas pelas gestões de AB das capitais brasileiras devem ser promotoras de democracia institucional e autonomia dos sujeitos.

O objetivo desta pesquisa é investigar os limites e as potencialidades das diretrizes gerais das gestões da AB das capitais brasileiras para o apoio institucional como dispositivo para estimular a democracia institucional e a autonomia dos sujeitos.

## Metodologia

Estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa que teve como cenário a AB, em particular, o momento atual em que o governo federal lança o PMAQ-AB com o objetivo de incentivar os gestores e as EqAB à melhoria do acesso e do padrão de qualidade da assistência ofertada aos usuários do SUS nesses serviços. No contexto do PMAQ-AB, a pesquisa se volta, especificamente, para a fase 3 do programa (avaliação externa) nas capitais brasileiras (equipes e gestões), na qual foram coletadas informações que deram origem à base de dados do PMAQ-AB/Departamento de Atenção Básica (DAB)/MS.

No conjunto dos municípios submetidos à avaliação externa pela pesquisa PMAQ-AB, foi feito um recorte intencional, de modo a proceder à análise da oferta do apoio institucional nas capitais brasileiras. Essa opção deu-se em virtude de que as capitais brasileiras, potencialmente, contam com uma maior estrutura física, organizacional e de recursos humanos para uma maior oferta de serviços de saúde e do apoio institucional às EqAB.

O grupo amostral foi composto pelos respondentes do módulo IV, que correspondeu

aos gestores da AB das capitais brasileiras. Do universo das 27 capitais brasileiras, quatro não fizeram adesão ao PMAQ-AB, e, em uma das capitais, o gestor da AB não respondeu às questões na plataforma virtual (módulo IV), tendo o município sido excluído do estudo. Desse modo, a amostra foi composta por 22 gestores.

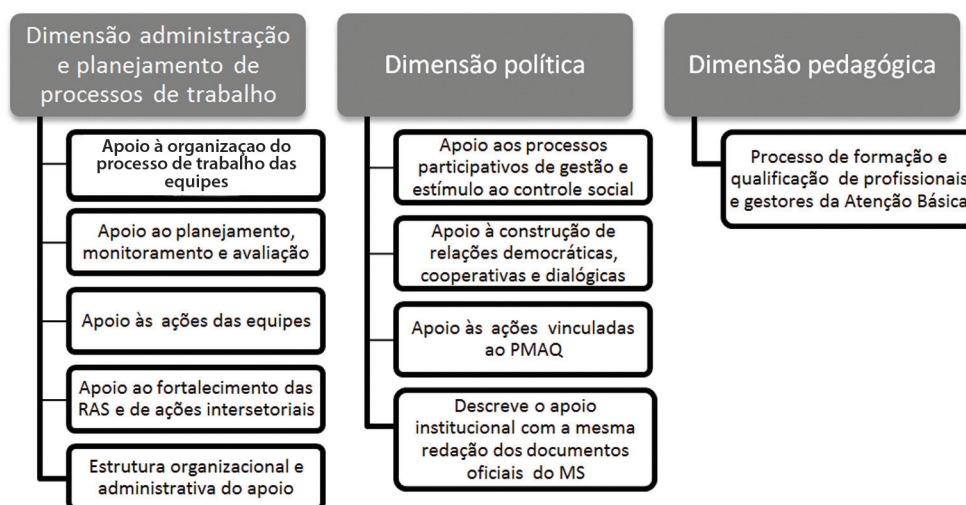
A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a outubro de 2014 por meio do instrumento virtual módulo IV gestor. Nesse instrumento, as informações foram digitadas livremente em um campo específico por cada um dos gestores e alimentadas na plataforma virtual do Sistema de Gestão de Programas do Departamento de Atenção Básica (SIGDAB).

A análise dos dados foi concomitante à coleta. Para a organização e o arquivamento dos dados, utilizou-se como ferramenta o computador, por meio do *software* para análise de dados

qualitativos Atlas ti.7.1, sob o número de licença 78504-E7359-3117E-8EB11-0013R.

Como metodologia de interpretação, empregou-se a análise de conteúdo temática (BARDIN, 2011). Para tanto, procedeu-se às seguintes etapas: pré-análise, em que, a partir das regras da exaustividade, representatividade e pertinência, iniciou-se a leitura flutuante do material, seguindo-se com a demarcação do que seria analisado para constituir o corpus. Seguiu-se a fase exploratória em que se codificaram as categorias, identificando-se as unidades de registro. Nessa etapa, as diretrizes para o apoio propostas por cada gestor foram analisadas linha a linha de forma a se descobrir os núcleos de sentido (tema) que permitissem identificar motivações, valores e tendências das gestões da AB no que diz respeito às diretrizes institucionais para o apoio. Nesse processo, foram identificadas e agrupadas três categorias e dez subcategorias (*figura 1*).

Figura 1. Categorias e subcategorias analisadas



Fonte: Elaboração própria.

Por fim, passou-se para a última fase, referente ao tratamento dos resultados, na qual, norteados pelos fundamentos do apoio Paidéia, proposto por Campos (2000), e por

documentos do MS que definem os padrões de qualidade para o apoio institucional na AB, as diretrizes gerais das gestões da AB das capitais brasileiras propostas pelos gestores no

módulo IV foram interpretadas realizando-se inferências sobre os resultados encontrados.

## Aspectos éticos

O projeto multicêntrico Avaliação da Atenção Básica no Brasil: Estudos Multicêntricos Integrados sobre Acesso, Qualidade e Satisfação dos Usuários foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob o número 21.904, em 13/03/2012, e está em consonância com a Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Com o intuito de preservar o anonimato, os gestores da AB foram identificados com codinomes (G1 a G22), de acordo com o número correspondente à sequência ordinária em que os dados foram inseridos no programa Atlas ti.

## Resultados e discussão

Os municípios são *locus* privilegiados com alta capilaridade e com alto potencial na implantação de processos de alteração de modelos de gestão e atenção no SUS, sustentados pelo princípio da cogestão. Assim, é fundamental pôr em evidência o potencial das diretrizes propostas pelas gestões da AB para essas transformações, e, ainda, as aproximações ou o distanciamento para construção de uma democracia institucional e autonomia dos sujeitos.

Observou-se que somente em cinco capitais as gestões (G1, G3, G14, G16, G21) assumiram uma compreensão mais coerente com os pressupostos do apoio institucional, contemplando, além da dimensão administração e planejamento de processos de trabalho, as dimensões política e pedagógica do apoio.

### Dimensão: administração e planejamento de processos de trabalho

Também foi evidenciado que a maioria das

gestões concentraram as suas diretrizes na ‘dimensão administração e planejamento de processos de trabalho’, principalmente no que diz respeito ao ‘apoio ao planejamento, monitoramento e avaliação; ao fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e ações intersetoriais no município e à organização do processo de trabalho das equipes’.

No que se refere, especificamente, ao apoio ao planejamento, monitoramento e avaliação, observou-se, entre as gestões, a ênfase dada por G3 a esses processos quando várias de suas diretrizes apontam para a necessidade de

*‘monitorar’, acompanhar e avaliar as equipes das UBSF [Unidades Básicas de Saúde da Família] de acordo com as diretrizes da SMS; ‘planejar, coordenar, supervisionar e avaliar’ as ações de prevenção, promoção e atenção à saúde das UBSF da área de abrangência do Distrito; realizar ‘diagnóstico situacional’ em conjunto com as UBSF; participar da elaboração de ‘planejamento para a melhoria’ da qualidade do trabalho no Distrito e nas UBSF. (G3).*

Corroborando os processos de planejamento, monitoramento e avaliação, têm-se, na mesma direção, algumas das diretrizes de G3, G6, G10, G12, G14 e G 21: *“Utilizar ferramentas de planejamento e da gestão da clínica” (G3); “apoiar o planejamento local ‘e monitoramento de indicadores’ integrados aos pactos da SMS a exemplo do PMAQ”, “apoio ao ‘monitoramento do acesso’ pelas EqSF [Equipes de Saúde da Família]” (G6); “favorecer a ‘identificação e análise de problemas” (G10); “realização do ‘monitoramento e avaliação” (G12); “apoiar as EqAB e apoio matricial no ‘planejamento, monitoramento e avaliação dos indicadores de desempenho e resultados’ e apoiar o processo de ‘autoavaliação’ das equipes” (G14); “‘avaliação’ dos processos” (G21).*

O entendimento da importância do apoio no fortalecimento das RAS e ações interse- toriais, como forma de articular os diversos

níveis de atenção/gestão e de promover maior integração, foi algo referido, principalmente, por G1, como exemplificado abaixo, embora esteja presente, também, em algumas das diretrizes propostas por G2, G3, G6, G16, G18 e G21.

*Apoiar matricialmente (Núcleos de Apoio à Saúde da Família - Nasf); 'desenvolver parceria' com [Instituição A] para disponibilizar ferramenta online no site da SMS disponível aos apoiadores e implantação gradativa 'por níveis de gestão'; editar o caderno da coletânea de instrumentos norteadores da EqSF com a temática para 'propiciar integração com serviços estaduais e municipais'; propor prática do apoio institucional às equipes da EqSF, 'integrando diferentes níveis de gestão'. (G1).*

Em se tratando das diretrizes voltadas ao apoio à organização do processo de trabalho das equipes, percebeu-se um movimento de algumas gestões (G1, G6 e G18) em apoiar a organização do trabalho a partir da realidade dos profissionais e da demanda, utilizando antigas e novas ferramentas de gestão, alicerçando o enfrentamento de problemas numa construção coletiva.

*Estruturar 'instrumento inovador' para processo de trabalho/gestão de equipes com eixos norteadores e 'análise observacional' e resolução de problemas; desenvolver parceria com o [Instituição B] de ferramenta online no site da [Instituição C] disponível aos apoiadores e ampliação gradativa por níveis de gestão; 'manejar demandas' advindas da prática (percebidas pelo apoiador, as que surgem da unidade, do controle social e ouvidoria). (G1).*

Também se observa que alguns gestores (G5, G7, G19, G22) utilizaram o espaço do módulo IV – espaço destinado à descrição das diretrizes gerais para o apoio no município – para, exclusivamente, dissertarem sobre o modo como este se encontrava estruturado na Secretaria Municipal de Saúde.

*Temos, dentro de cada unidade de saúde, um profissional que é o apoiador direto das equipes. Em cada distrito sanitário, temos uma equipe composta por coordenador de informação, coordenador de assistência, coordenador de vigilância à saúde, além do supervisor. Dentro do centro de informação em saúde temos apoiadores em todas as áreas estratégicas da SMS [Secretaria Municipal de Saúde]. (G5).*

Ainda com relação à estrutura, dois gestores (G4 e G9) explicitam no módulo IV que ainda não implantaram o apoio institucional para as EqAB no município, embora haja um movimento nesse sentido.

*Apesar de diversas iniciativas e planejamento de ações neste sentido, a Secretaria 'ainda não está realizando' o apoio institucional formalizado. (G4).*

*O apoio institucional está 'em fase de discussão' com o grupo de apoiadores, onde será definido, na oficina, o método de apoio e os resultados esperados. A proposta é que sejam formadas 9 equipes de apoio para as 51 equipes de saúde da família, e 07 equipes do Pacs [Programa de Agentes Comunitários de Saúde], sendo 03 apoiadores para cada 06 equipes. (G9).*

Analisar as diretrizes gerais do apoio institucional das gestões de AB das capitais brasileiras significa estar diante das intencionalidades, dos caminhos traçados por gestores e equipes de gestão desses municípios no que se refere ao apoio institucional. No entanto, o que se constatou é que, no que diz respeito às diretrizes voltadas para a dimensão 'administração e planejamento de processos de trabalho', a perspectiva de construção coletiva foi pouco evidenciada na redação das diretrizes institucionais para o apoio na maioria das capitais brasileiras. Para os processos de planejamento, monitoramento e avaliação, por exemplo, nenhuma gestão utilizou o termo 'usuário', levando



a pensar que o apoio tem sido pensado, em muitos casos, sem a participação efetiva da população, o que pode significar que, para as gestões, esses processos são destinados apenas aos gestores e profissionais das equipes.

A não participação do usuário foi fato também evidenciado por Feuerwerker (2014), quando afirma que, muitas vezes, nas experiências em Educação Permanente em Saúde (EPS), percebe-se a evidente ausência do usuário e a ênfase dada de forma majoritária na relação gestão-trabalhadores.

Campos (2000) salienta que a forma como as organizações ganham vida é através de seus objetivos organizacionais, que, por sua vez, estão relacionados à produção de bens ou serviços de interesses sociais e para assegurar a sobrevivência da própria organização e dos sujeitos que dela fazem parte.

No instrumento de autoavaliação das equipes (BRASIL, 2012B), é clara a opção de um modelo participativo de avaliação, de modo que o julgamento das ações das gestões e das equipes fosse realizado com envolvimento das EqAB, gestão e usuários, independentemente do nível de formação dos envolvidos. Essa perspectiva contribui para refletir sobre a realidade local, favorece a construção da democracia, em virtude da desconcentração de poder na equipe, do compartilhamento de responsabilidades e da apropriação por todos do processo de trabalho e dos indicadores de saúde pactuados.

O instrumento da AMAQ também reforçava a ênfase em processos democráticos de gestão e de atenção, uma vez que

[...] Espera-se que as ações de monitoramento e avaliação tenham caráter formativo, pedagógico e reorientador das políticas e práticas, numa abordagem de informação para a ação, e sejam incorporadas no conjunto das atividades dos gestores e das equipes. (BRASIL, 2012A, P. 16).

Como nos apresenta Barembliitt (2002), as

instituições não possuem vida concreta sem as organizações. Por sua vez, as organizações não possuem sentido, objetivo e direção sem as instituições. É nesse movimento de correlações de forças entre o instituído, o instituinte e os processos que nelas ocorrem que a instituição herda, fortemente, os traços daquilo que a materializa. Dito de outra forma, incorpora métodos e técnicas organizacionais herdados da lógica de Taylor e Fayol, que caracteriza um modelo fragmentado e hierarquizado de organizar e gerir os processos de trabalho.

Esse alerta é realizado por Pereira Júnior e Campos (2014) no tocante ao planejamento, à avaliação e ao monitoramento, pois, apesar de os reconhecerem como principais tecnologias de gestão do apoio, salientam que, muitas vezes, essas ferramentas são trabalhadas e incorporadas na prática por meio de concepções diferenciadas.

A todo o momento, nas instituições, fazem-se opções, sejam elas veladas ou explícitas. Nesse sentido, Lourau (2004) e Foucault (2009) ajudam a compreender esse cenário quando afirmam que a instituição não é apenas o conjunto de normas e leis, mas, também, a forma como os sujeitos se relacionam e se colocam com relação a essa mesma instituição, que se encontra permeada por relações de saber e poder, práticas discursivas e não discursivas.

O apoio exige deslocamentos e reposicionamentos constantes para que se alcancem novas reconfigurações de processos que, ao longo do tempo, foram sendo instituídos no cotidiano. Esses movimentos/rearranjos, nas visões de Paulon, Pasche e Righi (2014), geram a necessidade de enfrentamento de conflitos e de capacidade de lidar com diferentes graus de sofrimentos, mas são essenciais para que se possa, de fato, disparar processos de mudança em coletivos, capacitando as equipes e organizações a produzir mais e melhor saúde.

A relevância dada pelos autores a esses acontecimentos faz com que afirmem que

a função apoio se exerce menos para a obtenção dos fins da organização (metas e resultados) e mais para a produção de reposicionamentos no trabalho. (PAULON; PASCHE; RIGHI, 2014, P. 818).

No entanto, os autores ressaltam que tal afirmativa não significa negar o compromisso do apoio com a tríplice finalidade dos serviços de saúde (a produção de saúde, a realização profissional e pessoal dos trabalhadores e a sua própria reprodução), mas chamam a atenção para o fato de que, ao não se considerarem as demandas advindas de interesses dos trabalhadores e usuários na construção de metas institucionais,

corre-se o risco de as planificações virarem tão somente documentos destinados às ‘gavetas’ ou a alguma ‘nuvem virtual’, [grifo dos autores] se quisermos modernizar o ato de escanteá-los. (PAULON; PASCHE; RIGHI, 2014, P. 818).

## Dimensão política

A categoria ‘dimensão política’ encontra-se alicerçada no potencial do apoio em instaurar processos de mudança em coletivos e em instituições através da adoção de práticas institucionais democráticas que alterariam as relações de poder. Assim, nessa categoria, agrupamos as diretrizes institucionais na perspectiva de conseguir apreender os movimentos de concentração ou desconcentração de poder.

A partir do material empírico analisado, surgiram quatro subcategorias: ‘descrição do apoio institucional utilizando a mesma redação dos documentos oficiais do MS; apoio às ações vinculadas ao PMAQ-AB; apoio aos processos participativos de gestão e estímulo ao controle social e apoio à construção de relações democráticas, cooperativas e dialógicas’. Verificou-se que as gestões G5, G6, G7, G8, G12, G19, G20 não se referiram a essa categoria.

Observou-se que G17 e G20 preencheram o formulário virtual, não apontando diretrizes, mas, sim, definindo o apoio institucional, utilizando, para tanto, ‘a mesma redação contida nos documentos oficiais do MS’, como se observa no fragmento a seguir:

*Realizar apoio junto aos serviços ‘como um modo específico de fazer gestão junto a coletivos/equipes, reconhecendo a complexidade do trabalho coletivo e tomando os problemas concretos, desafios e tensões do cotidiano como matéria prima para seu trabalho, a fim de facilitar a conversão de situações paralisantes em situações produtivas’.* (G20).

Outro conjunto de diretrizes que merece destaque diz respeito à subcategoria ‘Apoio às ações vinculadas ao PMAQ-AB’. O apoio institucional às equipes é identificado pela PNAB como uma das competências das Secretarias Municipais de Saúde no processo de implantação, acompanhamento e qualificação da AB e, também, da ampliação e consolidação das EqSF. Desse modo, o apoio é incorporado tanto na AMAQ como no PMAQ-AB com foco na qualificação daquilo que é ofertado à população.

Compreende-se, portanto, que a centralidade do apoio institucional deva ser a mudança nas organizações (gestão e atenção). Desse modo, opera disparando processos de mudança e oferecendo suporte a coletivos e não especificamente a qualquer programa governamental, como é o caso do PMAQ-AB, como parece ser a compreensão de alguns gestores. Tal observação decorre do fato de que a redação de algumas diretrizes para o apoio institucional foi parcial ou totalmente atrelada a ele.

*Estimular as equipes PMAQ através de acréscimo salarial com os recursos a serem repassados pelo PMAQ; investir o recurso do PMAQ na infraestrutura das USFs [Unidades de Saúde da Família]; priorizar ações de educação permanente para as equipes PMAQ; reformar as salas de vacina com o*

*primeiro repasse fundo a fundo do PMAQ; apoiar as equipes junto ao PMAQ.* (G11).

Esse entendimento limitado da estratégia do apoio pode fazê-lo perder sua potência de ferramenta instituinte no momento que ele se institui numa dada realidade de forma acrítica, contribuindo, assim, não para mudança, mas para a estagnação institucional.

Para Feuerwerker (2014), é importante incorporar no discurso institucional a intencionalidade de mudanças de práticas e de reorientação do modelo de atenção, embora se admita que ainda sejam de pouca monta os volumes de recursos envolvidos para esse fim, o que faz a autora afirmar que o investimento na mudança é marginal.

Por outro lado, pode-se observar que algumas gestões construíram algumas de suas diretrizes respaldando-se em objetivos mais democráticos quando reconhecem a necessidade do apoio institucional ser voltado para o ‘apoio aos processos participativos de gestão e estímulo ao controle social’ (G1, G2, G3, G12 e G16). *“Deliberar situações provenientes dos conselhos locais; manejar demandas percebidas pelo apoiador advindo do controle social e ouvidorias”* (G1); *“Desenvolver a gestão participativa no SUS no município com objetivo de fortalecer a gestão e o controle social do SUS”* (G2).

É na dimensão de construção da democracia institucional que reside o caráter político da metodologia do apoio. Para Campos (2014), a potência do apoio se sustenta, fundamentalmente, na possibilidade de alterar as relações de poder, no sentido de aproximação e compreensão das formas como os indivíduos cotidianamente exercem, sublevam e resistem ao poder na micropolítica do cotidiano da gestão e da atenção.

O poder, como nos adverte Foucault (2009, p. 175), concebido não como uma coisa, mas como prática social construída historicamente, e que, como tal, nas instituições, se “corporifica em técnicas e se mune de instrumentos de intervenção material”, produzindo discursos

e práticas sociais, repressivos, resistentes ou dialógicos.

Portanto, há possibilidades, por meio do exercício da cogestão e da gestão participativa, de se caminhar na direção da construção de relações mais horizontalizadas nas instituições, uma vez que esse elemento da metodologia do apoio possibilita a construção coletiva de contratos e compromissos entre os sujeitos envolvidos.

Ressalta-se que a forma como G12 propõe o estímulo à cogestão é através de ‘oficinas, visitas e reuniões técnicas nas unidades de saúde da família, assessoria ao planejamento das equipes’, o que, por si, não garante a criação de espaços de cogestão, pois o apoio só se estabelece na grupalização, que se traduz em rodas de conversa, discussões permanentes e horizontalizadas que possibilitem escuta qualificada das demandas advindas do cotidiano de práticas das equipes (PAULON; PASCHE; RIGHI, 2014).

Outro direcionamento dado às diretrizes de algumas gestões que apontam, do mesmo modo, para a desconcentração de poder foi o ‘apoio à construção de relações democráticas, cooperativas e dialógicas’, apontadas por G1, G3, G10, G12, G15 e G21. Parece claro para os gestores o entendimento de que o apoio tem como diretrizes a democratização institucional e a autonomia dos sujeitos. Essa autonomia é conquistada a partir do momento em que apoiador/apoiado se dilatam e permitem pôr em análise os saberes, os poderes e os fazeres presentes nas práticas e nas relações que se estabelecem na cotidianidade da AB.

Percebe-se a compreensão, por parte desses gestores, de que as instituições, além de produzirem serviços, produzem sujeitos e, portanto, subjetividades. *“Mediar conflitos com implantação da psicologia organizacional”* (G1); *“Apoio aos profissionais no enfrentamento de conflito”* (G12).

*Desenvolver processos de reflexão e mudança das práticas a partir do fazer cotidiano das EqAB; potencializar os esforços e experiências vivenciadas*

*pelas equipes, fortalecendo a responsabilidade sanitária e evitando a culpabilização; estabelecer uma relação horizontal, contínua e solidária com as EqAB, visando à troca de saberes e práticas entre equipes e apoiadores. (G10).*

No entanto, é preciso estar atento, pois a construção de sujeitos autônomos é uma conquista processual, dinâmica, que pode ser disparada pelo apoio a partir do momento em que são criados espaços para se questionar todo o conjunto de leis, normas, padrões e valores que compõem as instituições. Esse movimento, apesar de indispensável para a construção de instituições democráticas e mudanças das pessoas que nela trabalham, é permeado por conflitos, interesses, desejos e problemas bastante diversos.

Ao mesmo tempo que identificam e analisam seus problemas, os coletivos necessitam do apoio para aumentar a capacidade de análise de forma a potencializar a elaboração de críticas reflexivas sobre suas práticas, suas relações com e na instituição, que, desse modo, potencializem mudanças necessárias para a produção de mais e melhor saúde.

Nesse sentido, é fundamental que o profissional que exerça a função apoio às equipes, em qualquer configuração de apoio existente no município, seja qualificado e também apoiado para operar com as tecnologias e ferramentas do apoio proposto por Campos (2000), apreendendo da realidade apoiada os saberes, os poderes e os afetos envolvidos, necessários aos processos de mudança.

### **Dimensão pedagógica**

Nessa dimensão, partiu-se do entendimento de que a função apoio, além de apostar na transformação em ato de sujeitos e instituições, tem também por finalidade contribuir para a formação dos sujeitos.

Nesse sentido, o apoio alia-se à EPS por se constituir em uma estratégia fundamental para as transformações do trabalho no setor saúde, transformando-o em espaço

privilegiado para a “crítica reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente” (CECCIM, 2005, p. 976). No entanto, ainda para esse autor, faz-se necessário descentralizar e disseminar a capacidade pedagógica entre trabalhadores, gestores de ações e serviços de saúde, órgãos formadores e com o controle social do SUS.

A preocupação com os ‘processos de formação e qualificação de profissionais e gestores’ por parte de algumas gestões (G1, G3, G14, G16, G18, G19 e G21) foi explicitada em suas diretrizes: “*Integração das ações de ‘educação permanente’ alicerçadas no cotidiano dos trabalhadores*” (G18).

*Formação e qualificação das referências técnicas para assumirem a função específica do AI [apoio institucional]; investir na formação/qualificação de todos os gestores da rede para atuarem na perspectiva da função apoio, desenvolvendo suas funções de gerência sob concepção e método do apoio institucional. (G19).*

Campos (2000) defende que nos processos de gestão, principalmente os fundamentados na cogestão, produzem-se, além dos efeitos políticos e administrativos, também os pedagógicos e subjetivos. Os espaços coletivos, portanto, cumpriram uma função analítica e pedagógica, conciliando o cumprimento de seus objetivos na produção da saúde de assegurar a sobrevivência da instituição e a constituição de sujeitos. Nessa percepção, esses espaços constituir-se-iam um *setting* privilegiado para a EPS.

Observa-se nas diretrizes expostas uma preocupação com a produção de novos arranjos institucionais, novos pactos com o objetivo de ressignificar o cotidiano a partir da análise e da problematização da realidade singular vivenciada pelos atores no cenário de práticas. A partir dessa realidade proposta por alguns gestores das capitais brasileiras, construir-se-iam as demandas para a qualificação de gestores e trabalhadores das EqSF.

Contudo, embora explicitado em políticas

e documentos institucionais o estímulo a uma gestão democrática, observa-se, por exemplo, que o envolvimento de usuários não é mencionado por nenhum gestor nessas ações. Tal fato é também percebido nas experiências de EPS identificadas no ano de 2009, quando se evidenciaram a ausência do usuário e a ênfase dada de forma majoritária na relação gestão-trabalhadores (FEUERWERKER, 2014).

Como afirmam Ceccim e Ferla (2009), a EPS é, antes de tudo, a expressão de uma opção político-pedagógica e não um processo didático pedagógico. Desse modo, no momento em que a EPS é tomada pelos gestores como diretriz institucional, pode estar implícito nessa opção um compromisso com o redirecionamento do modelo de atenção, da organização dos serviços e de processos de trabalho.

Identifica-se que, embora G16 e G21 tenham formulado suas diretrizes institucionais de forma ‘concisa’ com relação aos processos formativos, é visível que a maioria dos gestores que se manifestaram a esse respeito concorda que a qualificação dos gerentes e trabalhadores da AB seja estruturada na EPS de modo a contemplar as necessidades de aprendizado identificadas pelas equipes e os desafios à qualificação do processo de trabalho.

Desse modo, acredita-se que só se pode pensar em processos pedagógicos transformadores dos sujeitos e da realidade se tais processos forem significativos, que se desloquem saberes, poderes, desejos, interesses individuais ou corporativos em prol de um acúmulo democrático em que gestores, trabalhadores e usuários sejam sujeitos em potencial.

### ‘Entre a intenção e o gesto’: os cronogramas para as diretrizes do apoio institucional

Observaram-se três situações referentes aos cronogramas apresentados pelas gestões das capitais brasileiras: 1) gestões que não formularam ou não informaram cronogramas para suas diretrizes foram maioria (G3, G4, G6, G8, G13, G16, G17, G18, G21 e G22); 2) gestões que preencheram o formulário com descrição vaga ou, ainda, expressando incompatibilidade com as diretrizes propostas foram os casos de G1, G5, G7, G12, G14, G15, G19 e G20; e, por fim, G2, G9, G10 e G11, gestões cujos conteúdos dos cronogramas estabeleceram maior coerência com as diretrizes, embora tenham sido descritos de forma abrangente (*quadro 1*).

Quadro 1. Cronograma de implantação das diretrizes gerais para o apoio institucional de acordo com as gestões das capitais brasileiras

Gestão da Atenção Básica	CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO DAS DIRETRIZES PARA O APOIO INSTITUCIONAL NO MUNICÍPIO
G1	Implantado, com cronograma mensal sistemático.
G2	Diretriz 1 - Implementar a atenção integral à saúde até dezembro de 2013. Diretriz 2 - Fortalecer a vigilância à saúde e o ambiente até dezembro de 2013. Diretriz 3 - Desenvolver a gestão participativa no SUS [local] até dezembro de 2013.
G3	Não informou.
G4	Ainda não está previsto.
G5	Este grupo de apoiadores está formado desde a criação dos distritos sanitários. Os apoiadores locais têm reuniões quinzenais com as equipes, e os apoiadores distritais têm reuniões semanais com os apoiadores das equipes, e os apoiadores do centro de informação em saúde são contactados conforme as necessidades das equipes da APS.
G6	Não informou.
G7	Meta da inserção de 15 Nasf até o final de 2013 - conforme PMS, o cronograma se dará conforme o número de equipes por apoiador.

Quadro 1. (cont.)

Gestão da Atenção Básica	CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO DAS DIRETRIZES PARA O APOIO INSTITUCIONAL NO MUNICÍPIO
G8	Não informou.
G9	A Oficina para construção do método de trabalho da equipe de apoiadores será realizada no dia 23 de agosto de 2012; a partir da oficina, será elaborado cronograma de visitas às EqSF e aos Pacs.
G10	Definição das unidades a receberem apoio institucional – junho de 2012. Definição da Equipe de Apoio Institucional (EAI) – junho de 2012. Educação permanente – mensal. Reuniões setoriais nos Distritos de Saúde para discussão e encaminhamentos das situações encontradas – mensais; Visitas do apoio institucional às unidades de saúde – mensal.
G11	Outubro – contratualização das equipes; março – divulgação para as equipes do processo; informação do acompanhamento ao Conselho Municipal de Saúde (CMS); abril a junho – autoavaliação e avaliação externa; agosto – avaliação interna dos indicadores; setembro a dezembro – período para 2ª avaliação interna dos indicadores.
G12	Avaliação de três equipes – semanal.
G13	Não informou.
G14	Novembro de 2011.
G15	Início de 2005.
G16	Não informou.
G17	Não informou.
G18	Não informou.
G19	Desde 2010, o AI segue essas diretrizes operacionais. O AI de cada UBS busca articular os projetos estratégicos de reorganização da atenção e da gestão, em estreita parceria com os técnicos envolvidos na educação permanente (incluindo oficinas de qualificação na APS), em gestão clínica, vários âmbitos do matriciamento (inclui o Nasf) e agendas programáticas da UBS, buscando direcionar os diversos tipos de ações e metas para o campo de abrangência dos contratos internos de gestão.
G20	Esta atividade é realizada de forma contínua [na instituição A] junto aos serviços, respeitando as reuniões de equipes e os colegiados gestores nos serviços de saúde que têm apoiador institucional.
G21	Não informou.
G22	Não informou.

Fonte: Elaboração própria, a partir do banco do módulo IV PMAQ.

Os dados apontam fragilidade ou mesmo ‘descaso’ dos gestores da AB na construção de modelos de gestão alicerçados em uma democracia institucional. Questionou-se, também, sobre a alimentação desses dados no formulário virtual, especialmente, com relação a quem, de que forma e com qual concepção de apoio os dados foram preenchidos.

Na perspectiva de construção compartilhada de processos e resultados, é fundamental a existência de contratos em que esteja

explícita a definição de tarefas e a divisão de responsabilidades. Para Rodrigues (2011), o cronograma é uma ferramenta útil na gestão de projetos para monitorar o andamento das atividades relacionadas ao tempo, de modo que se possa garantir a finalização de um projeto numa data planejada e controlada e/ou estimada.

O agir dos coletivos na produção de valores de uso e de sua própria reprodução, na visão de Campos (2000, p. 141), torna-se fundamental para a

[...] formação de um campo de compromissos, de projetos e de contratos pactuados, que permitiriam a gestão dessa miríade de vetores de forças que atravessa qualquer coletivo.

Observou-se que, embora possa se criar expectativa de que as gestões da AB das capitais brasileiras, devido às condições de estrutura física e organizativa e de pessoal, teriam melhores e maiores condições de gerir os processos para a institucionalização do apoio em relação a outros municípios, parece que essa não é uma realidade predominante. Desse modo, torna-se evidente que as gestões municipais precisam, também, ser apoiadas na condução desses processos.

## Conclusão

No instante em que se tomou como objeto desta investigação a oferta do apoio institucional pelas gestões das capitais brasileiras, buscou-se identificar nesse universo os avanços e recuos, contradições e possibilidades da função apoio enquanto estratégia que tem por finalidade contribuir para a democracia institucional e a autonomia dos sujeitos.

Embora se crie certa expectativa de que as gestões da AB das capitais brasileiras (por sua condição de estrutura física e organizativa e de pessoal) teriam melhores e maiores condições de gerir os processos para a institucionalização do apoio em relação a outros municípios, parece que essa não é uma realidade predominante. Desse modo, torna-se evidente que as gestões municipais precisam, também, ser apoiadas na condução desses processos. Por isso, ressalta-se a importância de fortalecer o apoio integrado, que busca, a partir da ênfase na dimensão formativa, um modo de participar da relação com os outros entes federados que ultrapasse o aspecto normativo e o da indução financeira.

Mesmo que limitada ao recorte de uma realidade, tem-se a convicção da importância que é para o investigador trilhar os caminhos de incertezas e de descobertas a cada aproximação que é feita na realidade investigada. Desse modo, as aproximações aqui realizadas são delineadas pela produção de um conhecimento contextualizado, histórico e social, a partir do aporte teórico aqui adotado, sendo, portanto, destituído de certezas e que, longe de estar acabado, necessitará de constantes buscas. ■

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica*: AMAQ. Brasília, DF, 2012a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)*: manual instrutivo/Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2012b.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2011.

BAREMBLITT, G. *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. 5. ed. Belo Horizonte: Instituto Félix Guattari, 2002.

CAMPOS, G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, out. 1998.

\_\_\_\_\_. Apoio matricial e institucional em Saúde: entrevista com Gastão Wagner de Sousa Campos. *Interface*, Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 1145-1150, dez. 2014. Entrevistador: Liane Beatriz Righi. Disponível

em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832014000501145&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000501145&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 28 maio 2015.

\_\_\_\_\_. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

\_\_\_\_\_. Paideia y gestión: un ensayo sobre el soporte paideia en el trabajo en salud. *Salud colectiva*, Lanús, v. 1, n. 1, abr. 2005.

\_\_\_\_\_. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. W. S.; CUNHA, G. T.; FIGUEIREDO, M. D. *Práxis e formação Paidéia: apoio e cogestão em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2013.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, dez. 2005.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação permanente em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009, p. 162-178.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciênc. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-711, jul./set. 2006.

FEUERWERKER, L. C. M. (Org.). *Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

FOCAULT, M. *Microfísica do poder*. 27. ed. São Paulo: Graal, 2009.

LOURAU, R. Objeto e método da análise institucional.

In: ALTOÉ, S. (Org.). *René Lourau: analista institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec, 2004, p. 66-86.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Relatório mundial de saúde 2008: cuidados de saúde primários – agora mais que nunca*. Lisboa: Organização Mundial da Saúde e Alto Comissariado para a Saúde, 2008. Disponível em: <[http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/3L03\\_2010\\_9.22.37.70fb6ffd32f6598e4de044a8feeacdc.pdf](http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/3L03_2010_9.22.37.70fb6ffd32f6598e4de044a8feeacdc.pdf)>. Acesso em: 23 abr. 2014

PAULON, S. M., PASCHE, D. F.; RIGHI, L. B. Função apoio: da mudança institucional à institucionalização da mudança. *Interface*, Botucatu, São Paulo, v. 18, supl. 1, p. 809-820, dez. 2014.

PEREIRA JUNIOR, N.; CAMPOS, G. W. S. O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. *Interface*, Botucatu, São Paulo, v. 18, supl. 1, p. 895-908, dez. 2014.

RODRIGUES, E. *Gestão de projetos na prática*: blog. 2011. Disponível em: <<http://www.elirodrigues.com/2011/01/31/como-fazer-um-cronograma/>> Acesso em: 10 dez. 2014.

SILVEIRA, R. A. *Michel Foucault: poder e análise das organizações*. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: Unesco/Ministério da Saúde, 2002.

---

Recebido para publicação em junho de 2015  
Versão final em outubro de 2015  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve



# O apoiador institucional da Atenção Básica: a experiência em um município do interior paulista

*The institutional supporter of Primary Care: an experience in a county of the countryside of São Paulo*

Marcella Bellini<sup>1</sup>, Danielle Abdel Massih Pio<sup>2</sup>, Mara Quaglio Chirelli<sup>3</sup>

**RESUMO** Trata-se de pesquisa qualitativa, realizada com sete apoiadoras institucionais de um município do interior paulista, com o objetivo de verificar o processo experiencial na gestão da Atenção Básica. A partir da análise de conteúdo temática, foi discutida a construção da experiência, da identidade e a necessidade da supervisão-apoio do apoiador institucional. Consideram-se as barreiras na construção de novas práticas de atenção à saúde e de gestão, com o desafio de institucionalizar a proposta e fortalecer a Educação Permanente, como ferramentas para a reorganização da gestão da Atenção Básica.

**PALAVRAS-CHAVE** Atenção Primária à Saúde; Administração de serviços de saúde; Gestão em saúde.

**ABSTRACT** *This is a qualitative research, conducted with seven institutional supporters of a county in the countryside of São Paulo, aiming to verify the experimental process in the management of Primary Care. From the thematic content analysis, it was discussed the construction of experience, identity and the necessity of supervision-support of the institutional supporter. Barriers in the development of new primary care and management practices are considered, with the challenge of institutionalizing the proposition and strengthen Permanent Education, as instruments for the reorganization of Primary Care management.*

**KEYWORDS** *Primary Health Care; Health services administration; Health management.*

<sup>1</sup> Faculdade de Medicina de Marília (Famema), Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Coletiva - Marília (SP), Brasil.  
marcellabellini@hotmail.com

<sup>2</sup> Faculdade de Medicina de Marília (Famema), Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Coletiva - Marília (SP), Brasil. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (Unesp), Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Botucatu (SP), Brasil.  
danimassihpio@hotmail.com

<sup>3</sup> Faculdade de Medicina de Marília (Famema), Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Coletiva e Programa de Desenvolvimento Docente (PDD) - Marília (SP), Brasil.  
mara@famema.br

## Introdução

Tendo em vista que a saúde é um processo construído social e historicamente por indivíduos e coletivos, o olhar lançado para as necessidades e especificidades do trabalho em saúde produz uma nova agenda de gestão. Assim, cada vez mais se faz necessário reorganizar o processo de trabalho para ampliar a escuta e a responsabilização, produzir em equipe e ampliar ferramentas dos trabalhadores para diversificar ofertas a partir das necessidades identificadas.

Com a oferta de tecnologias e dispositivos para a configuração e o fortalecimento desse novo processo de produção do trabalho em saúde, torna-se de extrema importância o apoio a essas equipes, uma vez que não se configura como uma prática puramente técnica, mas, também, relacional. Além de servir como um dispositivo que provoca estranhamentos, ruídos, tensões, conflitos, criação e invenção, também fornece potência ao enfrentamento de problemas cotidianos, acionando tecnologias em vários campos (FRANCO, 2006).

O que se põe em pauta é a ideia de investir também em mudanças na estrutura gerencial e assistencial dos serviços de saúde, criando-se novos arranjos que produzam outra cultura e outras linhas de subjetivação, que não aquelas centradas, principalmente, no corporativismo e na alienação do profissional com o resultado de seu trabalho (CAMPOS, 1998).

É nesse contexto, de acordo com Oliveira (2011), na intercessão das forças e tecnologias produzidas pelos movimentos da saúde coletiva, do Sistema Único de Saúde (SUS), e de democratização institucional, que se insere a proposta de uma metodologia de apoio institucional e suas modalidades de intervenção, ou, como é simplesmente denominado neste trabalho: apoio.

De acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2008), o apoio institucional é um dispositivo de

intervenção que propõe um ‘modo de fazer’ mudanças necessárias para que o SUS se afirme como política efetivamente pública. Com a função ‘apoio’, procura-se solidificar os princípios do SUS em modos de operar nas unidades de saúde da Atenção Básica (AB), estando junto com os diferentes sujeitos que constituem o sistema de saúde – gestores, usuários e trabalhadores –, articulando as ações dos serviços que compõem a rede, favorecendo trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos (GUEDES; ROZA; BARROS, 2012).

O apoio institucional articula trabalhadores e serviço a fim de possibilitar permanente análise crítica sobre o processo de trabalho, bem como a constante renovação de pactos (entre trabalhadores de uma equipe e entre diferentes equipamentos de saúde) para assegurar o cuidado e a ampliação/renovação das tecnologias envolvidas na atenção (MERHY ET AL., 2003).

Referindo-se à função de apoiador, Campos (2006), em seu Método da Roda, define-a como: 1) Um modo complementar para realizar coordenação, planejamento, supervisão e avaliação do trabalho em equipe; 2) Um recurso que procura intervir com os trabalhadores de forma interativa; 3) Uma função que considera que a gestão se exerce entre sujeitos, ainda que com distintos graus de saber e de poder, e que produz efeitos sobre os modos de ser e de proceder desses sujeitos e das organizações; e 4) Depende da instalação de alguma forma de cogestão.

O apoiador institucional, portanto, tem como funções: ativar espaços coletivos que propiciem a interação entre os sujeitos, reconhecendo as relações de poder, afeto e a circulação de saberes; construir objetivos comuns e a viabilização dos projetos pactuados por atores institucionais e sociais; atuar em processos de qualificação das ações institucionais; e promover a ampliação da capacidade crítica dos grupos

e a transformação das práticas em saúde, contribuindo para melhorar a qualidade da gestão no SUS (OLIVEIRA, 2011).

Por outro lado, como considera Feuerwerker (2014), há a necessidade de uma ampliação da articulação em rede para sustentar sua implementação, bem como a ampliação do coletivo responsável por esse movimento.

Assim, este estudo tem como objeto o apoio institucional da AB de um município do interior paulista, cuja proposta nasce na respectiva Secretaria Municipal de Saúde (SMS), no início de 2013. Outras denominações de apoio, nessa instituição, foram criadas ao longo da história, coincidindo com a proposta de reorganização do trabalho na lógica da Estratégia Saúde da Família (ESF), o que incluiu o apoio matricial e outra caracterização de apoio institucional anterior, denominada Equipe Gestora da Atenção Básica.

Essa nova configuração da equipe não possui análise e descrição de cargo específicas para sua função, utilizando-se como base o Plano Municipal de Saúde (MARÍLIA, 2010), elaborado pela SMS do município, e a territorialização como instrumento de organização do processo de trabalho e de ação do apoiador. Ambos trazem como propostas a demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços, o reconhecimento do ambiente, da população e da dinâmica social existentes nessas áreas, além do estabelecimento de relações horizontais entre equipes (PEREIRA; BARCELLOS, 2006).

Considerando a territorialização como instrumento de organização e o papel do apoiador nesse processo de produção do cuidado, é relevante observar a implantação desse modelo e a construção dessa prática, que propõe uma lógica dialógica, mas também dialética nos campos constitutivos da implantação da política e da gestão.

Frente às experiências vividas até o momento, considera-se que ainda não há clareza da identidade desse papel

profissional, com a necessidade de construção desse desenho e de fortalecimento dessa prática, enquanto efetivo arranjo organizacional.

Ademais, diante da recente formalização dessa proposta em âmbito nacional, há ainda poucas publicações e relatos sobre experiências já realizados no País, o que justifica a relevância desta pesquisa.

Desta forma, o presente estudo teve como objetivo verificar o processo experiencial na gestão da AB, tomando como análise a forma como o apoiador significa o seu lugar de trabalho e a sua interpretação acerca do processo de trabalho no qual se vê envolvido, considerando as potências e os desafios para efetivação da lógica da cogestão.

## Metodologia

Este estudo apresenta caráter exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa. O cenário é a rede municipal de saúde de um município de médio porte do interior paulista, que conta, atualmente, com 34 unidades de ESF e 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS) como atenção primária.

A pesquisa foi realizada com sete funcionárias da rede municipal de saúde, alocadas na SMS, na função de apoiadoras da AB. O critério de inclusão foi terem sido remanejadas para essa função nos anos de 2013 e 2014.

Como instrumento, foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado, contendo, inicialmente, uma identificação sociolaboral, seguida de uma questão disparadora: 'Conte-me seu processo experiencial quanto à prática de gestão enquanto apoiador institucional da AB'. As entrevistas foram realizadas de forma individual e em locais reservados e agendados previamente na SMS, no período de junho a agosto de 2014, com consentimento das participantes, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, sob parecer

nº 638.168. Convém ressaltar que todas as apoiadoras autorizaram sua participação no estudo, permitindo-nos contemplar de forma mais fidedigna a percepção de todas as profissionais incluídas na função.

O referencial metodológico utilizado foi a 'Análise de conteúdo' temática (BARDIN, 2004). Os depoimentos foram analisados individualmente, extraindo as unidades de significado que emergiram da própria descrição com base nos objetivos do estudo. As participantes da pesquisa foram identificadas pela letra 'A', seguida de um numeral (A1 a A7), para garantir o caráter confidencial e a segurança do anonimato.

Os temas que emergiram das análises das entrevistas foram: 'A construção da experiência: os espaços da micro e da macrogestão', 'O desafio de construir uma identidade profissional', 'Supervisão-apoio: o apoio do apoio institucional'. Buscou-se atingir os significados manifestos e latentes trazidos pelos sujeitos, o que foi possível, também, com o uso do referencial teórico psicanalítico na saúde coletiva (CAMPOS, 2013), bem como com os referenciais dos modelos de atenção à saúde, que privilegiam o enfoque da co-gestão e das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (CAMPOS; DOMITTI, 2007; MENDES, 2010).

Os resultados são apresentados e discutidos a seguir, dispostos com a identificação sociolaboral das entrevistadas e as categorias temáticas analisadas, sob a luz do referencial teórico proposto.

## Resultados e discussão

### Identificação sociolaboral

A partir da análise da identificação sociolaboral, pode-se observar que o apoio institucional da AB no município conta somente com apoiadoras do sexo feminino e que a

média de idade é de 39,6 anos, tendo a apoiadora mais nova 28 anos de idade e a mais velha 56 anos de idade, na data da entrevista.

Do total de apoiadoras, quatro são enfermeiras por formação, representando 57,14% do total, e três são dentistas/cirurgiã-dentista, o que representa 42,82% do total. No que se refere à Pós-Graduação, do total de sete apoiadoras, apenas uma não tem especialização na área; seis têm especialização em Saúde da Família; destas, três estão realizando ou já realizaram o mestrado, e uma tem especialização em Gestão em Saúde.

Quanto ao tempo na função, a apoiadora convidada mais recentemente está há dois meses na função. Em contrapartida, a apoiadora que relata estar há mais tempo nessa função é a apoiadora A5 (10 anos); tal fato acontece porque, segundo ela, desde que foi convidada para estar na gestão na SMS, considera exercer o papel de apoiadora das unidades de saúde. Apesar de ser recente a função de apoiadoras da AB, todas já atuavam na AB, tendo histórico de muitos anos na rede municipal de saúde.

### Categorias temáticas

#### A CONSTRUÇÃO DA EXPERIÊNCIA: OS ESPAÇOS DA MICRO E DA MACROGESTÃO

O enfoque do território na AB, para Dias *et al.* (2009) e Pessoa *et al.* (2011), permite delinear e caracterizar a população e seus problemas de saúde, a criação de vínculo e responsabilidade entre os serviços de saúde e usuários, propiciando o acesso dos usuários-trabalhadores ao serviço, bem como a avaliação dos impactos das ações.

Neste sentido, busca-se desenvolver práticas de gerência de serviço e assistência à população de cunho participativo, por meio do trabalho em equipe, responsabilizando-se pela assistência em territórios delimitados (denominados microrregiões). Como aponta a apoiadora A2, é necessário

reconhecer o território para que o planejamento das ações seja produtivo, destacando que:

*[...] as equipes realmente precisam conhecer a realidade da sua população para poder fazer sentido as ações que se propõem [...]; a ideia é conhecer mesmo os indicadores de saúde para poder trabalhar, porque cada equipe, mesmo sendo da mesma zona, norte ou sul, são muito diferentes, porque a população tem uma característica muito específica, e, aí, a equipe também [...].*

Para Feuerwerker (2014), é esse território que acaba definindo o modelo de cuidado que vai se conformar na produção de cuidado, pois é nele que operam ao menos duas grandes dimensões a serem destacadas e compreendidas: uma dimensão é a do trabalho morto, que atua a partir dos saberes tecnológicos, que operam como lugares estruturados a priori, visando a governar o trabalho vivo em ato no momento dos processos de construção do cuidado; a outra é a que se refere ao próprio trabalho vivo em ato, no encontro com o outro, e que existe somente neste momento, no ato, sem o qual deixa de existir.

No âmbito da micropolítica, as apoiadoras entrevistadas apontam as diferenças sentidas entre os processos de gestão do micro para o macro. Entre elas, citam:

*[...] quando eu vim para cá, aí que eu fui estudar um pouco para ver o que era esse apoio, mas com pouquíssima aproximação teórica, e muito menor ainda prática. Estou aprendendo no dia a dia [...]. (A1).*

*[...] então, a gente tem que ter esse olhar enquanto gestão, que, na unidade, a gente cuidava ali da micropolítica, e, aqui, a gente tem que ver o macro [...]. (A6).*

*[...] amplia muito o olhar da gente [...] a gente consegue ter uma visão do todo, que é muito*

*maior que o todo que a gente conhecia [...]. (A3).*

Guedes, Roza e Barros (2012) apresentam o apoio institucional como uma estratégia de fomento à gestão compartilhada dos processos de trabalho, exercida nas práticas cotidianas concretas e que parte da premissa de que todo trabalhador é gestor de seu trabalho. É a cogestão tomada como método, colocando o apoiador ao lado dos sujeitos na análise de seus processos de trabalho.

Segundo o Plano Municipal de Saúde – 2010-2013 (2010), é função do apoiador criar espaços conjuntos de discussão entre as unidades de saúde de cada região para discutir as competências de cada um e suas formas de articulação, bem como delas com o nível central, minimizando, assim, os conflitos. Nessa perspectiva, o apoiador institucional deve incluir-se ativamente no processo de elaboração de novos modos de produção do cuidado, deslocando-se do papel burocrático e sendo parte das equipes que apoia, proporcionando aos profissionais a ampliação da capacidade de análise e reflexão acerca das dificuldades e possibilidades no cotidiano.

Todavia, devido à fragilidade desse cargo, ainda novo dentro da SMS local, sem atribuições definidas e planejamento de ações traçado, verificam-se nos relatos os desafios encontrados pelas apoiadoras institucionais no dia a dia:

*[...] o objetivo do apoiador é provocar mudança no processo de trabalho e no processo de gestão local e dar esse suporte, fazer a ligação da gestão municipal com a gestão local, que é o foco do apoiador, só que é muito difícil você fazer isso, [...] porque você precisa [...] provocar [...] nas equipes, estimular, mas, ao mesmo tempo, animar para o trabalho com o que você tem, ativar a criatividade [...]. (A7).*

*[...] a gente tem uma grande carga de trabalho burocrática que, em grande parte, talvez essa não seria uma função do apoiador, [...] mas que,*

*se a gente vai pegar o conceito do apoio, não seria, e que acaba sendo atribuída, [...] então, isso dificulta o nosso acesso, a estar mais próximo das equipes [...]. (A3).*

Refletindo sobre as empreitadas diante da necessidade de produzir novas tecnologias de cuidado, Feuerwerker (2014) aponta que há desafios como: construir outro equilíbrio entre os diferentes tipos de tecnologias envolvidos no trabalho em saúde; constituir equipe com um trabalho efetivamente orientado e mobilizado pelas necessidades de saúde não somente do usuário, mas do coletivo familiar em questão; superar a fragmentação do sistema de saúde e produzir continuidade de atenção no interior de uma linha de cuidado, que é produzida em ato para cada situação.

Parte-se, portanto, de um processo em que a mudança é dependente de múltiplos vetores, inseparáveis na produção da saúde: sujeitos, processos de trabalho, poder e políticas públicas (GUEDES; ROZA; BARROS, 2012), cabendo, também, nesse sentido, ao apoiador olhar para as formas de organização do trabalho desde a sua macrogestão.

#### **O DESAFIO DE CONSTRUIR UMA IDENTIDADE PROFISSIONAL**

De acordo com o documento-base da PNH, o apoio institucional é uma diretriz e um dispositivo para ampliar a capacidade de reflexão, de entendimento e de análise de coletivos, a fim de produzir mais e melhor saúde (BRASIL, 2008).

Valorizando os diferentes saberes existentes nos grupos de atuação, o apoiador precisa escutar os trabalhadores e implicá-los nas mudanças de que o SUS necessita; segundo Campos (2013, p. 69), é por esse motivo que se faz necessário

desenvolver não somente dispositivos, mas também arranjos que estimulem a produção de autonomia, criatividade e desalienação de maneira permanente,

e complementa, colocando que esses espaços abertos devem ser permanentemente recheados de sentido, nos quais, preferencialmente, um apoio institucional pode ser desenvolvido no papel de suporte (*holding*) do grupo, tendo como compromisso a produção de saúde ou a clínica ampliada.

De acordo com Ferreira (2008), em um segundo plano organizacional, ocorre o encontro entre os diversos agentes institucionais portadores de diferentes projetos e interesses, que se relacionam, disputam e produzem contratualidades conforme as relações de micropoderes e os tipos de poder presentes nas estruturas dessas organizações, como o político, o técnico e o administrativo. As relações de poder estabelecidas e a relativa autonomia/autogoverno dos trabalhadores na condução do seu processo produtivo definirão o modo de realização da assistência e de articulação dos arranjos tecnológicos.

Nesse sentido, as apoiadoras institucionais vivem em um território ainda em construção e em conquista de um espaço político, técnico e administrativo dentro da secretaria de saúde:

*[...] esse papel dos apoiadores [...], essa função foi muito rejeitada, então, até hoje, a gente tem muita dificuldade de trabalhar, até de falar sobre o que que é o apoiador, ou muito mais ainda de propor qualquer coisa diferente do que vinha tendo [...]. (A1).*

*[...] esse desconhecimento de como trabalhar, de como organizar melhor para [...] ter um resultado melhor de cada setor, eu acho que é desconhecido não só pelo apoio, que é uma função nova, mas por vários outros departamentos que já são consolidados [...]. (A2).*

As apoiadoras mais recentes relatam suas impressões da função apoiador enquanto estavam nas unidades de saúde, e o discurso revela a distância entre o imaginário e a realidade do processo de trabalho. Como se verifica no relato a seguir, pode-se inferir que esse discurso mostra que ainda não está

estabelecida a definição do cargo de forma institucional, elaborada de acordo com a PNH:

*[...] naquele momento, eu sentia que era uma válvula de escape, uma coisa assim: 'vou passar o problema [...], não estou tendo governabilidade para resolvê-lo. Vamos passar para um órgão maior', que, no caso, seria o apoiador [...]. Eu imaginava que o trabalho fosse bem mais leve. Agora, o tanto que eu estou vendo que é muita burocracia. São muitos detalhes que a saúde pública tem, que o serviço público tem [...]. (A4).*

Esse trecho permite uma discussão acerca das novas práticas de processo de trabalho a serem conquistadas nos espaços político, técnico e administrativo dentro da SMS, e que encontram também resistência na burocracia do setor público. No processo de implementação da função apoiador, o processo de trabalho requer novos arranjos da gestão institucional. A esse respeito, Campos (2007) destaca que a proposta é articular os saberes e interesses dos trabalhadores e usuários aos objetivos institucionais. O apoio implica uma força externa, que está apoiando e sustentando o outro. O Método Paidéia propõe um esforço para construir um novo pensar e agir.

A novidade estaria por conta de integrar estas três dimensões: a liberdade, ou a cidadania, ou a saúde, tudo depende da capacidade de lidar com afetos, com saberes e com o poder. (CAMPOS, 2007, P. 91).

Esse método ainda tem como intenção envolver a política, a gestão, a pedagogia, a clínica e a saúde pública com a lógica da tríplice determinação, ora uma dimensão predomina sobre a outra, sendo que no agir político o poder é o tema predominante. As condições de trabalho, por sua vez, passam por questões relacionadas aos vínculos trabalhistas, até a degradação dos ambientes e processos em sua dimensão cotidiana (SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009). Na rotina do trabalho,

apontam que as reações perceptíveis em meio a essas condições aparecem como imobilização dos trabalhadores, permeadas por descrença, apatia, raiva, sofrimento patológico, dor, desprazer, adoecimento. A situação é ilustrada por A7:

*[...] e aí como que você vai querer que lá na ponta, né, o profissional que está lá consiga pensar e agir em integralidade? Se o restante do sistema é totalmente desintegrado, é complicado, e isso é um desafio. E é esse o papel do apoiador, e por isso que é um pouco frustrante, porque como que você vai estimular uma equipe a vivenciar, a enraizar, a internalizar a integralidade? [...]. (A7).*

Bertussi (2010) destaca que o agir em saúde, em sua micropolítica, traz à cena, permanentemente, as tensões autonomia versus controle num território de disputa e produção incessantes. A vida produtiva se organiza pelas conexões realizadas entre as pessoas e se formam em linhas de fluxos horizontais por dentro das organizações, reveladas pelo discurso:

*[...] então, assim, a gente teve um momento de muita tensão, que era um momento de ser reconhecido enquanto apoiador [...], na rede básica em si, e o movimento de ser reconhecido aqui dentro [...]. (A3).*

Com base em Bertussi (2010), é possível identificar ferramentas necessárias à 'função', de forma que o apoiador se torne: a) Articulador: produzindo conexão, considerando as singularidades de cada qual e a diversidade e a mobilidade dos possíveis encontros entre sujeitos; b) Educador: agindo pedagogicamente, tomando o mundo do trabalho como matéria prima para o aprendizado; c) Escutador/Observador: agindo a partir da observação do cotidiano, dos movimentos da equipe e seu contexto, sempre aberto à escuta; d) Facilitador: facilitando processos que contribuam para colocar as potências dos sujeitos e dos coletivos em evidência; e e)

Negociador: mediando e buscando compatibilizar os interesses distintos envolvidos na formulação dos acordos e projetos comuns.

Revela-se o processo de mudança de posicionamento da função apoiador frente às relações estabelecidas e definidas na SMS, a partir dos fragmentos:

*[...] Hoje, nós estamos em um processo aqui dentro que é de sentar com esses grupos, com essas pessoas, com esses setores e mostrar de onde vem essa função apoiador. Então, começamos a falar um pouquinho da PNH, começamos a falar um pouquinho da Política Nacional da Atenção Básica, começamos a conversar sobre os financiamentos do Ministério da Saúde em relação à Estratégia e à UBS, então, parece que a nossa aceitação está um pouquinho melhor [...]. (A1).*

*[...] quando eu entrei, já estava existindo um movimento com os grupos temáticos de fazer uma apresentação de qual a função deles, que foi um pedido do secretário [...], então, para mim, foi bom para ter o conhecimento de qual a função de cada um [...]. (A4).*

Nesse sentido, como aponta Santos Filho, Barros e Gomes (2009), ao mesmo tempo que se investe na construção gradual do compartilhamento (cogestão), constrói-se um campo fértil de ‘comunicação intercompreensão’, que traz em si um potencial de ampliação do ‘entendimento’ do trabalho entre sujeitos.

O desafio se coloca, no entanto, diante do SUS real, que, apesar de todos os avanços, está muito distante da proposta almejada pelo movimento. O modelo assistencial e a organização da gestão são todos elementos críticos desse processo.

## Supervisão-apoio: o apoio do apoio institucional

A fim de fortalecer os sujeitos e os coletivos inseridos na construção de processos de cogestão e democratização das relações

de poder, os arranjos de apoio contribuem no sentido de transformar os modelos de gestão hierarquizados em modelos mais horizontalizados.

O apoio, segundo Campos (2007), é pensado como uma função gerencial que, a partir do princípio da gestão, reformula o modo tradicional de fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Nesse sentido, novos arranjos políticos, de gestão e de participação, são, portanto, indispensáveis (MERHY, 2003).

De acordo com Campos (2007), para que se realize a ‘função’ de apoio, são necessários, ao apoiador institucional, alguns recursos metodológicos, entre os quais: (a) capacidade de construir rodas, ou seja, todo apoiador institucional é um ativador de espaços coletivos visando à interação dos sujeitos na análise de situações e na tomada de decisão; (b) habilidade para incluir as relações de poder, de afeto e a circulação de conhecimentos em análise; (c) capacidade de pensar e fazer junto com as pessoas e não em lugar delas, estimulando a capacidade crítica dos sujeitos; (d) habilidade de apoiar o grupo para construir objetos de investimento e compor compromissos e contratos; e (e) capacidade de trabalhar com uma metodologia dialética que, ao mesmo tempo que traga ofertas externas, valorize as demandas do grupo apoiado.

Todavia, esses recursos metodológicos precisam ser refletidos, reelaborados e trabalhados sempre coletivamente. Considera-se, também, que, ao reconhecer as necessidades, a instituição apoie o processo de formação para a instrumentalização com relação às ferramentas pertinentes. As apoiadoras revelam que suas ações ainda são frágeis no âmbito da necessidade do fortalecimento político que embasa essa prática e fortaleça essa capacitação técnica:

*[...] tinha uma proposta de capacitação que se perdeu com a saída do gestor, com outras demandas que teve aqui na secretaria, e se perdeu essa*



capacitação. Iniciou, porém, não teve continuidade. Então, a gente estava trabalhando conforme a gente imaginava que fosse o ideal [...]. (A1).

[...] Olhando para a atenção municipal, no planejamento municipal, a experiência como apoiador ainda é muito frágil, porque falta ainda uma integração e até mesmo conhecimento dessas ferramentas de planejamento em saúde a nível municipal. Então, é algo que, nesse processo de construção do papel do apoiador, ainda está frágil [...]. (A7).

De acordo com Falleiro (2014), o trabalhador que inicie sua jornada como Apoiador Institucional poderá tomar as ferramentas citadas por Campos (2007) como orientadoras do seu processo de trabalho, no entanto, é fundamental que as apoiadoras institucionais manifestem seu desejo de aprimoramento profissional e informem sua demanda de Educação Permanente (EP), assim como é fundamental que a instituição/órgão capte essa demanda e invista na formação de sua equipe.

Prosseguindo no discurso das apoiadoras, é possível verificar que existia expectativa de que o processo de supervisão-apoio fosse iniciado à medida que suas atribuições nesse novo cargo se iniciassem:

[...] eu achei que eu chegaria e teria um apoio técnico [...], que tivesse um conhecimento, um arcabouço teórico bom, que falasse [...], que a gente chegasse com uma dúvida, com um problema, e falasse 'não [...] dá para fazer isso [...], dá para fazer aquilo [...], vamos pensar juntos [...], existe essa portaria, existe aquela', e isso não existiu [...]. (A7).

Como considera Feuerwerker (2014, p. 103),

cuidar de si é pressuposto para cuidar dos outros, dá potência ao trabalhador da saúde para a sua produção cotidiana. E o processo autoanalítico pode criar esse efeito na equipe.

De acordo com a autora, o processo autoanalítico refere-se a, além de 'olhar para si', operar movimentos de desterritorialização e reterritorialização com relação à prática de produção do cuidado, de tal maneira que o processo autoanalítico se realize por meio da Educação Permanente em Saúde (EPS).

Na EPS, o processo de trabalho é tomado como objeto da reflexão participativa e ativa pelos trabalhadores. É a partir da realidade de suas práticas, das concepções que portam e de suas relações de trabalho que se constroem os processos educativos. Nesse sentido, a EPS é uma estratégia fundamental para as transformações do trabalho em saúde, a fim de que ele se torne lugar de crítica reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente (CECCIM, 2005).

Existe um movimento em nível estadual, em parceria com o município, a fim de sistematizar reuniões e grupos de EP com o Departamento da Atenção Básica e outros departamentos da SMS. Pode-se perceber a importância desse momento para as apoiadoras através dos trechos dos discursos de A7 “[...] então, a educação permanente é uma ferramenta potente em qualquer espaço de trabalho, e, para nós, tem sido importantíssimo [...]” e de A6

[...] a gente solicitou e foi concedida a presença do articulador da Atenção Básica da DRS para vir toda semana, e ela faz uma EP com o grupo [...]. Isso ajudou bastante o grupo até saber o que que é o apoio institucional, qual que é o papel do apoiador. Isso está em construção ainda para este grupo. A gente fez o movimento de listar tudo que a gente faz aqui de tudo [...], depois tentar separar, então debruçar no que a política fala do apoiador, debruçar naquilo e separar de fato o que que é a função do apoiador e o que não, e daí a gente conseguiu ver, visualizar que muita coisa que a gente faz não é do apoiador [...].

Pode-se observar nas falas das apoiadoras o reconhecimento da EPS como instrumento para a formação e o desenvolvimento dos

trabalhadores da saúde no contexto do SUS. De acordo com Ceccim (2005), a política de EPS coloca em ato uma prática rizomática de encontros e produção de conhecimento.

Todavia, Feuerwerker (2014) considera que há uma ausência evidente nesse processo: o usuário. Ausência tal que pode ser percebida também no discurso das apoiadoras no que se refere à prática de EPS. Tal movimento tem sido trabalhado prioritariamente no âmbito da relação gestão-trabalhadores, algumas vezes envolvendo também professores e estudantes, mas, como considera a autora, pouquíssimas vezes usado como estratégia para ampliar os encontros, 'a superfície de contato' e de produção mútua entre trabalhadores e usuários. Tal constatação pode ser considerada um ponto a ser mais bem discutido e aprimorado no processo de EPS, no âmbito da SMS, junto ao Departamento de Atenção Básica.

## Considerações finais

Esta pesquisa incorpora as discussões acerca da micropolítica do trabalho dos apoiadores da AB na SMS de um município do interior paulista. Considerando que o objeto de trabalho do apoiador é o processo de trabalho de coletivos que se organizam para produzir saúde, a função apoio é chave para a instauração de processos de mudança em grupos e organizações, construindo espaços coletivos

de cogestão, educação e formação.

Importante sinalizar as barreiras que a equipe de apoiadores institucionais encontrou para a construção de novas práticas de atenção à saúde e à gestão, como a mudança do gestor local em pouco tempo de atuação, reformulação da equipe de apoiadores e falta de suporte (*holding*) do próprio grupo de apoio.

Há a necessidade da institucionalização dessas práticas sob a forma de planos mais específicos e descritos para a função de apoiador e do fortalecimento da EP para a formação e o desenvolvimento profissional desse trabalhador. Assim, é fundamental que haja interesse pelo aprimoramento profissional através de EP e que, além disso, a instituição/órgão capte essa demanda, invista e reforce a formação de sua equipe. Importante lembrar que os processos de EP favorecem o trabalhador na (re)construção de sua práxis, resignificando-a e podendo transformá-la em processo. A possibilidade das apoiadoras entrevistadas expressarem sua vivência através de seus relatos também pode ser sentida como um momento em que lhes foram dadas voz e oportunidade de refletir e repensar sua prática e suas necessidades enquanto sujeitos dos processos.

Pode-se considerar que, apesar das tensões constitutivas do campo da gestão, o apoio institucional tem se efetivado como uma forte estratégia no suporte para a reorganização da gestão da AB. ■

---

## Referências

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 3 ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BERTUSSI, D. C. *O Apoio Matricial Rizomático e a produção de coletivos na Gestão Municipal em Saúde*. 2010. 234 f. Tese (Doutorado em Clínica Médica) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS*: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, DF: MS, 2008.

CAMPOS, R. O. *Psicanálise & Saúde Coletiva*: interfaces. São Paulo: Hucited, 2013.

- CAMPOS, G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, 1998.
- \_\_\_\_\_. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G. W. S. *et al. Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 53-92.
- CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.
- CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005.
- DIAS, E. C. *et al.* Saúde ambiental e saúde do trabalhador na Atenção Primária à Saúde, no SUS: oportunidades e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 2061-2070, 2009.
- FALLEIRO, L. M. (Org.). *Experiências de apoio institucional no SUS: da teoria à prática*. Porto Alegre: Rede Unida, 2014. (Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde).
- FEUERWERKER, L. C. M. (Org.). *Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação*. Porto Alegre: Rede Unida, 2014. (Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde).
- FERREIRA, V. S. C. *Micropolítica do processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS): território de produção de cuidado e subjetividade*. Rio de Janeiro: UFRJ, 2008.
- FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, Mattos (Org.). *Gestão em Redes*. Rio de Janeiro, Cepesc: IMS/Uerj: Abrasco, 2006. p. 459-473.
- GUEDES, C. R.; ROZA, M. M. R.; BARROS, M. E. B. O apoio institucional na Política Nacional de Humanização: uma experiência de transformação das práticas de produção de saúde na rede de Atenção Básica. *Cad. Saude. Colet.*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 93-101, 2012.
- MARÍLIA. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde de Marília – 2010-2013*. Marília, 2010.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.
- MERHY, E. E. *et al.* *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- OLIVEIRA, G. N. *Devir apoiador: uma cartografia da função apoio*. 2011. 175f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2011.
- PEREIRA, M. P. B.; BARCELLOS, C. O território no Programa de Saúde da Família. *Hygeia, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, Uberlândia, v. 2, n. 2, p. 47-55, 2006.
- PESSOA, V. M. *et al.* As novas necessidades de saúde nos territórios dos sertanejos do baixo Vale do Jaguaribe-CE e os desafios à política pública de saúde. In: RIGOTTO, R. M. (Org.). *Agrotóxicos, trabalho e saúde*. Fortaleza: UFC, p. 549-583, 2011.
- SANTOS FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B.; GOMES, R. S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 603-613, 2009.

---

Recebido para publicação em abril de 2015  
 Versão final em setembro de 2015  
 Conflito de interesses: inexistente  
 Suporte financeiro: não houve

# Desafios da operacionalização do Método da Roda: experiência em Sobral (CE)

*Operational challenges of Wheel Method: experience in Sobral (CE)*

Hermínia Maria Sousa da Ponte<sup>1</sup>, Lucia Conde de Oliveira<sup>2</sup>, Maria Marlene Marques Ávila<sup>3</sup>

---

**RESUMO** O texto discorre sobre os atuais desafios institucionais da operacionalização do Método da Roda, tendo como cenário o Sistema Municipal de Saúde de Sobral (CE). Considera-se que as Rodas representam possibilidade de construção de espaços coletivos e de constituição de sujeitos, com capacidade de análise e de intervenção como estratégias de democracia institucional. Na sua operacionalidade, ficou evidente o predomínio da dimensão administrativa, em detrimento da pedagógica, da política e da terapêutica. Os trabalhadores expressaram pouco engajamento político e afetivo, o que tem sido realizado em uma relação demanda-execução, com absenteísmo de algumas categorias profissionais.

**PALAVRAS-CHAVE** Avaliação em saúde; Gestão em saúde; Organização e administração; Atenção Primária à Saúde.

**ABSTRACT** *The paper is about the current institutional challenges of the operationalization of the Wheel Method, having as background the Municipal Health System of Sobral, Ceará. It is considered that the Wheels represent the possibility of building collective spaces and of constitution of subjects, with capacity of analysis and intervention as institutional democracy strategy. In its operation, it was evident the predominance of administrative dimension, in detriment of the pedagogical, politics and therapeutics. Workers expressed little political and emotional engagement, which has been held in a demand-execution relationship, with absenteeism of certain professional categories.*

**KEYWORDS** *Health management; Democracy; Family Health Strategy.*

<sup>1</sup> Instituto Superior de Teologia Aplicada (Inta) – Sobral, Ceará (CE), Brasil. [herminiaponte@yahoo.com.br](mailto:herminiaponte@yahoo.com.br)

<sup>2</sup> Universidade Estadual do Ceará (Uece) – Fortaleza (CE), Brasil. [conde.lucia@gmail.com](mailto:conde.lucia@gmail.com)

<sup>3</sup> Universidade Estadual do Ceará (Uece), Centro de Ciências da Saúde – Fortaleza (CE), Brasil. [marlenemarquesavila@uol.com.br](mailto:marlenemarquesavila@uol.com.br)

## Introdução

Durante as décadas de 1970 e 1980, forjou-se no País o Movimento da Reforma Sanitária (MRS), com a afirmação de que ‘saúde é democracia’. No entanto, ao longo desses anos, no que se refere à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), tal experiência demonstrou o quanto é complexa a implantação de um sistema de serviços de saúde em um país com dimensões continentais, com profundas desigualdades e em um contexto sociopolítico bastante adverso, sob o domínio de políticas neoliberais. Em parte, pelas dificuldades enfrentadas ao reconfigurar a organização dos serviços, em defesa do direito à saúde, sendo esta compreendida como “[...] expressão de um conjunto de condições saudáveis – condições de vida e de trabalho – das quais não se poderia abrir mão” (CECCIM; FERLA, 2008, P. 444). Por outro lado, somam-se a tais fatores os desafios de uma transformação social, na inserção da gestão democrática.

O SUS, enquanto política democrática possui o desafio de constituir modos de administração que atendam aos seus princípios e tencionem novas lógicas no setor saúde. Todavia, essa não é uma tarefa simples, pois é interessante observar que alguns temas continuam como desafios durante esses 25 anos em que se instituiu o SUS como política pública. Podemos citar, por exemplo, a descentralização e o financiamento do sistema de saúde como dimensões que permanecem sempre em debate, ainda que com novas complexidades de problemas e alternativas de soluções, ou seja, o SUS aparece como processo tencionado e incompleto, na conjuntura do Estado brasileiro.

Desse modo, para elaborar alternativas aos modelos predominantes sobre a gestão em saúde, é necessário o fortalecimento do SUS. O que é, porém, gestão em saúde? Para Paim (2003, P. 559)

[...] a gestão em saúde pode ser reconhecida

como a direção ou condução de processos político-institucionais relacionados ao sistema de saúde, eminentemente conflituosos ou contraditórios, ainda que nos níveis técnico-administrativo e técnico-operacional desenvolva ações de planejamento, organização, gerenciamento, controle e avaliação dos recursos humanos, financeiros e materiais empregados na produção de serviços de saúde. Nessa perspectiva, a noção de gestão se aproxima da proposta de administração estratégica (OPS/OMS, 1992), na qual podem ser valorizados os componentes vinculados à distribuição dos diferentes tipos de poder em saúde e à construção de viabilidade das intervenções desenhadas.

Os modelos hegemônicos de gestão do sistema de saúde são organizados de forma centralizada por normas, protocolos e programas, com sujeitos operando em uma lógica normativa. Esse aspecto traz um grande desafio à gestão, já que a intervenção em saúde depende do estabelecimento de relações, das tecnologias leves (MERHY, 2005) e da configuração de redes cooperativas, o que não pode ser respondido com a estrita normalização do processo de trabalho. Mesmo porque a ação é, por definição, normativa, residindo nisso a sua dimensão política, a qual não pode ser, de forma alguma, isolada das implicações nas quais se tecem as relações humanas.

Cecílio (1999) destaca o fato de que, na atualidade, há uma valorização de modelos de gestão em saúde com recorte democrático, descentralizado, com ênfase na autonomia e na direção colegiada em todos os níveis da organização. Dessa maneira, as principais características das propostas de gestão em saúde são: organização, no sentido do compromisso e da direcionalidade, na linha dos contratos de gestão; organogramas horizontalizados; trabalho em equipe; profissionalização da gerência; grupos de apoio à gestão; gestão colegiada em todos os níveis; área de desenvolvimento institucional ou de

planejamento estratégico; adoção de ‘caixa de ferramentas’; e adoção de tecnologias leves.

Para o setor saúde, entretanto – apesar da política de saúde ter historicamente se construído nas bases filosóficas da democracia –, tal modelo de gestão representa um enorme desafio, pois significa romper com o autoritarismo e o patrimonialismo presentes no Estado brasileiro, com as implicações normativas da divisão social do trabalho, heranças do modelo da administração científica taylorista; e implantar a gestão feita pelo coletivo, ou a cogestão, cuja mudança se configura como responsabilidade ética na consolidação do SUS.

A cogestão colocar-se-ia, assim, como dispositivo de redistribuição do poder nas relações sociais, afirmando, definitivamente, a participação política como estratégia de democratização das instituições. Nesse sentido, trata-se de um dispositivo democrático para transformar os espaços institucionais não mais em *locus* de aprisionamento do virtual, mas em rede cooperativa, onde ocorre a modulação ética das forças que o constituem, já que a vida social nos solicita permanências e territórios institucionais (GUIZARDI; CAVALCANTI, 2010).

Campos (2010B) defende a necessidade de repor o sujeito no centro da vida para pensar a gestão em saúde por meio do Método de Cogestão de Coletivos. Ele aponta para uma reflexão profunda sobre a sociedade e propõe agir na contramão de forças hegemônicas, pressupondo novos fluxos de poder e valores constitutivos da existência comum. A proposta de cogestão de coletivos, também denominada Método da Roda ou Método Paidéia, é a fundamentação de um novo modo de fazer a cogestão de instituições, o que implica formação de sujeitos com capacidade de analisar e intervir no campo do trabalho, rompendo com a racionalidade gerencial hegemônica, da cisão entre a formulação e a execução. Esse método advém de uma postura metodológica que busca a

reformulação dos tradicionais mecanismos de gestão. Traz como pressuposto a ideia de que as funções de gestão partem de sujeitos com distintos graus de poder e saber, porém, com potencial para o trabalho compartilhado, que permite aumento da autonomia e implicação dos sujeitos, produzindo um efeito Paidéia, num processo subjetivo e social no qual as pessoas ampliam suas capacidades de compreensão dos outros, de si mesmas e de contextos, aumentando a capacidade de agir (CAMPOS, 2003).

Dessa maneira, a gestão do setor saúde tem como grande desafio o fortalecimento dos sujeitos e o avanço de uma práxis de libertação. Para Boff (1980, p. 37),

libertação, como a própria semântica sugere, constitui-se como ação criadora de liberdade. É uma palavra processo [...] palavra-ação intencionalmente orientada a uma práxis que liberta de e para.

Não é a liberdade do individualismo, mas do aprofundamento da consciência e do compromisso com a mudança pessoal e social.

Nessa perspectiva, autonomia pode ser referida pelo grau de iniciativa e pelo exercício do poder de decisão, relacionado à descentralização e à formação de equipes, influenciada pelas estruturas formais e relações informais no interior do sistema de saúde. É uma categoria síntese do sujeito e indispensável para compreender como as relações na gestão fortalecem ou não a construção de sujeitos. Assim, autonomia, na gestão, está interligada ao saber e ao sentir a corresponsabilidade e o compromisso com a criação de novos modos coletivos de produzir saúde.

O conceito de participação social fortalece a ideia de sujeitos como pessoas que se apropriam e transformam a realidade da saúde, tornando-se corresponsáveis. Remete, então, à construção coletiva, haja vista a conscientização dar-se através da presença do outro, da interação social (FREIRE, 1979).

Essa participação é uma ação consciente em favor da pessoa e da coletividade, na perspectiva da cidadania que gera compromissos, estando vinculada ao engajamento solidário de atores com a mudança social. Freire (1979) ensina que compromisso exige o complemento ‘de quem’ e ‘com o quê’. No caso deste texto, pensa-se o compromisso das pessoas que participam de uma gestão com princípios democráticos com um projeto de inspiração socialista, que é o SUS.

Para Campos (2010B, p. 79), as Rodas são

espaços coletivos e concretos – de lugar e tempo – destinados à comunicação – escuta e circulação de informações sobre desejos, interesses e aspectos da realidade –, à elaboração – análise da escuta e das informações – e tomada de decisão – prioridades, projetos e contratos.

Neles, os atores sociais expressam seus desejos e interesses, confrontando-os entre si e com a realidade, para que desses processos de luta/negociação surjam contratos potentes para orientar a produção de bens ou serviços.

Um desenho metodológico de operacionalização do Método da Roda, proposto por Campos (2010b) para efetivação de colegiados, propõe quatro dispositivos que tentam indicar um novo horizonte na maneira de pensar os coletivos, as pessoas, os sujeitos ativos no processo da vida. Trata do sujeito e do objeto como inseparáveis, conforme a teoria do construtivismo social.

Na sua operacionalização, o Método da Roda produz efeitos em quatro planos dependentes: um político-social, subjetivo-terapêutico, pedagógico e outro estritamente gerencial.

A dimensão política do método trabalha a categoria de cogestão, com a ideia de poder compartilhado, não exercido de forma solitária e isolado; há um forte componente do poder, da ciência política, na perspectiva do conjunto dos participantes e não somente

por uma elite. Portanto, os colegiados devem ser compostos por diversos representantes: governantes, usuários, trabalhadores e outras organizações.

Para gerir ou governar, sempre há disputas de poder, bem como a existência legítima de vários agrupamentos de interesses, diversos projetos e diferentes sujeitos. Nesse sentido, os sujeitos estariam obrigados a negociar os conflitos, aprender a compor ‘blocos’ de interesses e, principalmente, aprender a acumular poder sem destruir a democracia.

Campos (2010B) propõe instituir uma nova racionalidade na Gestão de Coletivos, reconhecendo essa multiplicidade de lógicas e procurando lidar com a polarização de efeitos decorrentes, o que é inerente aos colegiados organizados, sempre tomando os trabalhadores como sujeitos sociais em processo permanente de constituição.

A cogestão propõe arranjos voltados a ampliar a capacidade de direção dos trabalhadores e construir uma nova dialética entre autonomia e controle social nos coletivos organizados. Em uma prática de aprender a ter poder, ela é necessária para a construção da liberdade e da justiça, para além da função pedagógica. É protagonista dos processos de trabalho de forma implicada, proporcionando satisfação e desenvolvimento de uma personalidade humana, constituindo, em si, um processo terapêutico.

A função administrativa dos espaços coletivos cabe aos colegiados e/ou às unidades de produção comprometidas com a operação concreta no cotidiano, a gestão do processo do trabalho, correção de problemas e redefinição de rumos. Embora se opere na perspectiva da gestão participativa, faz-se necessário ao papel do coordenador algo entre um analista e um líder, um misto de racionalidade e capacidade de liderança (CAMPOS, 2010B).

A definição ‘espaço coletivo’ é como um conceito, ou melhor, um arranjo organizacional montado para estimular a produção de coletivos organizados, que podem tomar

a forma de equipes de trabalho, conselhos de cogestão, assembleias, colegiados de gestão, reuniões e unidades de produção. Independentemente da forma adotada, corresponde a espaços concretos de lugar e tempo, destinados à escuta e à circulação de informações, bem como à elaboração e à tomada de decisões, onde se possa analisar fatos, participar do governo, educar-se e reconstruir-se como sujeito.

Em 2001, com base nessa teoria, a Secretaria da Saúde de Sobral (CE) implantou o Método da Roda como o novo modelo de gerenciamento e gestão da rede pública, instituindo dois colegiados organizativos: as reuniões semanais de gerentes dos Centros de Saúde da Família (CSF), com a Coordenação da Atenção Básica, que ocorrem toda quarta-feira, para discutir, deliberar e formular políticas públicas, denominadas 'reunião dos gerentes' por caracterizarem um momento administrativo e de planejamento; e as Rodas dos CSF, também semanais, nas quintas-feiras, as quais ocorrem simultaneamente em todas as unidades de saúde, com a obrigatoriedade de participação de todos os trabalhadores.

Decorridos 12 anos desde a institucionalização das Rodas nos CSF de Sobral (CE), este se apresenta como um cenário fértil para aprofundar os desafios da práxis democrática dentro da gestão, tendo como objetivos: discorrer sobre os desafios e limites do Método da Roda no município de Sobral; identificar as mudanças ao longo do tempo; e descrever a participação dos trabalhadores na construção de autonomia e produção de cogestão do serviço de saúde.

## Trilhas metodológicas

A pesquisa é caracterizada como estudo descritivo, de natureza qualitativa, utilizando como técnicas para produção de dados o grupo focal (GF), as entrevistas e a observação sistemática.

Foram cenários do estudo dois CSF de Sobral (CE), classificados como CSF 1 (zona urbana) e CSF 2 (zona rural), onde ocorrem as Rodas dos CSF, possuindo, respectivamente, quatro e duas Equipes de Saúde da Família. Os CSF foram escolhidos por terem sido as primeiras unidades a implantar a Estratégia Saúde da Família (ESF) e por serem as unidades com maior número de equipes tanto da zona urbana quanto da zona rural.

O estudo contou com 40 informantes pertencentes às seguintes categorias: dez gerentes dos CSF, oito Agentes Comunitários de Saúde (ACS), cinco enfermeiros, um médico, um dentista, um fonoaudiólogo, um terapeuta ocupacional, quatro agentes administrativos, quatro técnicos de Enfermagem, quatro auxiliares de serviços gerais e um gestor da Atenção Básica.

A decisão de incluir os gerentes como informantes ocorreu em virtude das dimensões estratégicas que esses profissionais têm perante o serviço, sendo o elo entre a gestão municipal e os trabalhadores de saúde. Com este segmento foi realizado um grupo focal. Com os demais trabalhadores, a metodologia foi adaptada a cada realidade e interesse em contribuir, sendo organizada em Entrevista Coletiva (EC) e Entrevista Individual (EI), com representação de cada categoria profissional das unidades que foram campo de observação sistemática. Objetivou-se escutar cada categoria profissional do CSF, como, por exemplo, categorias numerosas como ACS, auxiliar administrativo, técnicos de enfermagem. Para esse propósito, realizou-se um sorteio a partir da lista de profissionais do serviço.

A observação sistemática foi realizada em um período de dois meses, em cada CSF, e ocorria semanalmente nos momentos das Rodas. Cabe esclarecer que no dia de realização da Roda não há atendimento na unidade naquele horário,



sendo facultado a todos os trabalhadores estarem presentes, pois representa um momento de socialização e integração, bem como espaço de trocas de informações provenientes da reunião de gerentes.

Toda a observação foi registrada no diário de campo, instrumento no qual o investigador anota todas as informações sobre conversas informais, comportamentos, gestos, expressões a respeito do tema pesquisado (MINAYO, 2010).

Na análise dos resultados, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo proposta por Laurence Bardin, em que o pesquisador procura estabelecer uma

correspondência entre as estruturas semânticas ou lingüísticas e as estruturas psicológicas ou sociológicas (por exemplo: condutas, ideologias e atitudes) dos enunciados. (BARDIN, 2010, P. 40).

A pesquisa cumpriu os requisitos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e recebeu o parecer favorável do Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará, nº 00916512.0.0000.5534.

## O Método da Roda: entre a teoria e a realidade

O Método da Roda ou Paidéia propõe a produção de saúde com as pessoas e não sobre elas, sendo de fundamental importância aumentar a capacidade de análise e de intervenção dos grupamentos humanos (CAMPOS, 2010B). Assim, analisar os efeitos e a percepção dos trabalhadores sobre o Método da Roda para a democracia institucional é mais do que apontar estratégia de gestão democrática, pois aprofunda suas reflexões sobre os desafios presentes dentro de instituições que ainda não conseguem superar os modelos hegemônicos da administração.

A Roda tem uma potencialidade pelo seu

próprio método e, principalmente, por ter/ser um dispositivo que propicia ativação de subjetividade, potencializa a autonomia e o protagonismo dos indivíduos e amplia a capacidade de análise e de intervenção das pessoas e dos coletivos. Acrescido a isso, a Roda parte do pressuposto de que a produção de uma obra é o trabalho de um coletivo e que as pessoas são construídas em virtude da interação dos sujeitos com o mundo e dos sujeitos entre si. Desse modo, não se pode analisar as Rodas em si, pois é necessário fazer uma reflexão sobre como os trabalhadores estão potencializando esse espaço e quais são os desafios para a construção da autonomia dentro das instituições.

O efeito Paidéia seria o processo subjetivo e social no qual as pessoas ampliam suas capacidades de compreensão de outros, de si mesmas e de contextos, aumentando a capacidade de agir. Isso advém de uma postura metodológica que compreende o método e ativa a função Paidéia, na busca da reformulação dos tradicionais mecanismos de gestão. Tem como pressuposto que as funções de gestão partem de sujeitos com distintos graus de poder e saber, porém, com potencial para o trabalho compartilhado, o que permite aumento da autonomia e implicação dos sujeitos (CAMPOS, 2003).

Portanto, os atores sociais implicados com a experiência de cogestão no município de Sobral compreendem a Roda como espaço propício para a construção coletiva do sistema de saúde, no qual os trabalhadores opinam, planejam e discutem os problemas da comunidade.

*É um momento de cogestão onde realiza as discussões coletivas [...] toda equipe apresenta as dificuldades e, assim, podemos realizar um planejamento e a Educação Permanente. É um momento de socialização de outros serviços do município aos trabalhadores. (EC - nível superior do CSF 1).*

A Roda "... é para se discutir os problemas

*da comunidade e da unidade de saúde, já que ela é voltada para os profissionais na área da saúde” (EC - ACS, CSF 1).*

Inicialmente, as Rodas significavam espaços para uma gestão democrática e participativa, palavras-chave para a construção do sujeito, pois, como já referido, a democracia e a participação se associam nesse trabalho diretamente com a possibilidade de maior aprofundamento da consciência e da capacidade de comprometimento.

Em pesquisa realizada no município de Sobral, intitulada ‘Um novo agir em gestão de saúde pública: a implantação do método de cogestão de coletivos na Secretaria de Desenvolvimento Social e Saúde de Sobral’, Assis (2004) identificou que o componente administrativo, na visão da equipe, foi o componente que mais enriqueceu o processo de trabalho. A tomada de decisões tornou-se menos complexa devido ao caráter participativo adotado, de forma que passou a atender aos anseios dos profissionais e usuários.

Todavia, há um contrassenso, pois, ao mesmo tempo que ressaltam as potencialidades da Roda como espaço de gestão democrática, indicam que houve transformações ao longo do tempo em sua organização, condução e ocupação, que a distanciaram da proposta ideológica do ‘Método de Cogestão de Coletivos’, como é descrito no relato a seguir:

*A Roda é um espaço de discussão da unidade, de avaliar, mas hoje a Roda se resume de repasse de informações da reunião de gerente. Não há planejamento na Roda, tornando-as sempre com pautas extensas diretivas que tomam espaços das pautas locais, ficando inviável a gerente fazer os dois momentos (pauta externa e interna). (EC - Nível Superior, CSF 2).*

As mudanças de configuração das Rodas contribuíram para a percepção das mesmas como espaço administrativo e de cobrança, gerando, assim, o desestímulo entre alguns

trabalhadores:

*Na verdade, serve para dar os informes e informativos das demandas da gerência, na qual são passada as demandas para executarmos. (EC-ACS, CSF 2).*

*A gente vai para a Roda achando que é mais uma demanda, cobrança, sobrecarga de função. Tornou-se espaço de cobrança e de maior demanda! (EC - Nível superior, 4, CSF 2).*

O preenchimento da Roda com as demandas, tarefas e informações advindas da reunião de gerentes, todas tratadas como indispensáveis, traz acúmulo de atividades e suplanta pautas das unidades; contribui significativamente para o desvio da sua principal função – a de reflexão sobre o processo de trabalho na perspectiva da cogestão; e reproduz o modelo da alienação do trabalho através da divisão técnica e social do trabalho entre o pensar e o fazer, entre o planejar e o executar.

*As pautas são sobrecarregadas com temas que vêm da reunião de gerente, como PMAQ [Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade], PSE [Programa Saúde na Escola], Sisvan [Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional]. O tempo à tarde é curto para a quantidade de assunto. Como não há atendimento, os profissionais desejam que a Roda termine logo, para irem embora cedo. A reunião fica resumida em informes. (EC - Agente Administrativo 1, CSF 2).*

Assim, fica evidente que, ao longo desses 14 anos, o projeto foi se modificando. E, como as Rodas acontecem um dia após a reunião de gerentes, estes trazem pautas/repasses que simbolizam a demanda municipal, denotando sua organicidade unidirecional, da gestão municipal para os CSF. Há uma descaracterização da função dos espaços coletivos do seu real papel – a decisão compartilhada –, prevalecendo a lógica administrativa

do controle, ou seja, a cisão entre execução e decisão, contrariando os princípios do método. Como Campos (2007) critica

As relações da gestão muitas vezes também escamoteiam a produção de autonomia e escondem certo autoritarismo heteronímico. Decisões políticas e técnicas são dadas como verdades, e impostas, baixadas sobre equipes e gestores de serviço como se fossem regras divinas e não resolução de certa administração. (CAMPOS, 2007, P. 682).

Na percepção dos trabalhadores, a Roda foi evidenciada como espaço propício para formação coletiva dos trabalhadores e da política do SUS. No entanto, percebem entraves no âmbito de sua implementação em virtude do predomínio da dimensão administrativa, em detrimento da pedagógica, política e da terapêutica. 'As Rodas dos CSF tornaram-se espelho das reuniões de gerentes', o que imprimiu à iniciativa uma característica de reunião administrativa, semelhante ao modelo tradicional, pois desconhecem o Método da Roda em sua teoria e filosofia, aliado a uma incipiente conduta de democracia institucional. Essa constatação fora muitas vezes expressa pelos trabalhadores. As Rodas 'são espelho da reunião de gerente'. Essa afirmativa é menção às reuniões que as gerentes têm com a coordenação da atenção primária no dia anterior às Rodas do CSF, quando são demandadas muitas atribuições para os territórios. No grupo focal com as gerentes, elas afirmaram.

*Hoje, nossa Roda é um espelho da Roda de gerentes [...]. Nas reuniões, a gente recebe muitas demandas do município e do estado [...]. Acaba a gente repassando na Roda... e tenho percebido que as Rodas têm sido uma tarde cansativa de trabalho, com muitas decisões e informações. (GF-Gerente).*

Na experiência estudada, a organicidade das Rodas era modelada pela reunião

de gerente, como já visto, ou seja, havia a reprodução de um modelo vivenciado. Observamos, então, um contrassenso na organização da gestão da saúde no município, com duas propostas distintas para o mesmo grupo. As reuniões de gerentes não eram caracterizadas como 'Roda', mas eles eram orientados a promover as Rodas nas unidades. Se não havia canais de escuta dentro do sistema municipal de saúde, nos níveis hierárquicos superiores, como poderiam se reproduzir em outros níveis? Como fazer uma Roda de cogestão nos CSF se não havia cogestão dentro do sistema municipal? Dessa forma, a cogestão tendia a se restringir a processos incipientes e sem dimensões de transformações das políticas de saúde.

Essa constatação também parte do gestor da Atenção Básica, quando afirma que 'as Rodas estão muito longe da teoria de gestão, que se tornaram hoje exemplos e espelhos da reunião de gerente'. Percebemos que há um processo de insatisfação (gerentes-gestão e trabalhadores-gestão), principalmente pelo baixo poder de escuta por parte da gestão das contribuições e demandas provenientes dos territórios. O problema é verbalizado como um sofrimento pelo gerente (o momento em que cada reunião ocorre) e reverbera nas Rodas dos CSF, como foi expresso no depoimento a seguir:

*Falta na reunião de gerente um espaço de escuta. Nós precisamos ser escutados. Quando tem espaço para manifestarmos, somos atropelados [...]. Tem uma crítica que a gente recebe bem, que é a falta de comportamento das gerentes na reunião, porque a gente chega carregada, e como não tem um momento... (GF-Gerente).*

Tal verticalização da gestão é reconhecida e esclarecida, na opinião do gestor da Atenção Básica, pela capilaridade que a ESF tem nos territórios de Sobral, reconhecendo que surgem pautas inevitáveis que a gestão tem que socializar e demandar para os territórios, além dos imprevistos, quando é

solicitada por diversos órgãos e/ou políticas intersetoriais que desejam apoio da equipe de saúde para as suas campanhas específicas, a exemplo da vacinação da febre aftosa, do Bolsa Família etc. A própria dinamicidade das políticas de saúde exige readequação constante do processo de trabalho por novos protocolos, fluxos e organizações, tais como o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), o Cartão Nacional do SUS (CADSUS), entre outros, que não podem ser suprimidos da agenda dos serviços de saúde.

Outro aspecto que merece reflexão é o engajamento político e afetivo dos trabalhadores na realização de muitos programas/projetos, o que tem sido realizado em uma relação demanda-execução que reprime a criação coletiva e o espaço para que os trabalhadores possam refletir e avaliar as atividades que já faziam parte de suas atribuições, dando uma sensação de acúmulo de atividades e atraso das metas e ações, anteriormente programadas com a equipe e com a comunidade.

Uma consequência imediata disso é a sobrecarga de atribuições dos profissionais da ESF, que só aumenta e tem ocasionado a destituição do sentido do trabalho. Enquanto outro modo de gerir e produzir não é hegemônico, os trabalhadores têm atuado de forma mecânica, repetitiva e desconectada de um processo global de produção. A fragmentação do processo mantém os trabalhadores em posição sempre defasada com relação à sua totalidade, ocasionando alienação, renúncia, trabalho como repetição, e não como espaço de criação. Portanto, quando o trabalho se torna um constrangimento à vontade humano e fica destituído de sua potência instituinte, ele é, portanto, um trabalho mortífero! (BRASIL, 2009).

Aliada a essa discussão, há também uma ligação entre 'satisfação e saúde mental' percebida nos depoimentos dos gerentes e dos trabalhadores, para quem os momentos das Rodas se tornaram um espaço sem

criatividade, de cobrança e desmotivação. Em alguns discursos, houve a declaração de que participam porque 'são obrigados' e que, nesses momentos, suspendem suas atividades para estarem em Roda com os demais. Para Martinez e Paraguay (2003), a satisfação com o trabalho está diretamente ligada à saúde mental. O trabalho torna-se perigoso para o aparelho psíquico quando se opõe à livre atividade, quando a liberdade para organização do trabalho é limitada, opondo-se aos desejos do trabalhador, gerando aumento da carga psíquica e abrindo espaço para o sofrimento no trabalho.

Se um trabalho é livremente escolhido e organizado, oferece vias de descarga psíquica, sendo um trabalho equilibrante e estruturante. Se não permite essa liberação, a energia psíquica acumulada torna-se fonte de tensão e desprazer; a carga psíquica origina a fadiga e, a partir daí, a patologia, gerando um trabalho fatigante (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994). Em outras palavras, quando o trabalho permite o alívio da carga psíquica, é um instrumento de equilíbrio e fonte de prazer para o trabalhador. Quando não permite, dá origem ao sofrimento e à patologia. Esse sofrimento psíquico, embora de forma velada, apareceu em vários depoimentos.

A ausência da cultura de participação, as metodologias utilizadas na condução das Rodas e a restrição de espaços de escuta levaram ao absenteísmo de algumas categorias de trabalhadores, como médicos, dentistas, vigias, auxiliares de serviços gerais e motoristas. Isso fica expresso nos depoimentos a seguir:

*Seria interessante que tivesse a participação de 100% dos funcionários, mas nem sempre tem. A maioria dos que participam são os ACS, auxiliares de enfermagem e os enfermeiros, deixando a desejar a participação dos demais, como: vigias, auxiliar de serviços gerais e motoristas. (EC-ACS, CSF 2).*

*As Rodas estão tão, assim, tão desmotivantes, que você vai por obrigação. Eu preferia estar atendendo. Você pode perceber que nem mais o motorista e o vigia participam das Rodas.* (EC-Nível superior, CSF 2).

[...] No dia da reunião de Roda, eu preferiria ir para casa ou, então, estar organizando o Same [Serviço Ambulatorial Médico e Estatístico]. [...] Às vezes, a gente fica entediado. (Agente Administrativa 1, CSF1).

As Rodas tinham uma predominância de assuntos voltados para a organização de rotinas concentradas em alguns trabalhadores (médicos, enfermeiros, dentistas e agentes comunitários de saúde), os quais conseguiam descrever esse espaço como uma democracia institucional e atuavam com maior liberdade pelo caráter do trabalho, que lhes conferia relativa autonomia. Apesar de presentes, no entanto, a participação das demais categorias profissionais era reduzida, uma vez que seus processos de trabalho não eram discutidos. *“A gente que trabalha no Same não tem participação, já que a reunião é toda voltada para os médicos, enfermeiros e agentes de saúde”* (Agente Administrativa 1, CSF1).

Segundo Campos (2010A), o propósito ambicioso desse método é construir novas correlações de forças que diminuam as diferenças de poder entre os atores sociais e sugerir dispositivos que consolidem situações mais equilibradas de poder.

*Na Roda, fala muita coisa que a gente não entende. Eu acho que a nossa opinião dentro da Roda não é aceita, pois quando falamos notamos que as pessoas não estão dando muita importância. Eu já observei que, quando estamos falando, a gerente, os médicos e os demais profissionais nem prestam atenção.* (Auxiliar de Serviços Gerais, CSF 1).

Buscou-se, junto aos gerentes, compreender os motivos da não participação com base

na pergunta: ‘Por que alguns trabalhadores não participam mais das Rodas?’. Segundo uma das participantes, ‘os profissionais que atuam na ESF não compreendem a sua essência; eles (médicos) não têm perfil! Estão ali para atender e pronto!’, ou seja, há, ainda, um predomínio da formação voltada ao modelo biomédico.

Há duas reflexões sobre a ausência dessas categorias. Uma se refere aos médicos e dentistas, por uma flexibilidade da gestão por causa da dificuldade de interiorização desses profissionais, bem como por um direito garantido à categoria médica pela Portaria 2.488/2011 de atuarem 32 horas na ESF, que os permite optar por se ausentar no dia da Roda. Já com relação aos trabalhadores dos níveis fundamental e médio, pela divisão técnica do trabalho, eles não atuam diretamente no processo saúde-doença, e, com o passar dos anos, as pautas foram concentradas em rotinas, protocolos de saúde direcionados aos enfermeiros e ACS. Assim, as outras categorias passaram a se perceber desnecessárias durante a Roda, como demonstra o trecho abaixo:

*Os profissionais não querem participar da Roda, principalmente os dentistas e médicos. Eles acham que é besteira e que não tem nada direcionado a eles. Quando precisamos da participação deles na Roda, fazemos um convite formal. [...] Alguns profissionais dizem que preferem estar trabalhando a estar na Roda.* (GF- Gerente).

Compreende-se que a participação não se reduz a estar presente em um encontro. Esses trabalhadores podem, no cotidiano, estar produzindo gestão participativa, mas acredita-se que a presença é uma das condições que potencializam uma participação plena de sentido, advinda da consciência em favor de si e do coletivo, e que possibilita o sentimento de pertencimento a um projeto coletivo e o fortalecimento do valor pessoal, a ser traduzido na capacidade de compartilhamento do trabalho. E, quando

isso ocorre, é sinal de democracia. De acordo com Campos (2007), ter acesso às informações e tomar parte em discussões e na tomada de decisões permitem o exercício compartilhado do poder, trabalhando o sujeito e as instituições, pois um interfere no outro.

A proposta das Rodas é a construção de mudanças nos modos de gerência e nas práticas de saúde, contribuindo para tornar o atendimento mais eficaz/efetivo e motivador para as equipes de trabalho. A cogestão é um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivos, sendo, portanto, uma diretriz ético-política que visa a democratizar as relações no campo da saúde. Se essa essência não for encontrada, ela não alcançou o seu potencial e o valor de uso pelo coletivo organizado.

Durante a observação dos participantes nas Rodas e as entrevistas com os diversos trabalhadores, concluiu-se que as Rodas estão mais próximas de uma gestão participativa restrita e consultiva do que do colegiado de cogestão. Conforme descreve Faria (2009), a gestão participativa restrita e consultiva caracteriza-se por ser restrita ao local do trabalho, onde se reduz à apropriação do saber do trabalhador na operacionalização de tarefas, em muitos momentos, chamado a dar sugestões de melhoria do trabalho. É um modelo de gestão participativa construída ideologicamente pelo capital como estratégia de dominação e controle, e não como iniciativa e autonomia do trabalhador.

Foi constatado que poucos trabalhadores da saúde conheciam o Método da Roda em sua concepção teórica e filosófica. Em nossa compreensão, esse fato, associado a uma incipiente cultura democrática nas instituições de trabalho e decisões da gestão compartilhada, instabilizou a proposta do método. Como cita essa entrevista:

*Nunca teve momentos de informação sobre o Método da Roda, mas, às vezes, quando a gerente quer reclamar porque alguém está faltando a Roda, ela explica o que é a Roda para valorizar.*

*Mas, infelizmente, quem deveria ouvir nem está lá! (EC - Nível superior, CSF 2).*

O desconhecimento sobre o método era reconhecido pelos gerentes, os quais sugeriram que sua apropriação poderia ser temática da Educação Permanente (EP) para os trabalhadores do sistema municipal de saúde de Sobral, inclusive para eles, que são facilitadores das Rodas nos territórios.

*Está faltando mesmo todos conhecerem sobre o Método da Roda, principalmente os gerentes, onde a grande maioria são novatos. Estão precisando conhecer, literalmente! Seja em um momento de fazer uma oficina, com todos os gerentes e trabalhadores, em todas as EP de todas as categorias, que sejam discutidos sobre a Roda. (GF- Gerente).*

Um pressuposto da EP, segundo Roschke, Brito e Palacios (2002), é a aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos. Ela deve acontecer no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar.

Um exemplo da indissociabilidade do Método da Roda com a EP foi como as 'Rodas de Educação Permanente' foram aplicadas na rede de Atenção Básica pela Secretaria Municipal de Saúde de Vitória/ES. Essas Rodas tinham como princípios norteadores a Política Nacional de Educação Permanente, na vertente da educação; o Método da Roda, na vertente da gestão; e a Política Nacional de Humanização, na vertente do cuidado (CARDOSO, 2012).

As Rodas dos CSF de Sobral têm organicidade instituída como instrumento de gestão, com local, hora e calendário fixos. Na sua implantação, em 2001, houve vários momentos de discussão teórica para sua implantação nos CSF. Entretanto, com o passar do tempo, novos trabalhadores foram se inserindo para participar dos momentos de Roda dos CSF nas quintas-feiras, porém, sem

a devida compreensão filosófica do Método de Cogestão de Coletivos.

Sales (2005), ao estudar ‘Os desafios da gestão democrática da sociedade’, diz que não se pode pensar nem vivenciar a participação se as pessoas e os grupos não se reúnem para definir, conjuntamente, o que pretendem conseguir. As reuniões, em uma analogia com as Rodas, são uma estratégia de participação, se momentos de reflexão e decisão estiverem ocorrendo; caso contrário, são estratégias de negar a participação, quando passam a ser algo imposto ou um pretexto para chantagem institucional.

Para Gramsci (2000), a democracia começa a existir quando os grupos subalternos estão saindo da condição de dirigidos e assumindo a função de dirigentes, ou seja, a democracia diz respeito ao compartilhamento real ou exercício real do poder efetivado por distintos grupos sociais, o que se denomina gestão democrática. Na realidade brasileira, os grupos subalternos sempre foram mantidos pela tutela e/ou repressão, distantes do exercício do poder, o que revela uma cultura tradicional autoritária que continua disputando a hegemonia com uma cultura democrática, constituída há pouco mais de 20 anos, após longos períodos de ditadura (OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010).

A cidadania se faz lutando por ela. O sujeito se constitui na vida real e, particularmente, em gestão participativa. Não se produzem somente efeitos políticos ou administrativos, mas efeitos pedagógicos e subjetivos. Campos (2010B) argumenta que toda decisão, obrigatoriamente, passe pela discussão nos colegiados, no entanto, é observada nas Rodas outra lógica administrativa.

Qualquer mudança que se institui nos processos de trabalho determina mudanças não só na forma como trabalhamos, mas, também, nas maneiras de como pensamos o trabalho e, em muitas circunstâncias, a nossa própria vida. Talvez o primeiro grande impacto da Roda seja o vislumbre da possibilidade de mudança do trabalho e,

por decorrência, da própria vida. Isso não é pouca coisa, mas, infelizmente, é sempre um primeiro passo. O problema é confundir o vislumbre da mudança com a própria mudança. Talvez seja isso que alimente o desalento de algumas pessoas, mergulhadas no equívoco do ‘fetiche da Roda’, de avaliarem que a mudança se tornou impossível, na medida em que a Roda não produziu, na prática, a mudança necessária (RUIZ, 2010).

## Considerações finais

As Rodas são dispositivos de cogestão que apontam para uma nova prática democrática. No entanto, no contexto em que foram estudadas, tiveram como ponto de partida a concessão da gestão para os trabalhadores. Essa gestão foi instituída em uma ordem burocrática, aliada a uma obrigatoriedade, com distanciamento teórico e político do processo de cogestão, ausência de momentos de reflexão e avaliação, predomínio do componente administrativo, falta de organicidade política e autonomia do seu gerenciamento pela gestão municipal e a verticalização das decisões.

As evidências da predominância do componente administrativo revelaram as deficiências na implantação do método, que se transformou em mais uma ferramenta burocrática e não contribuiu para romper com o modelo gerencial hegemônico.

Em uma organização tradicional de trabalho, não há espaço nem tempo para escuta ou construção coletiva. Em geral, o lugar de tomada de decisão se restringe à cúpula da direção, na qual imperam os modelos autoritários e verticalizados. Constatamos que o modelo de cogestão, por meio das Rodas, não propiciou mudanças no modelo tradicional, da forma como ele foi implantado. Em Sobral (CE), continuou imperando a lógica taylorista, onde as decisões vêm do nível central da gestão, da Secretaria da Saúde e/ou de outras instituições parceiras da prefeitura,

para serem implementadas pelas Equipes de Saúde, ou seja, em uma lógica não-espontânea, com base em estímulo moral.

A consequência imediata disso foi a diminuição/destituição do sentido do trabalho, que tende a ser realizado de forma mecânica, repetitiva e desconectada de um processo global de produção, perpetuando um modelo de alienação e não de criação.

Ainda há um paradoxo a ser superado, pois as Rodas são espaços coletivos de lugar e tempo onde os sujeitos possam construir uma singularidade. No entanto, o empoderamento dos trabalhadores ainda é tímido, pois poderiam ocupar esses espaços para a construção de novos fluxos de gestão, fortalecimento político, para tencionar novos modelos de organização do sistema, avaliação e monitoramento de indicadores locais de saúde, além de avançar nas discussões de efetivação de seus vínculos trabalhistas. Contudo, o ritmo imposto pela gestão é tão engenhoso que sobrecarrega a Roda, cerceando veladamente o tempo 'livre' para produção de novos processos de trabalho.

Pode-se inferir que o método da Roda teve uma implantação inicial, na realidade estudada, mas não houve uma continuidade para dinamizá-lo e renová-lo, assim como socializá-lo com os novos trabalhadores que foram sendo contratados. Isso provocou a institucionalização de uma rotina na qual a essência do método não foi vitalizada nem defendida, sem ter alguém que queira reconstruí-la. Com o passar do tempo, as reuniões se tornaram um espaço burocrático.

Para o real efeito Paidéia dentro de um sistema de saúde, são necessárias transformações estruturais e políticas. Desse modo, todo sistema de saúde teria que assumir uma postura democrática em sua concepção filosófica e prática, e não somente nas Rodas das Unidades Básicas de Saúde, como também deveria haver uma congruência de esforços no âmbito político para a desprecarização de vínculos, ampliação da EP e o exercício de nova práxis no campo do trabalho em saúde, rompendo, assim, com o atual modelo caracterizado pela submissão e pela dependência política. ■

## Referências

- ASSIS, A. S. *Um novo agir em gestão de saúde pública: a implantação do método de co-gestão de coletivos na secretaria de desenvolvimento social e saúde de Sobral*. 2004. Dissertação (Especialização) – Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, 2004.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BOFF, L. *Teologia do cativo e da libertação*. São Paulo: Circulo do Livro S.A.: Vozes, 1980.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de humanização da atenção e gestão do SUS*. Brasília, DF, 2009.
- CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 679-697, fev. 2007.
- \_\_\_\_\_. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. *Cienc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2337-2344, ago. 2010a.
- \_\_\_\_\_. *Um método para análise e cogestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. São Paulo: HUCITEC, 2010b.
- \_\_\_\_\_. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- CARDOSO, I. M. “Rodas de educação permanente” na Atenção Básica de Saúde: analisando contribuições. *Rev. Saúde Soc.*, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 18-28, maio 2012.
- CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras.



*Trab. Educ. Saúde*, v. 6, n. 3, p. 444-456, 2008.

CECILIO, L. C. O. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 315-329, 1999.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas, 1994.

FARIA, J. H. *Gestão Participativa: relações de poder e de trabalho nas organizações*. São Paulo: Atlas, 2009.

FREIRE, P. *Educação e mudança*. 30. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1979.

GRAMSCI, A. *Cadernos do cárcere*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000. v. 3.

GUIZARDI, F. L.; CAVALCANTI, F. O. A gestão em saúde: nexos entre o cotidiano institucional e a participação política no SUS. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 633-645, set. 2010.

MARTINEZ, M. C.; PARAGUAY, A. I. B. B. Satisfação e saúde no trabalho – aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, v. 6, p. 59-78, dez. 2003.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*.

São Paulo: Hucitec, 2005.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

OLIVEIRA, L. C.; PINHEIRO, R. A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2455-2464, 2010.

PAIM, J. S. Reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). *Epidemiologia & saúde*. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 455-466.

ROSCHKE, M. A.; BRITO, P.; PALACIOS, M. A. *Gestão de projetos de educação permanente nos serviços de saúde: manual do educador*. Washington: OPS/OMS, 2002. (Paltex, n. 44).

RUIZ, E. *O fetiche da Roda*. [Internet], 2010. Disponível em: <<http://www.redehumanizaus.net/10193-o-fetiche-da-roda>>. Acesso em: 13 set. 2015.

SALES, I. C. *Os desafios da gestão democrática da sociedade (em diálogo com Gramsci)*. Recife: Editora da UFPE, 2005.

---

Recebido para publicação em abril de 2015  
Versão final em novembro de 2015  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# Estratégia Saúde da Família na coordenação do cuidado em região de saúde na Bahia

*Family Health Strategy in care coordination in a health administrative region in Bahia, Brazil*

Adriano Maia dos Santos<sup>1</sup>, Ligia Giovanella<sup>2</sup>

---

**RESUMO** Este artigo analisa limites e possibilidades de coordenação do cuidado por Equipes de Saúde da Família em região de saúde, Bahia. Trata-se de estudo de caso com abordagem qualitativa, numa região de saúde que abrange dezenove municípios. Resultados emergiram das análises de dados coletados em 17 entrevistas semiestruturadas com gestores, nove grupos focais, observações e documentos. Na região, equipes têm dificuldades na retaguarda assistencial, limitando a continuidade do cuidado e a resolubilidade dos casos que precisam de suporte especializado. Os fluxos comunicacionais incipientes entre diferentes pontos da rede não viabilizam a coordenação do cuidado por Equipes de Saúde da Família.

**PALAVRAS-CHAVE** Atenção Primária à Saúde; Controle de acesso; Regionalização; Continuidade da assistência ao paciente.

**ABSTRACT** *This qualitative case study examines the limitations and scope of care coordination by Family Health Teams in a health administrative region comprising 19 municipalities located in the State of Bahia, Brazil. The results emerged from analyses and correlation of data collected from 17 semi-structured interviews of policy makers and managers, nine focal groups, observations and documents. The region's Family Health Teams face difficulties in providing care support, which limits care continuity and resolution rates in cases needing specialised support. Incipient communication flows among the network points do not enable coordinating care by Family Health Teams.*

<sup>1</sup> Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto Multidisciplinar em Saúde - Vitória da Conquista (BA), Brasil.  
maiaufba@ufba.br

<sup>2</sup> Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
giovanel@ensp.fiocruz.br

**KEYWORDS** *Primary Health Care; Gatekeeping; Regional health planning; Continuity of patient care.*

## Introdução

Dentre os argumentos em defesa da integração dos serviços e coordenação do cuidado para organização dos sistemas de saúde, destacam-se a necessidade de reduzir a segmentação e fragmentação da atenção, garantir a equidade no acesso, aumentar a eficiência e a qualidade dos serviços, evitar a sobreposição desnecessária, onerosa e iatrogênica em intervenções médicas, direcionar os serviços e distribuir os profissionais adequadamente entre diferentes níveis (SALTMAN; RICO; BOERMA, 2006). Para tanto, deve-se buscar a gestão da clínica e a continuidade do cuidado das condições crônicas, reduzindo a hospitalização desnecessária por meio de uma atenção balanceada, com adequação da oferta e organização dos fluxos entre serviços especializados e a atenção de primeiro nível (GREß ET AL., 2009), controlar os custos, além de favorecer fluxo comunicacional, atenção ao longo do tempo e continuidade do cuidado (HAGGERTY ET AL., 2003).

O envelhecimento populacional, a crescente necessidade de enfrentamento das condições crônicas, as comorbidades, as novas modalidades de diagnóstico e terapia, a crescente especialização e subespecialização dos profissionais, a demanda por cuidados continuados e os custos na área da saúde têm exposto a ineficiência dos sistemas fragmentados e descoordenados para lidarem com tais questões (MUR-VEEMAN; VAN RAAK; PAULUS, 2008).

A coordenação do cuidado, na Europa, por exemplo, tem logrado maior sucesso entre países que estabeleceram a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada e o médico generalista como coordenador do cuidado (*gatekeeper*) (GIOVANELLA, 2011; SALTMAN; RICO; BOERMA, 2006). Ademais, o sucesso na coordenação via APS depende, também, do prestígio que médicos generalistas desfrutam entre o coletivo de médicos especialistas e na sociedade (GÉRVAS ET AL., 2007). Não obstante, as principais dificuldades para a coordenação

de serviços de saúde ocorrem pela assimetria da informação. Além disso, as decisões médicas são de difícil julgamento e os resultados sanitários não são fáceis de medir, pois nem sempre são imediatos e não estão atrelados unicamente aos serviços de saúde (GÉRVAS; RICO, 2005).

A coordenação é um atributo da APS e funciona como um amálgama, pois potencializa e viabiliza os cuidados continuados, articula os diferentes pontos do sistema para a integralidade e desburocratiza a função de primeiro contato, ou seja, parte do reconhecimento que as diferentes necessidades de saúde e as possibilidades de resolução não podem ser alcançadas apenas pela equipe de APS (STARFIELD, 2002).

Estudos defendem a posição da APS como porta de entrada preferencial e coordenadora do cuidado (STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005; GÉRVAS; PEREZ FERNANDEZ, 2005). Assim, a atuação dos profissionais, precipuamente médicos, com capacidade para resolver problemas nas unidades de saúde e encaminhar adequadamente os usuários para serviços de referência somente depois de esgotadas as possibilidades terapêuticas por meio do mecanismo *gatekeeping* (controle de acesso) é um sinalizador de qualidade e adequação da posição da APS na rede de atenção, essencialmente quando essa atuação permite a coordenação do cuidado entre níveis de atenção, busca a resolução do problema dos usuários com continuidade e não se caracteriza como barreira de acesso oportuno (STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005; GÉRVAS; FERNÁNDEZ, 2005).

O mecanismo de *gatekeeping* não é uma resposta inequívoca, visto que a maioria dos estudos disponíveis avaliam tal mecanismo na perspectiva do *managed care* estadunidense, focando na redução de gasto e diminuição na utilização de serviços especializados, ao passo que investigações que relacionam essa função em sistemas universais e o impacto na saúde e na qualidade da atenção prestada ao usuário são muitas vezes inconclusivas (GARRIDO; ZENTNER; BUSSE, 2011). Em

países europeus (Bélgica, Espanha e Suíça) e no Canadá, houve melhor uso dos serviços especializados, menor quantidade de intervenções desnecessárias e coordenação adequada para o melhor cuidado do usuário, resultantes da presença do médico generalista na função de filtro (*gatekeeper*) e APS como porta de entrada preferencial (GÉRVAS; FERNÁNDEZ, 2005).

Em traços gerais, nos países europeus com sistemas universais, organizados por serviços nacionais de saúde, é comum que a porta de entrada seja uma unidade de APS, por meio de um profissional de primeiro contato, frequentemente médico, que utiliza a prerrogativa de *gatekeeper* no encaminhamento dos usuários aos demais pontos da rede de saúde, facilitando, assim, a coordenação do cuidado por um médico generalista (GÉRVAS; FERNÁNDEZ, 2005; ALMEIDA ET AL., 2013). Por outro lado, mesmo países com forte organização via *gatekeeper*, com a APS posicionada formalmente como serviço de primeiro contato, há procura e contato inicial via emergência hospitalar (GIOVANELLA, 2006).

O argumento deste artigo é o de que as atribuições do médico generalista na função de *gatekeeper* não devem restringir-se ao controle de acesso. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), espera-se o fortalecimento do papel do generalista com competência para coordenação clínica do cuidado a um paciente ou grupo de pessoas entre a APS e os demais níveis de atenção por meio de reconhecimento das necessidades de saúde dos usuários, responsabilizando-se pelo encaminhamento interno ou para outro serviço mais adequado, bem como por meio de contato direto com outros profissionais especialistas para complementar as informações e aumentar a resolubilidade, a fim de prosseguir com o acompanhamento continuado. Tal perspectiva requer sistemas orientados pela APS (CONILL; FAUSTO; GIOVANELLA, 2010; KRINGOS ET AL., 2010), serviços integrados em rede (ALMEIDA ET AL., 2013; VÁZQUEZ ET AL., 2009) e compartilhamento de informações clínicas (SHOEN ET AL., 2012) entre

profissionais para promover a continuidade do cuidado entre níveis (HERNÁNDEZ, 2010).

Diante dos desafios apresentados no cenário internacional, este artigo analisa os limites e possibilidades de coordenação do cuidado e controle de acesso aos serviços especializados (*gatekeeping*) por Equipes de Saúde da Família (EqSF) em região de saúde na Bahia, Brasil.

## Metodologia

Trata-se de estudo de caso, com abordagem qualitativa, realizado na região de saúde de Vitória da Conquista, que abrange dezoito municípios da Bahia, entre 2011 e 2012. O Decreto 7.508 considera as regiões de saúde como territórios privilegiados para integração dos serviços de saúde e coordenação do cuidado (BRASIL, 2011). Na Bahia, existem 28 regiões de saúde e, para cada uma, por meio a Resolução n.º 275 (BAHIA, 2012), foi instituída uma Comissão Intergestores Regional (CIR). As CIR são instâncias de articulação entre gestores estaduais e municipais que devem pactuar, de maneira coordenada e solidária, a distribuição dos serviços e profissionais, visando garantir amplo acesso à população a diferentes níveis de atenção à saúde na região de sua abrangência.

Na pesquisa, o conceito central é a coordenação do cuidado, compreendida como a articulação entre diversos serviços, ações e profissionais relacionados à atenção em saúde, de forma que, independentemente do local onde seja prestado, esteja sincronizado e voltado ao alcance de um objetivo comum (HOFMARCHER; OXLEY; RUSTICELLI, 2007). Para viabilizar a coordenação, o mecanismo *gatekeeping* é estratégico e, nesta perspectiva, distinguimos três tipologias nos serviços de APS: tipo 1 – *gatekeeping* como regulador burocrático; tipo 2 – *gatekeeping* sem regulação assistencial; e tipo 3 – *gatekeeping* como coordenador do cuidado. O primeiro tipo, por ser burocrático, não distingue a essência dos serviços,

apenas tenta garantir racionalidade dos encaminhamentos clínicos, tendo, no fundo, uma visão mais gerencial e econômica do que uma centralização no cuidado, ainda que, no final, o cuidado possa ser o resultado. O segundo tipo não segue diretrizes clínicas, desempenha a função de filtro mediado por interesse ou conveniência do profissional, por pressão do usuário ou interferência política, não essencialmente, conforme a necessidade clínica do usuário e sem avaliação de cotas (regulação) ou prioridades terapêuticas. Por fim, a terceira opção, teria a incumbência de olhar atentamente cada usuário, avaliar as alternativas terapêuticas mais adequadas e organizar o fluxo entre a EqSF e outros profissionais dos diferentes pontos da rede conforme a necessidade de saúde das pessoas, mantendo-se informado sobre o itinerário e a terapêutica dos usuários sob cuidado externo à Estratégia Saúde da Família (ESF), que, no final, pode gerar, também, economia nos gastos.

As fontes de dados (*quadro 1*) provieram de 17 entrevistas semiestruturadas com gestores (estadual, regional e municipal), nove grupos focais (quatro grupos com trabalhadores da saúde, quatro grupos com usuários e um grupo com apoiadores institucionais da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia – Sesab) registros de observações na CIR (sete reuniões em outubro/2011 a março/2012), em Unidades de Saúde da Família (USF), Centrais de Marcação de Consultas (CMC), complementados por documentos: atas da CIR (2011-2012) e Relatórios Anuais de Gestão (RAG) de 2011, dentre outros. Para garantir a privacidade, fragmentos de fala foram codificados como ‘G’ (gestores), seguido do plano de atuação (estadual ‘E’, regional ‘R’ ou municipal ‘M’), ‘GF-G’ (grupo focal com gestores), ‘GF-T’ (grupo focal com trabalhadores da saúde) e ‘GF-U’ (grupo focal com usuários).

Os gestores entrevistados ocupavam posição estratégica nas secretarias de saúde municipais e estadual ou na diretoria regional de saúde, sendo escolhidos mediante observação de atuação (ativa e frequente)

nas reuniões da CIR e por indicação de informantes-chave que sugeriram os sujeitos que acumulavam experiência consolidada nos respectivos cargos ou com grande representação ou influência entre os pares.

As entrevistas contemplaram gestores de diferentes municípios da região e que conheciam e atuavam na organização regional. As observações da CIR permitiram o acompanhamento da governança regional do conjunto dos municípios e foram registradas em diário de campo com destaque aos aspectos discutidos em plenária, pertinentes à coordenação do cuidado.

Para realização dos grupos focais, foram eleitos quatro municípios para ilustrar a diversidade de estratégias na organização dos fluxos assistenciais, intencionando-se apreender as articulações que possibilitavam ou não a coordenação do cuidado na região de saúde. O critério de seleção dos municípios deu-se pelo cruzamento de informações consideradas relevantes durante a exploração do campo: 1) indicação de informantes-chave: municípios que apresentam a melhor organização de serviços de saúde; 2) observação em reuniões da CIR: sete encontros; 3) participação ativa do gestor municipal na CIR; 4) cobertura da ESF: >70%; 5) municípios de porte populacional distintos: I – até 10.000 hab.; II – de 10.001 a 25.000 hab.; III – de 25.001 a 50.000 hab.; 6) inclusão do município sede da região de saúde: independentemente da cobertura da ESF.

Realizaram-se quatro grupos focais com médicos e enfermeiros da ESF (GF-T), quatro grupos focais com usuários dos serviços de saúde (GF-U), um em cada município selecionado na região e um grupo focal com apoiadores institucionais (gestores) da Sesab.

Para formação dos grupos focais com trabalhadores, elegeram-se as seguintes características: 1) trabalhadores considerados pela gestão local como profissionais que desenvolviam um bom trabalho na ESF; 2) profissionais de diferentes Unidades de Saúde da Família; 3) médicos e enfermeiros; 4) grupo

composto por, no mínimo, quatro trabalhadores, sendo obrigatória a presença de pelo menos um médico; 5) profissionais com, no mínimo, um ano de experiência na ESF. Para conformação do grupo focal com usuários, foram utilizadas as seguintes características: 1) usuários que frequentavam rotineiramente a USF; 2) usuários que necessitaram de consultas ou procedimentos especializados em Vitória da Conquista, município de referência da pesquisa; 3) grupo composto por, no mínimo, quatro usuários. Formou-se um grupo focal de usuários por município, sendo que, para cada município, o grupo de usuário foi selecionado em apenas uma USF. Para facilitar o contato, a USF foi selecionada

por sorteio dentre os participantes do grupo focal de profissionais.

A intenção não foi o julgamento de cada município isoladamente, mas a compreensão de processos que acontecem na rede regional, por meio de cenários representativos, analisando-se as dimensões político-institucional, organizacional e das práticas.

Ressalta-se que a coleta de dados foi extensa, mas não foi possível trazer tudo pormenorizado no recorte deste artigo. Desta forma, este artigo traz, nos resultados, alguns fragmentos mais representativos de entrevistas e grupos focais, bem como, sínteses narrativas dos demais depoimentos, documentos e observações.

Quadro 1. Técnicas de coleta de dados aplicadas para análise da coordenação do cuidado

Técnicas de coleta de dados	Sujeitos	Cenários	Tempo ou período de coleta	CIR	Municípios	Estado	Região
<b>Entrevistas</b>	Gestor	Municipal Regional Estadual	21h44min	-	11 sujeitos	3 sujeitos	3 sujeitos
<b>Grupo Focal</b>	Gestor*	Estadual	1h33min	-	-	4 sujeitos	-
	Trabalha- dor	Municipal	6h45min	-	15 sujeitos da ESF, sendo 6 médicos e 9 enfermeiros	-	-
	Usuário	Municipal	4h27min	-	21 sujeitos da ESF	-	-
<b>Observação</b>	-	Municipal Regional Estadual	setembro a março de 2011	19 sujeitos e 7 observações	7 Unidades de Saúde da Família, 4 Centrais de Marcação de Consultas e 4 Centros de Especialidades	-	-
<b>Documentos</b>	-	Municipal Regional Estadual	2009 a 2012	Regimento Interno (2012) Atas (2012)	Plano Municipal de Saúde (2011) e Relatório Anual de Gestão (2011)	Agenda Estratégica da Saúde (2009-2010), Plano Diretor de Regionalização (2010), Plano Estadual de Saúde (2012-2015), Política Estadual de Atenção Básica (2011), Relatório Anual de Gestão (2010 e 2011)	Relatório Anual da Atenção Básica (2011)

Fonte: Elaboração própria.

Notas: 1) CIR (Comissão Intergestores Regional); ESF (Estratégia Saúde da Família); Dires (Diretoria Regional de Saúde); Sesab (Secretaria Estadual de Saúde da Bahia); 2) CIR é composta por gestores estaduais (Sesab), regionais (Sesab/Dires) e municipais; 3) Gestores regionais correspondem aos trabalhadores da Dires (atualmente Núcleo Regional de Saúde), mas ligados à Sesab; 4) \*Grupo focal constituído por Apoiadores Institucionais - sujeitos que trabalhavam na gestão estadual nos municípios da região de saúde de Vitória da Conquista (Sesab).

A opção para interpretar o material coletado foi a análise de conteúdo temática (MINAYO, 2004). Fez-se entrecruzamento entre diferentes informações coletadas, complementando-as com os documentos, identificando-se convergências e divergências para produção de análise compreensiva e crítica. A análise teve por objetivo interpretar os

sentidos elaborados pelos discursos dos sujeitos da pesquisa, atentando-se às contradições que lhes são inerentes. Para tanto, utilizou-se uma matriz com duas dimensões para análise da coordenação do cuidado: 1) organização da Estratégia Saúde da Família; e 2) mecanismos de coordenação do cuidado (*quadro 2*).

Quadro 2. Matriz para análise da coordenação do cuidado pela Estratégia Saúde da Família, região de saúde de Vitória da Conquista, Bahia, 2012

Dimensões de análise	Componentes	Indicadores
<b>Organização da Estratégia Saúde da Família (ESF)</b>	Porta de entrada preferencial na rede	Cobertura da ESF nos municípios da região de saúde Posição da ESF na rede regional Mecanismos de acesso à Unidade de Saúde da Família (USF) USF como serviço de busca regular e primeiro contato
	Mecanismos de acesso à ESF	Exigência e cumprimento da carga horária por médicos das Equipes de Saúde da Família (EqSF) Existência de equipe mínima completa na USF Número de pessoas cadastradas por EqSF Atendimento à demanda espontânea
<b>Mecanismos de coordenação do cuidado</b>	Oferta de serviços e mecanismo de acesso à rede especializada	Disponibilidade na oferta de vagas no centro público de especialidades Mecanismo usado pela EqSF para marcação de consultas e exames especializados Existência e funcionamento de central informatizada de regulação e marcação de consultas e exames especializados Interferências políticas no fluxo assistencial e na gestão clínica Monitoramento de lista de espera para consulta e exames especializados pela EqSF
	Instrumentos de comunicação entre níveis de atenção	Tipo de prontuário para registro de consulta clínica Disponibilidade de informações clínicas entre profissionais da rede Existência e uso de instrumentos de referência e contrarreferência entre EqSF e serviços especializados Formas de contato formal e informal entre EqSF e profissionais de diferentes pontos da rede Articulação entre médicos especialistas e EqSF
	Função de filtro ( <i>gatekeeper</i> )	Clínica desenvolvida pela EqSF (centrada no usuário, na doença ou procedimento) Formação adequada dos profissionais para trabalho na EqSF Resolução do problema de saúde em atendimento prestado na ESF Ações realizadas quando não há resolução do problema de saúde na ESF Articulação entre médicos especialistas e EqSF Função do médico no controle de acesso às especialidades ( <i>gatekeeper</i> ) Profissionais dos demais níveis da rede reconhecem/respeitam o papel de filtro do médico

Fonte: Elaboração própria.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Ensp (Parecer n.º 207/11).

## Resultados

### 1) Organização da Estratégia Saúde da Família

Na região de saúde, o fluxo para que usuários consigam realizar consultas, exames e procedimentos em serviços especializados dá-se, sobretudo, por meio das EqSF, uma vez que a

maioria dos municípios são formalmente cobertos pela ESF e, na maior parte deles, essa é a principal porta de entrada para os usuários do SUS (*tabela 1*). Todavia, há limitações à posição da EqSF como porta de entrada preferencial a outros pontos da rede pública de assistência e à capacidade de controlar o acesso a outros pontos da rede, de forma a assumir o mecanismo *gatekeeping* como coordenador à atenção especializada, ou seja, tenham profissionais capazes de resolver a maioria dos problemas no âmbito da APS e partilhem o cuidado com serviços de outros níveis de atenção apenas sobre os casos realmente necessários.

Tabela 1. População coberta por Estratégia Saúde da Família (ESF) e quantitativo de Equipes Saúde da Família (EqSF), Equipes de Saúde Bucal (EqSB) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) nos municípios da região de saúde de Vitória da Conquista, Bahia, 2012

Município	População	Estimativa população coberta	Nº EqSF	Proporção cobertura	Nº EqSB	Razão EqSB/ESF	Nº Nasf
Anagé	25.516	24.150	7	95	2	0,3	1
Barra do Choça	34.788	34.788	12	100	4	0,3	-
Belo Campo	16.021	16.021	6	100	2	0,3	-
Bom Jesus da Serra	10.113	10.113	3	100	3	1,0	-
Caetanos	13.639	13.639	4	100	3	0,8	-
Cândido Sales	27.918	20.700	6	74	3	0,5	-
Caraíbas	10.222	10.222	4	100	3	0,8	-
Condeúba	16.898	16.898	6	100	5	0,8	-
Cordeiros	8.168	8.168	4	100	2	0,5	-
Encruzilhada	23.766	13.800	4	58	4	1,0	-
Maetinga	7.038	7.038	4	100	2	0,5	1
Mirante	10.507	10.507	4	100	4	1,0	-
Piripá	12.783	12.783	6	100	2	0,3	-
Planalto	24.481	20.700	6	85	3	0,5	1
Poções	44.701	34.500	10	77	8	0,8	1
Pres. Jânio Quadros	13.652	13.652	7	100	3	0,4	1
Ribeirão do Largo	8.602	8.602	4	100	2	0,5	-
Tremedal	17.029	17.029	5	100	3	0,6	1
Vitória da Conquista	306.866	127.650	37	42	29	0,8	4
Região de saúde	632.708	420.960	139	67	87	0,6	10

Fonte: MS/SAS/DAB e SESAB/COAM/DAB.

Nota: Competência dezembro de 2011.



O primeiro limite é que a ESF não é a única porta de entrada na APS. Muitos municípios, sobretudo aqueles com menor cobertura, ainda possuem Unidades Básicas de Saúde (UBS) ‘tradicionais’, complementando o acesso da maior parte da população sem adscrição às USF, ofertando consultas ambulatoriais ou serviço de pronto-atendimento. Trata-se de uma entrada via APS e, também, uma possibilidade minimamente racional de encaminhamento para acesso à atenção especializada, quando necessário, enquanto a ESF não atinge uma cobertura mais alargada. Todavia, e essa é a grande distinção, as UBS tradicionais, grosso modo, concentram grande demanda, gerando, por conseguinte, vinculação precária, o que impede o processo de trabalho clínico de lograr relação de longitudinalidade.

Assim, no contexto das EqSF, constata-se uma ‘clínica degradada com médico produtor de demandas’:

[...] o município contrata um médico para ir uma vez por semana atender [na USF]. O médico pela própria relação médico-paciente, essa coisa de agradar, não está nem aí. O que o paciente quiser, ele dá; para os parentes, para os amigos, ele sai dando [solicitações de exames]. [...] porque é mais fácil pedir todos os exames e dizer assim: ‘Eu estou me cobrindo...’; do que colher uma história que demanda mais tempo pra conversar, explicar que não precisa de ressonância para aquilo ali. [...] ele não quer muito conversar não. É a coisa mesmo do pedir e, também, ele está com pressa, pois tem outro emprego. (GM - Ent.9).

Na rede regional de serviços, encontrou-se, no discurso político e em documentos institucionais, a obrigatoriedade de acesso regulado via APS, mas com inúmeras brechas que descaracterizam e comprometem os fluxos organizacionais. Nesse aspecto, profissionais de hospitais, ambulatorios de especialidades, centrais de marcação de consultas, secretarias municipais de saúde e serviços privados

são acessados pelos usuários e geram solicitações e encaminhamentos paralelos para diferentes pontos da rede, sobrepondo-se aos profissionais da APS e debilitando a posição de filtro da ESF. Desse modo, há o ‘acesso direto à rede especializada’:

Temos aqui [centro de especialidades] demanda espontânea. Não posso dizer que é por ineficiência da atenção básica, mas por questões operacionais, inclusive por falta de recursos humanos, principalmente, de médico e de enfermagem, alguns pacientes não conseguem ter acesso à rede básica e acabam procurando, por isso, a atenção secundária. Então, nós temos aqui outra porta de entrada, pois fazemos uma triagem de alguns casos graves e acabamos atendendo esse paciente. [...] Os profissionais da atenção especializada dão a solicitação para o paciente, pedem que o paciente faça os exames, retorne para ele mesmo, mas não dão o retorno, por exemplo, por escrito para os médicos de atenção básica [...]. (GM - Ent.8).

A intenção de demarcar o acesso direto a serviços especializados na região deve-se à noção que o atributo da coordenação do cuidado não é alcançado por qualquer profissional que possa solicitar ou encaminhar o usuário para outros serviços, mesmo quando a APS é uma porta de entrada obrigatória, mas com característica traçadora de uma ESF forte, ou seja, quando delega aos profissionais da EqSF não apenas o poder de barrar a livre escolha do usuário, mas atribui, essencialmente, a função de gestor terapêutico no fluxo assistencial.

O maior desafio se estabelece após a solicitação da consulta, exame ou procedimento para serviços especializados por causa do estrangulamento na oferta de vagas frente à pressão das demandas, bem como pela capacidade dos profissionais da ESF de acompanhar o percurso do usuário que consegue iniciar o processo terapêutico fora do âmbito da APS. Dessa forma, impõem-se desafios

aos gestores e profissionais das EqSF para garantir a resolubilidade e continuidade do cuidado dos usuários em tratamento num território regionalizado, com deficiências comunicacionais entre os níveis e insuficiência de serviços de suporte.

Nesse sentido, os mais prejudicados são usuários que procuram a porta mais acessível para expor sua demanda, muitas vezes, em momentos de grande fragilidade, ficando vulneráveis e, portanto, propensos a serem manipulados, revertendo um direito num suposto favor. Essa evidência ficou explícita nas entrevistas e grupos focais que destacam ‘clientelismo político sobrepondo à necessidade’, ‘direito convertido em favor político’, ‘apadrinhamento e seleção monetária’ e ‘manipulação política na oferta de vagas’.

Um grupo focal com profissionais sintetiza essa problemática:

Tive um paciente, uma criança com otite de repetição, encaminhei para o otorrino, mas só tinha vaga daqui há 2 anos e meio, pois é uma vaga/mês, mas tem 49 ou 50 pessoas na frente, então acaba que o paciente não vai levar 2 anos e meio para resolver uma otite. Aí vai num profissional particular. E se o usuário não tiver condições de arcar com os custos recorre à política. Vai atrás de vereador, prefeito, através de fulano e sicrano [...], o que é bem comum, porque pouquíssimos têm condições financeiras de sair daqui. (GF-T2).

O trecho destacado ilustra as fissuras no sistema público de saúde e os ataques que minam a ESF e desrespeitam o direito de cidadania. Apesar disso, entende-se que a aparente conveniência de profissionais e usuários não se dá estritamente pela percepção de ‘oportunismo’, mas parece tratar, também, de uma questão de ‘vida ou morte’ para muitos usuários ou de alguma condição de resolubilidade às intervenções clínicas para alguns profissionais frente às interdições nos itinerários regulados. Além disso, encontraram-se na região alguns exemplos que despontam

no microprocesso de trabalho das equipes e mostram o esforço de gestores e profissionais pela coordenação e ordenamento dos fluxos mesmo em cenários e condições adversas, sintetizados pela ‘negociação entre gestores e médicos pela regulação assistencial’ e ‘envolvimento das EqSF na reavaliação e priorização das necessidades’.

Um gestor municipal resume esse esforço:

[...] foi feita uma reunião, um trabalho de sensibilização, principalmente com médicos, porque médico, às vezes, para se livrar da cara do paciente falava: ‘Quer fazer o quê, uma tomografia? Toma lá!’. Então, foi feito um trabalho com médicos pedindo, por favor, avaliem o paciente antes de pedir o exame e, fora isso, quando esse exame chega aqui à secretaria, ainda, faz uma triagem em cima desse exame. A gente enfrenta alguma dificuldade, pois eles [médicos] não colocavam o motivo da solicitação. Então, a gente falou assim: ‘você está prejudicando o paciente, porque quando a gente vai triar e não tem lá o motivo da solicitação, esse paciente vai para o fim da fila’. Então, hoje em dia, já colocam o motivo da solicitação, a gente já consegue triar, vê quem é mais urgente, quem deve ser marcado primeiro, quem pode esperar ou não. (GM - Ent.2).

O excerto destacado mostra estratégias para, minimamente, garantir alguma racionalidade e regulação nos fluxos assistenciais, mas não parecem alterar a gênese dos problemas e, portanto, postergam as soluções e transferem responsabilidades para outras instâncias, permanecendo os usuários à mercê das decisões ‘benevolentes’ dos gestores e de profissionais a cada novo evento.

## 2) Mecanismos de coordenação do cuidado

Para uma mínima priorização das demandas, unidades de APS recebem cotas referentes às consultas, exames e procedimentos de acordo com a oferta mensal disponibilizada

pela CMC de cada município. As equipes, então, têm que, dentre inúmeras necessidades, indicar os usuários ‘eleitos’, de acordo com descrição clínica ou destaque de ‘urgência’ atribuído por profissional. Em razão do número de solicitações não atendidas por falta de vagas, algumas equipes reclassificam periodicamente os usuários nas listas de espera, reavaliando a pertinência do pedido (usuário já resolveu por outras vias, usuário não tem mais o problema que justificava o pedido, usuário veio a óbito etc.) para tentar manter certa coerência nos encaminhamentos. Tal seleção abre espaço para inúmeros conflitos éticos, colocando profissionais numa situação de constrangimento e usuários numa clara mitigação da cidadania. Por outro lado, intenta, num cenário de restrição de oferta, minimizar as iniquidades ou, pelo menos, priorizar casos mais urgentes.

O relato do grupo focal com trabalhadores destaca o ‘acesso racionado pela oferta e não definido pela necessidade’:

[...] a demanda de ultrassonografia é muito grande e o quantitativo de vagas oferecido é muito pouco. Tem que ficar selecionando. Na unidade que eu trabalho é assim, exames com mais de seis meses, peço para fazer uma reavaliação médica para ver se realmente aquele paciente necessita fazer aquele exame. E conto muito com a ajuda dos ACS [Agentes Comunitários de Saúde], geralmente numa reunião, pegamos os exames, vai passando entre os ACS, eles vão relatando caso a caso, pois, às vezes, a pessoa já marcou. [...], a gente vai fazendo a triagem daqueles exames mais necessários e descartando alguns que não tem tanta necessidade [...]. (GF-T3).

Outra questão que interfere na coordenação entre os níveis assenta-se nas ferramentas para fluxo informacional. Em relação à informatização das USF, além de ser parcial, quando existente, limita-se à marcação de consultas segundo cotas pré-estabelecidas, ou seja, não se trata de fluxo

comunicacional entre profissionais para resolução ou acompanhamento de usuários em tratamento. Não há prontuários eletrônicos em nenhum dos estabelecimentos de saúde na região, sendo que as solicitações e referências, muitas vezes, são manuscritas, gerando equívocos nos fluxos, além da ausência de contrarreferências e relatórios de alta hospitalar que permitam aos profissionais das EqSF obter informações técnicas da terapêutica desenvolvida por outros profissionais. Para consecução de informação entre os níveis, o usuário é, na maioria das vezes, o principal interlocutor, quando lhe é permitido falar. Em muitas situações, também, o usuário passa a ficar vinculado ao médico especialista, com retornos frequentes, em vez de criar um vínculo colaborativo entre profissionais da atenção especializada e da ESF, impossibilitando que o médico da USF tenha informações e dê seguimento ao tratamento, além de afunilar a oferta de vagas para novos casos que necessitam de consultas especializadas.

Tal dificuldade no processo de coordenação culmina com a ‘filiação do usuário ao especialista’, ‘comunicação precária entre os níveis’ e ‘quebra de continuidade no cuidado’:

[...] o grande problema do PSF [Programa Saúde da Família] é a contrarreferência, pois não existe. Quando o médico do PSF transfere o paciente para passar por um especialista, fica sem saber o que aconteceu, pois ele não tem o retorno, então, o ideal para que a ESF tivesse uma consolidação boa seria a contrarreferência. [...] Mas quando o paciente chega lá, o cardiologista pega o problema para si e de lá o paciente já sai ciente que não vai mais ao médico do PSF, que o médico que tem que atendê-lo é só aquele que atendeu lá [na especialidade], que trocou a medicação toda. Fica filiado com esse especialista. Aí, a consulta de retorno estrangula. Estrangula o sistema todo, porque o especialista quer a consulta de retorno, sendo que poderia fazer

um relatório para o médico que encaminhou e remeter para ele o acompanhamento, orientando como [médico de PSF] deve acompanhar, mas isso não existe. (GM - Ent.1).

Contudo, nos pequenos municípios, algumas vezes, o médico da ESF é, também, o prestador de serviços especializados ou também atende nos serviços de pronto-atendimento e hospitalares. Dessa forma, acaba recebendo muitos usuários da própria equipe, além de estar em contato direto com outros especialistas, permitindo algum nível informal de comunicação. Devido aos inúmeros entraves e na busca de alguma coordenação, profissionais lançam mão, muitas vezes, da persuasão e amizade com colegas da rede para tentarem solucionar algumas questões que ficam emperradas na burocracia dos fluxos assistenciais. De maneira geral, tais atitudes partem dos profissionais que estão mais tempo nos serviços, que conhecem as brechas e as pessoas estratégicas nos diferentes pontos da rede, que têm forte vínculo com a comunidade e, portanto, não se omitem diante das negativas burocráticas e preferem tentar resolver por outras vias, ou seja, contraditoriamente, são ações desencadeadas por profissionais mais envolvidos com o processo terapêutico dos usuários.

Nessa direção, alguns profissionais viabilizam o acesso de usuários por meio de ‘comunicação condicionada à amizade’ e ‘empenho pessoal para garantia do acesso’:

[...] tenho uma coisinha tão simples que é esse telefone que tem os números de todo mundo. [...] Porque, às vezes, eu resolvo aqui, na hora. Isso as pessoas acham que foi uma coisa do outro mundo, mas é que você pode resolver só com um telefonema. Alguns exames que estão emperrados, algumas coisas você liga direto para a central de marcação, liga para a farmácia. (GF-T4).

Além dos profissionais da ESF, as

interferências no fluxo assistencial envolvem profissionais das CMC, das secretarias de saúde e dos centros de especialidades, que, seja por pressão de políticos, profissionais e usuários ou por tentativa simplesmente de interferir em situações clínicas que não podem seguir a ‘neutralidade’ gerencial, criam novos circuitos de acesso, que, no final, afetam a lógica na distribuição de cotas e retroalimentam o contingenciamento da oferta aos que não gozam dos mesmos privilégios, inclusive por trâmites judiciais. Um problema dessas intervenções paralelas aos fluxos talvez esteja na competência técnica de quem realiza, posto que, em vez de ‘boa vontade’, há necessidade de diretrizes clínicas e linhas do cuidado bem definidas que garantam segurança na regulação assistencial.

Os registros da observação de campo de visitas à CMC e secretarias municipais de saúde mostram o fluxo contínuo de usuários procurando atendimento em especialidades mesmo sem a solicitação médica (CMC e secretarias municipais como portas de entrada para acessar outros níveis); tentativa (de profissionais e usuários) de antecipação de consultas via ‘técnico-marcador’ ou coordenador da CMC (independente da lista de espera); coordenadores ou ‘técnicos-marcadores’ de CMC ‘regulando’ às prioridades (nem sempre por critérios clínicos); CMC com marcação direta, via guia de solicitação de consultas ou exames, para as especialidades por ordem de chegada do usuário no balcão (sem cotas para USF, nem critério de prioridade para usuários); usuários que se dirigem à CMC com ‘bilhetes’ de políticos locais para facilitação do fluxo etc. Os casos descritos exemplificam as alternativas legítimas, ou não, que os sujeitos encontram para acessar os serviços de saúde. Há, nessas escolhas, uma composição de favorecimentos que cinde a coordenação por EqSF, mas, paradoxalmente, elas aparecem, também, como mecanismos de coordenação para os casos urgentes represados pela burocrática.

Assim sendo, constatou-se a intervenção de alguns profissionais para garantir atenção a casos prioritários, ou seja, uma condução profissional orientada mais pela necessidade clínica do usuário e mais vinculada à ética profissional do que às normas e regras que pautam a racionalidade organizacional:

[...] quando o usuário precisa muito daquele exame e tem restrição de vagas, nesse caso, [...] a gente [equipe PSF] joga no sistema, mas também entra em contato com a coordenadora da CMC: 'Coordenadora, esse paciente está assim, ele tem necessidade de fazer esse exame'. Ou a gente encaminha esse paciente direto para o secretário de saúde para avaliar a situação e ver a possibilidade de liberar esses exames que são mais necessários para o paciente. Geralmente, aciono a minha coordenadora, a enfermeira, e digo o problema, às vezes, chego a colocar urgência ou, às vezes, prioridade no pedido [...]. (GF-T3).

A despeito disso, é importante não perder de vista que a oferta de vagas é pré-definida e limitada, portanto, que toda priorização ou privilégio, ainda que legítimo, resulta numa diminuição da cota a ser distribuída aos demais cidadãos (dilema da regulação). Assim, o discurso anterior destaca-se pela coerência em oportunizar o cuidado a quem realmente precisa, mas, paradoxalmente, gera iniquidades àqueles que não foram captados em tempo oportuno (justamente pela ausência de vaga), àqueles que não tiveram 'a sorte' de serem atendidos por um profissional mais pró-ativo ou influente na rede, àqueles que têm suas consultas retardadas por não serem 'prioridade' naquele momento, o que acaba por comprometer o diagnóstico precoce, tornando-se adiante mais uma prioridade, desenvolvendo, assim, um 'círculo vicioso'.

Por fim, uma questão comum que afeta a coordenação reside na longitudinalidade do cuidado pelo mesmo profissional da ESF, sua competência clínica e suporte

tecnológico para encaminhar a população adequadamente a outros pontos da rede, em diferentes fases da vida e em distintas situações de enfermidades. Nas EqSF da região, devido à rotatividade de profissionais médicos e contratação de profissionais sem experiência, com idade avançada, sem perfil ou sem formação para trabalhar na APS, há um claro descompasso entre o que poderia ser resolvido nas USF e o que é encaminhado para outros pontos da rede.

## Discussão

A posição da ESF na rede regionalizada como 'centro intercambiador' (MENDES, 2010), lócus de primeiro contato e de procura regular, com profissionais acessíveis para a maioria das necessidades de saúde da população (STARFIELD, 2002), é limitada na região. A baixa cobertura real da ESF, a disponibilidade restrita de médicos, o insuficiente adensamento tecnológico das USF, a escassa oferta de serviços especializados em tempo oportuno e a 'matriz tecnológica' centrada em procedimentos (MERHY, 2002) subjacente ao modelo de atenção em curso na região de saúde limitam a centralidade da APS na rede. O modelo de atenção mostrou-se, ainda, procedimento-centrado e focado na doença, em detrimento do cuidado centrado na pessoa, conformando uma 'clínica degradada' (CAMPOS, 2003).

Ainda assim, o percurso mais comum do usuário do SUS da região para acessar os serviços de especialidades e apoio diagnóstico e terapêutico é por meio dos estabelecimentos de APS. Mesmo não sendo única porta de entrada ou serviço de busca regular utilizado pelas pessoas para muitas das necessidades incluídas no escopo da APS, a exigência formal de uma 'guia de solicitação' assinada por um médico da ESF para acessar os demais pontos de atenção e a capilaridade das unidades no território tornam-nas os espaços mais acessíveis.

No caso estudado, os profissionais da ESF, sobretudo médicos, são responsáveis pelas referências para outros pontos de atenção na rede SUS por meio de ‘guias de solicitação’ e mediados por CMC municipais ou regionais. Por sua vez, as centrais restringem a referência à racionalidade organizacional em detrimento, muitas vezes, da necessidade de saúde dos usuários. Tal evidência atesta que profissionais da APS da região pesquisada agem como *gatekeeper* do tipo ‘regulador burocrático’ no sentido da obrigatoriedade de sua referência para que usuários possam acessar outros pontos mais adensados da rede, entretanto, sem lograr mecanismos articulados entre os profissionais dos diferentes níveis, ou seja, sem continuidade e sem coordenação do cuidado (gestão clínica), ficando limitados à função burocrática e constrangidos pela insuficiência de vagas.

Tais características não permitem o desenvolvimento adequado de mecanismo *gatekeeping* do tipo ‘coordenador do cuidado’, posto que ‘filtrar as demandas e coordená-las’ requer condução clínica atenta às necessidades de saúde das pessoas, informações pregressas acerca da histórica clínica dos usuários, responsabilidade terapêutica por um grupo de sujeitos que acessam o serviço regularmente e relação de confiança mútua. Por essa lógica, também, entende-se que muitas EqSF, com todos os problemas elencados, não assumem e não têm condições de assegurar adequadamente o atributo da coordenação, até porque pouco se distinguem das unidades de saúde tradicionais. Nesse sentido, legitimam a necessidade de outras portas de entrada em detrimento da ESF.

Assim, a questão de coordenação do cuidado e o mecanismo de *gatekeeping* no Brasil tornam-se desafiadores, posto que, para trabalhar nas EqSF, não há exigência de formação médica específica. Nesse sentido, um médico recém-formado ou especialista em qualquer área pode exercer a função de

‘médico da família ou generalista’, conformando a ESF num mosaico de profissionais com (ou sem) distintas especialidades (ESCOREL ET AL., 2007), mas frequentemente insuficientes para lidar com a complexidade da APS e, por conseguinte, com grande variabilidade na capacidade resolutive e de encaminhamento para outros pontos da rede. Ademais, evidências mostram que a oferta e distribuição de médicos de família, o tempo de sua consulta, a oferta de atenção primária (ou serviço de suporte) em horários alternativos e a abrangência dos serviços ofertados são características fundamentais que afetam os resultados da APS (KRINGOS ET AL., 2010).

A organização da ESF na região apresentou questões problemáticas relacionadas, também, à insuficiência de cobertura real e elevado número de pessoas cadastradas por EqSF, que, quando atrelados à baixa disponibilidade de médicos, dificultam o acesso oportuno de usuários aos serviços de APS, a despeito de a cobertura formal da estratégia estar acima de 80% em 15 dos 19 municípios (*tabela 1*), indicando que coberturas altas e potencialmente satisfatórias nem sempre se traduzem em melhor utilização da capacidade disponível (CARDOSO; VIEIRA-DA-SILVA, 2007). Vale notar, contudo, que a própria expansão das equipes fica limitada pela baixa oferta de médicos e insuficiência no financiamento, as quais, paradoxalmente, são agravadas com gastos com pagamento de salários de profissionais e pelos limites impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal (NEY; RODRIGUES, 2012). Não por acaso, no Brasil, mesmo em territórios cobertos formalmente com EqSF, o primeiro acesso do usuário ocorre, frequentemente, também via emergência hospitalar e unidades de pronto-atendimento (ALMEIDA; SANTOS; SOUZA, 2015).

## Considerações finais

Na região estudada, superpõem-se três questões críticas da gestão do trabalho

médico no SUS que interferem na coordenação do cuidado e no mecanismo *gatekeeping*: (i) a insuficiência do número de médicos em relação ao total da população, (ii) a distribuição desigual dos médicos no território regionalizado e (iii) a inadequada formação médica para atuação na ESF. Além disso, ressaltamos que a função de *gatekeeper* em si não garante a coordenação do cuidado, pois a necessidade de saúde do paciente é mais importante do que a racionalidade organizacional.

Na região, os fluxos comunicacionais incipientes entre os diferentes pontos da rede não viabilizam a coordenação do cuidado por profissionais da APS. Sendo assim, a participação das EqSF na regulação do acesso aos serviços especializados é coadjuvante, posto que a priorização é fruto de uma contingência na oferta que, aliada à incipiência de instrumentos para continuidade informacional não contempla a coordenação entre níveis nem a gestão clínica. Tais situações corroboram uma rede fragmentada, uma APS ocupando uma posição marginal e equipes com restrições para coordenar o cuidado.

Como contribuição, entende-se que investigar os limites e possibilidades de coordenação do cuidado em contextos de redes regionalizadas traz importantes indicativos para formulação ou readequação de políticas de saúde, uma vez que os estudos acerca da coordenação do cuidado, de maneira geral, abordam a relação entre profissionais das equipes de APS e profissionais de outros serviços de especialidades e hospitalares dentro do mesmo município.

Ressalta-se, como limites do estudo, que a opção pela pesquisa qualitativa não é suficiente para análise de todos os elementos

de uma rede regionalizada para compreensão da coordenação do cuidado, requerendo outras abordagens para ampliar o escopo dos dados e, assim, possibilitar uma triangulação de métodos. Com efeito, a utilização de inquéritos com trabalhadores da saúde e usuários poderia trazer informações relevantes sobre acesso e utilização dos serviços em diferentes pontos da rede, encaminhamentos e tempos de espera, bem como sobre condições estruturais e insumos disponíveis em estabelecimentos de saúde no conjunto dos municípios da região. Ademais, a constatação dos sujeitos participantes pode ser ampliada para outros segmentos da rede, conforme o foco desejado, e, igualmente, captar perspectivas que respondam a aspectos complementares à coordenação do cuidado. Pode-se, também, ampliar o estudo para diferentes regiões de saúde e realizar uma análise comparada entre elas, aumentando a validade externa.

Por fim, os achados podem ser úteis para se avaliar a coordenação do cuidado em outras regiões de saúde, pois o estudo abarcou as estratégias entre um município de médio porte e municípios de pequeno porte (com populações rurais e rarefeitas), evidenciando as peculiaridades para atração e fixação de profissionais nessas localidades e os desafios para provimento de serviços de saúde. Nesse sentido, indica a necessidade de políticas específicas para os territórios que admitem outros arranjos no número e na composição das EqSF, valorizando e ampliando, quando possível e pertinente, a atuação do enfermeiro, de equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (ou outras composições), dos técnicos e dos agentes comunitários de saúde. ■

---

## Referências

ALMEIDA, P. F. et al. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada:

paralelos entre Brasil e Espanha. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 400-415, 2013.

ALMEIDA, P. F.; SANTOS, A. M.; SOUZA, M. K. B. *Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em Regiões de Saúde*. Salvador: Edufba, 2015.

BAHIA. Secretaria da Saúde. Resolução CIB 275/2012. Aprova as regiões de saúde do Estado da Bahia e a instituição das Comissões Intergestores Regionais. *Diário Oficial [do] Estado da Bahia*, Salvador: SESAB, 2012. Disponível em: <<http://www2.saude.ba.gov.br/cib/arquivos/Resolu%C3%A7%C3%B5es%20da%20CIB/2012/Resolu%C3%A7%C3%B5es%20CIB%20de%2015%20a%20300.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 2011. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm)>. Acesso em: 14 out. 2015.

CAMPOS, G. W. S. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

CARDOSO, M. O.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Avaliação da cobertura da atenção básica à saúde em Salvador, Bahia, Brasil (2000 a 2007). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 7, p. 1273-1284, 2012.

CONILL, E. M.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. *Rev Bras Saude Matern. Infant.*, Recife, v. 10, supl. 10, p. 15-27, 2010.

SCOREL, S. *et al.* O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a Atenção Básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, Washington, v. 21, n. 2, p. 164-176, 2007.

GARRIDO, M. V.; ZENTNER, A.; BUSSE, R. The effects of gatekeeping: a systematic review of the literature. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, v. 29, n. 1, p. 28-38, 2011. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/02813432.2010.537015>>. Acesso em: 27 nov. 2015.

GÉRVAS, J. *et al.* Algunas causas (y soluciones) de la pérdida de prestigio de la medicina general/de familia. Contra el descrédito del héroe. *Aten Primaria*, [Internet], v. 39, n. 11, p. 615-18, 2007. Disponível em: <<http://equipocesca.org/new/wp-content/uploads/2009/03/descredito-del-heroe-2007.pdf>>. Acesso em: 27 nov. 2015.

GÉRVAS, J.; PEREZ FERNANDEZ, M. El fundamento científico de La función de filtro del médico general. *Rev Bras Epidemiol.*, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 205-18, 2005.

GÉRVAS, J.; RICO, A. La coordinación en el sistema sanitario y su mejora a través de las reformas europeas de la Atención Primaria. *SEMERGEN*, Madrid, v. 31, n. 9, p. 418-423, 2005.

GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 951-963, 2006.

———. Redes integradas, programas de gestão clínica e generalista coordenador: análise das reformas recentes do setor ambulatorial na Alemanha. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1081-1096, 2011.

GREß, S. *et al.* Co-ordination and management of chronic conditions in Europe: the role of primary care – position paper of the European Forum for Primary Care. *Quality in Primary Care*, v. 17, n. 1, p. 75-86, 2009.

HAGGERTY, J. L. *et al.* Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*, Bethesda, v. 327, p. 1219-1221, 2003.

HERNÁNDEZ, M. B. A. La continuidad asistencial entre niveles precibida por usuarios del sistema de salud en Cataluña. *Revista Española de Salud Publica*, Madrid, v. 84, n. 4, p. 371-87, 2010.

HOFMARCHER, M. M.; OXLEY, H.; RUSTICELLI, E. Improved Health System Performance Through Better Care Coordination. *OECD Health Working Papers*, Paris, n. 30, 2007.

KRINGOS, D. S. *et al.* The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions.



*BMC Health Services Research*, v. 10, n. 65, p. 1-13, 2010.  
Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/65>>. Acesso em: 27 nov. 2015.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MERHY, E. E. *Saúde a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. Hucitec: São Paulo, 2004.

MUR-VEEMAN, I.; VAN RAAK, A.; PAULUS, A. Comparing integrated policy in Europe: Does policy matter? *Health Policy*, v. 85, n.2, p. 172-183, 2008.  
Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851007001728>>. Acesso em: 27 nov. 2015.

NEY, M. S.; RODRIGUES, P. H. A. Fatores críticos para fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1293-311, 2012.

SALTMAN, R. B.; RICO, A.; BOERMA, W. G. W. *Atenção Primária conduzindo as redes de atenção à saúde: reforma organizacional na atenção primária europeia*. Berkshire:

Open University Press; 2006.

SHOEN, C. *et al.* A survey of primary care doctors in ten countries shows progress in use of health information technology, less in other areas. *Health Affairs*, v. 31, n. 12, p. 2805-2816, 2012. Disponível em: <<http://content.healthaffairs.org/content/31/12/2805.long>>. Acesso em: 27 nov. 2015.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: Unesco: Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of Primary Care to health systems and health. *The Milbank Quarterly*, Bethesda, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005.

VÁZQUEZ, M. L. *et al.* Integrated health care network in Latin America: toward a conceptual framework for analysis. *Rev Panam Salud Pública*, Washington, DC, v. 26, n. 4, p. 360-367, 2009.

---

Recebido para publicação em junho de 2015  
Versão final em outubro de 2015  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# Relações federativas no Programa Academia da Saúde: estudo de dois municípios paulistas

*Federative relations at the Programa Academia da Saúde (Health Academy Program): study of two cities of the state of São Paulo*

Paulo Henrique dos Santos Mota<sup>1</sup>, Ana Luiza d'Ávila Viana<sup>2</sup>, Aylene Bousquat<sup>3</sup>

**RESUMO** O objetivo é a análise das relações federativas na implementação do Programa Academia da Saúde em municípios do estado de São Paulo. Realizado estudo de caso com análise documental e entrevistas semiestruturadas; utilizou-se o referencial teórico do ciclo da política. Observou-se indução direta do Ministério da Saúde no município por meio da normalização, dos interesses políticos e do incentivo financeiro. A participação dos estados é burocrática e restrita à Comissão Intergestora Bipartite. Municípios são financeiramente dependentes para implementação. Não se observa possibilidade concreta de adaptação às realidades locais.

**PALAVRAS-CHAVE** Política de saúde; Federalismo; Promoção da Saúde.

**ABSTRACT** *The aim is the analysis of federal relations in the implementation of the Programa Academia da Saúde (Health Academy Program) in municipalities of the state of São Paulo. We conducted a case study with documental analysis and semi-structured interviews; we used the theoretical framework of the Policy Cycle. There was direct induction of the Ministry of Health in the municipality through standardization, political interests and financial incentive. The participation of the states is bureaucratic and restricted to the Comissão Intergestora Bipartite. Municipalities are financially dependent for implementation. It has not been seen a concrete possibility of adjustments to the program to local and regional realities.*

**KEYWORDS** *Health policy; Federalism; Health Promotion.*

<sup>1</sup> Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva - São Paulo (SP), Brasil. paulohsmota@gmail.com

<sup>2</sup> Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva - São Paulo (SP), Brasil. analuizaviana@usp.br

<sup>3</sup> Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Prática de Saúde Pública - São Paulo (SP), Brasil. aylenebousquat@usp.br

## Introdução

A Constituição Federal de 1988 tornou a saúde responsabilidade dos três níveis governamentais. O Sistema Único de Saúde (SUS) foi formado a partir dos princípios da universalidade, equidade e integralidade (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008). Cabem aos três níveis de governo (União, estados e municípios) a gestão e o financiamento do SUS, de modo a garantir a atenção à saúde segundo esses princípios (ELIAS; DOURADO, 2011).

O modelo assistencial prévio voltado preponderantemente para processos curativos foi modificado pelo SUS. Ganha destaque a atenção ao indivíduo, e não à doença, bem como a coordenação e integração dos serviços prestados. A estratégia utilizada para a realização e implantação das ações em saúde ocorreu por meio da descentralização, iniciando-se pela estadualização da gestão, avançando nos anos de 1990 para a municipalização da gestão de ações e serviços em saúde (VASCONCELOS ET AL., 2009).

O município ganhou destaque, com papel central da gestão na saúde, principalmente no que se refere à Atenção Básica (AB). Apesar de trazer resultados positivos, persistiram problemas decorrentes da intensa fragmentação do sistema, resultando em pequenos sistemas locais que expandiram o acesso à população, mas não conseguiram orientar e ordenar os serviços de saúde de forma a alterar as desigualdades regionais, o acesso e a utilização dos serviços de saúde, bem como o insuficiente gasto público em saúde. Além disso, não houve integração de serviços, instituições e práticas nos territórios nem a formação de arranjos mais cooperativos no setor (VIANA; MACHADO, 2009).

A implantação dessas políticas, em cenários de flexibilidade institucional, foi acompanhada da criação de centros decisórios autônomos e interdependentes, alcançada pelo esforço de profissionais nos diferentes níveis de governo, por meio da criação de novos critérios para alocação e

transferência de recursos, novas instâncias de negociação, envolvendo a participação dos gestores, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, por intermédio dos Conselhos de Saúde e das Comissões Intergestoras Tripartite (CIT) e Comissões Intergestoras Bipartite (CIB) (VASCONCELOS ET AL., 2009).

Com a publicação da Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001, que instituiu a Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas), a esfera estadual ganha uma nova importância. São criados instrumentos de planejamento regional envolvendo atividades de assistência à saúde, organizando recursos e responsabilidades pelos três entes federados. Estabeleceram-se mecanismos de referência e contrarreferência de forma a garantir a integração de serviços e ações e a integralidade assistencial. Priorizaram-se estratégias voltadas para medidas preventivas, realizadas por meio de ações educativas para o controle dos condicionantes de risco (ALBUQUERQUE, 2014).

O Pacto pela Saúde, lançado no ano de 2006, nasceu acompanhado de um compromisso público dos gestores do SUS para sua sustentação, sendo reestabelecido ano a ano. A questão essencial abordada pelo Pacto trata de uma rede de coordenação entre os entes federativos, apontando para a necessidade de melhorar e estruturar uma maior coordenação e cooperação entre os três entes federados. Deu-se ênfase aos desafios prioritários para a saúde da população, sendo articulados em três componentes que iriam guiar o compromisso: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão do SUS (ALBUQUERQUE, 2014).

Com o lançamento do Decreto Presidencial nº 7.508 em 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990, o processo de regionalização do SUS ganha centralidade na política de saúde. Reafirma-se a AB como ordenadora do cuidado. Define-se que o acesso universal e igualitário deve ser orientado dentro de uma rede regionalizada

e hierarquizada. O planejamento das ações passa a ser ascendente e realizado de forma integrada entre União, estado e município, baseado nas diretrizes formuladas pelos Conselhos de Saúde (municipais, estaduais e nacional), levando-se em conta as necessidades de saúde e a disponibilidade dos recursos financeiros e pactuado das CIB e CIT.

Os atores provenientes de tais comissões e conselhos passam a tomar parte nas definições regionais, tendo em vista o caráter federativo do processo de descentralização da área, e se associam a esses representantes da sociedade, gerando assim uma maior participação popular no processo de tomada de decisão (VIANA; LEVCOCITZ, 2005).

De forma concomitante às questões relacionadas com a gestão da saúde, o Ministério da Saúde trabalha em ações voltadas para a prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (BRASIL, 2010, 2011) dentro de um contexto do aumento dessas e da diminuição de incidência de doenças infectocontagiosas (SCHMIDT ET AL., 2011).

Com essas preocupações e inspirado em experiências exitosas levadas a cabo em Minas Gerais e Pernambuco, o Ministério da Saúde lança, em abril de 2011, a Portaria nº 719, que cria o Programa Academia da Saúde (PAS) (COSTA ET AL., 2013; HALLAL ET AL., 2010). Este tem como objetivo principal contribuir para a promoção da saúde da população assistida por meio da implementação de um polo com infraestrutura adequada e recursos humanos qualificados. Prevê a prática intersetorial em suas ações, participação popular, além de ser parte do cuidado integral ao usuário.

Deverão ser estruturados 'espaços saudáveis' que devem promover ações de promoção da saúde de forma intersetorial, estimulando a atividade física/práticas corporais, o lazer, modos de vida e práticas alimentares saudáveis em determinado território, em articulação com a rede de Atenção Básica à Saúde.

O presente trabalho tem como objetivo analisar as relações federativas na implementação do PAS em municípios selecionados do estado de São Paulo.

## Método

O referencial teórico utilizado foi o ciclo da política, a partir da perspectiva de um estudo de caso, sendo utilizada a abordagem qualitativa. Tal ciclo subdivide o processo político em cinco fases: (1) montagem da agenda; (2) formulação da política; (3) tomada de decisão; (4) implementação da política e (5) avaliação da política. Esse visa a representação de um complexo processo envolvendo diferentes etapas e tem como objetivos centrais questionar a ação pública, seus determinantes, finalidades, processos e consequências (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013).

A principal contribuição do ciclo da política é a percepção da existência de diferentes momentos no processo de construção de dada política. Leva-se em conta a necessidade de reconhecer as especificidades de cada um desses momentos (BAPTISTA; REZENDE, 2011).

O estudo de caso trata de investigar um fenômeno contemporâneo em um contexto de vida real, estando os limites entre o fenômeno e o contexto não claramente evidentes. A escolha dessa modalidade de estudo ocorreu pela possibilidade de investigar questões empíricas no contexto atual; explorar situações da vida real e explicar as variáveis causais do fenômeno estudado diante das situações complexas referentes à tomada de decisões e seus possíveis resultados. Dessa forma, o estudo de caso fornece conhecimento aprofundado de uma realidade delimitada, sem existir, por parte do pesquisador, controle dos eventos comportamentais (GIL, 2002). Para tal, foram definidas duas formas de extração de dados: análise documental e entrevistas semiestruturadas.

A análise documental buscou compreender estudos de base normativa, tais como: Decretos e Portarias para a política de inserção e construção do PAS, assim como atas das reuniões das CIB e notas técnicas.

As entrevistas foram realizadas com atores-chave municipais, que participaram dos processos de montagem da agenda, formulação da política, tomada de decisão e implementação da política. Foram realizadas com secretários municipais de saúde, coordenadores de Atenção Básica (AB), coordenador de práticas integrativas e complementares e gestor do polo PAS. Como critério de inclusão para entrevista, foi utilizado o período de ao menos seis meses na função.

Foram selecionados dois municípios, utilizando-se os seguintes critérios: 1) municípios que aderiram ao programa por intermédio de critérios de similaridade como previsto na Portaria nº 1.402, de 15 de junho de 2011 – entende-se dessa forma que, por estarem atuando há mais tempo, a aprendizagem dos gestores e profissionais em lidar com as problemáticas envolvidas na estruturação e implementação do programa poderiam suprir as perguntas da pesquisa; 2) pertencerem a diferentes regiões de saúde estabelecidas a partir do Decreto Federal nº 7.508 de junho de 2011, que regulamenta o processo de regionalização da saúde no Brasil.

As entrevistas semiestruturadas foram gravadas e transcritas para meio eletrônico, procedendo-se análise a partir de leitura geral dos textos e subsequentes aproximações sucessivas. Dessa forma foi possível identificar elementos de maior recorrência e relevância a partir da visão dos atores participantes. Organizou-se os temas em duas dimensões e duas subdimensões: 1) contexto político e histórico da entrada na agenda – configuração histórica de promoção da saúde, problematização da implementação; quando e como se configurou a proposta das Academias da Saúde – e 2) dinâmica de

ação dos entes federativos – participação entes federativos na implementação, mudanças e inflexões relativas às iniciativas federais e dinâmica entre os entes na coordenação de prevenção e promoção. Por fim, foi realizada verificação de existência ou não de convergência entre as respostas dos atores entrevistados.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo com protocolo de número 21553114.1.0000.0065. Os municípios não serão identificados devido à solicitação de um dos gestores entrevistados.

## Resultados e discussão

O presente estudo teve como ponto de partida o caso de dois municípios do estado de São Paulo. O município A, de grande porte, localiza-se na região de saúde do Alto do Tietê, e o município B pertence à região do Vale do Paraíba/Região Serrana sendo de pequeno porte.

O relativo curto período entre o lançamento da Portaria nº 719, de abril de 2011, dando início ao PAS, e o desenvolvimento da presente pesquisa levou à restrição dos casos estudados. Esses primeiros municípios podem traduzir uma expressão de como o programa a curto prazo aponta problemas e respostas, possibilitando, assim, ajustes para uma possível reentrada no processo do ciclo da política e a maturação do programa.

Por outro lado, um estudo realizado com maior tempo de implementação do programa possibilitaria uma maior diversidade de municípios, gerando um maior entendimento da realidade do processo de implementação. Ainda assim, a inclusão de dois municípios com diferentes características socioeconômicas, geográficas e populacionais permitiu verificar a interação do ciclo da política pública nos contextos locais.

Foram entrevistados os seguintes

gestores dos dois municípios: secretário municipal de saúde, secretário adjunto de saúde, coordenador de AB, coordenador de práticas integrativas e complementares e gestor do polo.

No município A, tanto o secretário adjunto de saúde como o coordenador de AB se encontram em seus cargos há mais de dois anos. O coordenador de práticas integrativas e complementares exerce a função em um período entre 13 e 24 meses, e o gestor do polo PAS encontra-se no cargo há oito meses, sendo anteriormente coordenador de Unidade Básica de Saúde (UBS).

No município B, o gestor se encontra no cargo há mais de quatro anos, acumulando a função de gestor do polo PAS desde o momento de sua instituição, no ano de 2011. Segundo este, não existe necessidade de contratação de um profissional específico para a função, uma vez que se trata de um município de pequeno porte, onde são escassos os recursos financeiros, e as demandas como secretário de saúde permitem que acumule tal função.

## Entrada na agenda e formulação da proposta

Políticas de promoção da saúde começam a surgir de forma mais incipiente na agenda do governo federal a partir dos anos 2000. Concomitantemente, gestores locais criam ações voltadas para promoção de atividade física, prevenção de violência, redução da mortalidade no trânsito, entre outras (MALTA ET AL., 2014).

Com a inclusão na agenda federal entre os anos de 2008-2011, por meio de agregação no Pacto pela Vida, a Política Nacional de Promoção à Saúde e a publicação do Plano Nacional de Enfrentamento das DCNT, o tema ganha maior destaque, com foco no combate ao tabagismo, alimentação inadequada, inatividade física e consumo excessivo de bebidas alcoólicas (BRASIL, 2006, 2010, 2011;

MALTA ET AL., 2014).

O lançamento do PAS eleva a preocupação com tais fatos a um programa em desenvolvimento e implementação. Fato esse realizado, segundo nota técnica 16/2011 do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), sem pactuação pelos gestores do SUS. O tema somente foi abordado nos grupos de trabalho de Atenção à Saúde e de Vigilância à Saúde da CIT ao se propor os fatos para a operacionalização do programa, não havendo, portanto, qualquer discussão nessa instância a respeito de sua formulação.

Segundo secretário adjunto do município A, o PAS entra na agenda e é formulado no seio das políticas nacionais voltadas à promoção da saúde/intervenções relacionadas com atividades físicas e mudanças de hábitos alimentares. São implementadas não somente visando ao alcance de parcela populacional sujeita às interferências dos fatores de risco, mas também visando a formas de promoção da saúde conduzidas em diferentes níveis (individual, grupos específicos e populações), contextos (clínicas, escolas, local de trabalho e mídia) e abordagens (aconselhamento individual, educação, regulamentos, modificações ambientais).

## Tomada de decisão e a implementação do PAS

A Portaria nº 719, de abril de 2011, trata que, nos processos de formulação, tomada de decisão e implantação do programa, cada um dos entes federativos (União, estados e municípios) tem compromissos e características próprias de atuação.

O planejamento ocorre prioritariamente por ações do Ministério da Saúde envolvendo aspectos, como a entrada na agenda de discussão política, tomada de decisão, proposição de intervenções, identificação de necessidades, elaboração de estratégias e articulação com atores, para operacionalizar determinada política ou programa.

Sua influência é acompanhada por meio de métodos de indução utilizados pelo Ministério da Saúde sobre os municípios que irão aderir ao programa.

Tais métodos indutivos ocorrem por meio da divulgação de Portarias relativas às diferentes políticas e programas estabelecidos e, sobretudo, na forma de incentivos financeiros para a implantação e para o custeio do programa em cada município.

Foram apontadas as duas formas de indução federal. Em ambos os casos, houve o processo indutivo por meio de portarias, contemplando critérios de similaridade com programas previamente existentes, por portaria e por intermédio de custeio. Os casos estudados ainda apresentam polos do programa construídos ou em construção por incentivo federal.

O município A recebe incentivo para a construção de 11 polos, e o município B, para a construção de um polo. Em ambos os casos, um polo foi instituído por critérios de similaridade com programas previamente estabelecidos que apresentavam objetivos comuns ao PAS.

Ao avaliar nota técnica de número 22/2012 do Conass, nota-se que os critérios de seleção das cidades contempladas como prioridades foram estabelecidos pelo Ministério da Saúde sem qualquer processo de pactuação ou discussão tripartite. Tais critérios foram: porte populacional, condição de vulnerabilidade social (população em situação de extrema pobreza) e proporção de propostas cadastradas por unidade federativa.

Segundo informações apontadas pelos gestores municipais dos casos analisados, o processo de indução federal-municipal se acentua pela pouca presença da figura do governo do estado na tomada de decisão e implementação de programas federais. A figura do ente estadual não é presente no processo de articulação do programa.

O envolvimento estadual com o PAS ocorre de forma estritamente burocrática,

ou seja, é um mecanismo de passagem de informações e autorizações, uma vez que essas, advindas do governo federal para a implementação, ou qualquer outra alteração dentro do plano de trabalho do programa, deve ter o consentimento da CIB, assim como da Divisão Regional de Saúde (DRS) referente ao município, no caso do estado de São Paulo.

Esse fato também foi observado quando da análise das atas das reuniões da CIB do estado de São Paulo, no período de abril de 2011 (mês em que foi promulgado o primeiro decreto referente ao Programa) a outubro de 2014. Nessas atas, não há relato de discussão sobre quaisquer questões relativas ao Programa. Desse modo, das 42 atas analisadas no período acima citado, 27 (64,3%) apresentam alguma informação referente ao PAS. Em todas essas atas, os temas abordados são aprovações para solicitação de verbas para construção e/ou custeio (43%), mudanças de endereços (24%), solicitação de emenda parlamentar para a construção do polo (29%), informes (2%) e mudanças de convênio com o Ministério da Saúde (2%); confirmando que o envolvimento para estabelecimento do programa é realizado de forma ativa somente nas esferas federal e municipal.

Na implementação do PAS, os gestores locais afirmam que o processo de pactuação e articulação entre União e municípios é frágil, uma vez que ocorre de forma normativa e financeira com pouco ou nenhum apoio para a formação técnica do profissional e integração à rede de atenção à saúde.

Ao estudar os contextos federativos para a implantação da Rede Amamenta Brasil em Porto Alegre (RS), Corumbá (MS) e no Distrito Federal (DF), Venâncio *et al.* (2013) apresentam no contexto federal um caráter homogêneo de influência para a implantação de programas por meio de portarias federais e aporte de recursos financeiros. No nível estadual, relatam uma dificuldade de diálogo entre os diferentes municípios,

assim como a priorização de programas próprios. Finalmente, no contexto municipal, apontam o apoio com recursos financeiros em um dos municípios como diferencial positivo para a implantação da política, e como um problema que dificulta seu estabelecimento a concorrência com outros programas similares e a distância entre o implantador da política de sua execução e coordenação.

A implantação do PAS em um município de grande porte aumenta a burocracia e pode vir a impedir a autonomia do gestor responsável pelo serviço. Tal problema não ocorre em município de pequeno porte, uma vez que a proximidade física leva a um maior entendimento das necessidades para a execução de uma determinada ação.

O financiamento é apontado como o principal fator de dificuldade para

implementação, execução e expansão do programa. São repassados, pelo Ministério da Saúde, recursos na forma de custeio, voltados para a contratação e pagamento dos profissionais que atuam no programa.

São duas as formas de transferência de recursos, ambas na modalidade fundo a fundo. A primeira ocorre por meio de repasses via Piso da Atenção Básica Variável, e somente ocorre quando existe vínculo entre o polo do PAS e um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), sendo que cada Nasf pode ter somente três polos do programa vinculados. A segunda forma decorre da transferência fundo a fundo financiada pelo Piso Variável da Vigilância e Promoção da Saúde, mediante vínculo do polo com uma UBS. O *quadro 1* apresenta maiores detalhes sobre as transferências de recursos.

Quadro 1. Tipos de incentivo recebidos para implementação do PAS. 2014

Incentivos PAB Variável	Valor	Condições para recebimento do recurso
Atenção Básica	R\$ 3.000 mensais por polo	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Possuir Nasf</li> <li>2. Possuir polo do PAS construído com o incentivo de investimento do Ministério da Saúde, devendo o polo estar vinculado a esse Nasf;</li> <li>3. Possuir programa habilitado como iniciativa similar ao PAS, habilitado em portaria do MS.</li> <li>4. Serão custeados somente três polos por Nasf.</li> </ol>
Vigilância e Promoção em Saúde	R\$ 36.000 anual por município	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Não ter Nasf no município.</li> <li>2. Possuir polo do PAS construído com o incentivo de investimento do Ministério da Saúde.</li> <li>3. Possuir programa habilitado como iniciativa similar ao PAS, habilitado em portaria do MS.</li> </ol>

Todos os gestores municipais enxergam limites financeiros e ausência de autonomia para a implantação e manutenção do programa. As principais dificuldades residem no pagamento de profissionais capacitados e em melhorias e reformas de infraestrutura. Esse cenário gera dependência do nível federal para continuidade do programa. Não há menção ao ente estadual, pois, como afirmado acima, sua ação ocorre somente no nível formal.

Soares e Paim (2011), ao estudarem aspectos relacionados com a implantação da Política de Saúde Bucal em Salvador (BA), apresentaram informações que vão ao encontro dos achados do presente estudo, relacionando a implantação dessa política à ausência de autonomia financeira por parte do município, tornando-o dependente de recursos dos outros entes federativos para sua resolução.

Tal dependência financeira é abordada por Machado (2012) como um dos modelos



adotados nos primórdios do SUS e intensificados a partir dos anos 2000, para indução de programas e políticas, juntamente ao planejamento e regulação de ações estratégicas. Esse modelo começa a partir de 2003 a sofrer grande número de críticas devido à normalização e burocratização das relações intergovernamentais. A forma de alteração dessa prática, em que existe a ênfase na indução, é apresentada no Pacto pela Saúde com a proposição de definir responsabilidades coletivas entre os entes federados, ou seja, em uma estrutura lógica em que existe apoio intergovernamental (LIMA; QUEIROZ, 2012).

Ao acentuar as proposições da Noas, o Decreto nº 7.508 concede maiores poderes e responsabilidades ao ente estadual por meio de operacionalização, financiamento e administração compartilhada dos programas e ações. Estabelece responsabilidades individuais e solidárias para a construção da rede de atenção à saúde. Em contrapartida, o Ministério da Saúde mantém propostas de articulação fundamentada na relação União-município, sendo induzidas de forma prévia ao Decreto (MACHADO, 2012).

Ao estudar o PAS, apresentado em 2011, poucos meses antes do lançamento do Decreto 7.508, a relação e o apoio intergovernamental aparecem fragilizados, sobretudo na figura dos estados da federação. A relação União-município se mantém, como relatado anteriormente, ao Decreto nº 7.508, em que portarias e incentivos financeiros apresentam o tom para o processo de implementação com foco na descentralização para as esferas municipais (ALBUQUERQUE, 2014).

Constata-se a manutenção de uma estratégia de financiamentos por parte do Ministério da Saúde, em que a regularidade das transferências decorre da fidelização das esferas subnacionais à política induzida. A União mantém o poder de decisão na forma pela qual os recursos podem ou não ser aplicados, expressando suas prioridades (MACHADO, 2012).

No contexto de indução federal e de baixo

apoio intergovernamental, a necessidade de articulação e de pactuação entre diferentes esferas de gestão governamental do SUS é uma questão central para a consolidação do sistema (VIANA; MACHADO, 2009).

Baptista (2007), em artigo de análise das portarias ministeriais, no período entre 1990 e 2002, aponta as ações do Ministério da Saúde como práticas centralizadoras e verticais, por meio da utilização de instrumentos indutivos que submetem os níveis subnacionais, principalmente os municípios. Segundo a autora, tal modalidade de relacionamento acaba acomodando as esferas municipais e, principalmente, as estaduais, uma vez que o Ministério sustenta suas políticas com garantias, recursos e benefícios.

Uma vez articuladas, as ações do PAS na rede de atenção municipal e no poder político poderiam minimizar as dificuldades de integração com outros serviços, reforçando o conceito de integralidade, estendendo a oferta organizada de serviços de assistência e prevendo garantias de referência e contrarreferência na rede de atenção. O desenvolvimento de tais articulações poderia levar a um estágio mais avançado de organização entre os diversos níveis e/ou equipamentos de atenção (GIOVANELLA ET AL., 2002).

## Conclusão

O PAS entra na agenda federal a partir da mudança epidemiológica e demográfica da população brasileira. Esse ente acaba por induzir os municípios a implementar programas a partir da lógica federal, por meio de normalização e, principalmente, da disponibilidade de incentivos financeiros.

Sua implantação ocorre de forma indutiva pelo Ministério da Saúde diretamente aos municípios, havendo a participação dos estados de forma discreta, utilizando a CIB como instrumento meramente burocrático.

É, portanto, incongruente com as propostas de gestão propostas tanto pelo Decreto

nº 7.508, de 2011, quanto pelo Pacto pela Saúde em que se almeja construir uma responsabilização coletiva entre os três entes federativos sobre os programas e políticas implantados no âmbito do SUS.

O PAS, assim como outros programas recentes, é introduzido em um contexto de mudanças de relações entre os entes federativos, e por se basear em programas de

iniciativas focalizadas, configura-se como uma ação que ainda é implantada como aqueles iniciados na década de 1990 no contexto da descentralização, por meio de forte indução federal ao município, por meio de incentivos e recursos financeiros para subsidiar uma agenda federal, não havendo possibilidade de reais adaptações do programa em relação às realidades locais e regionais. ■

## Referências

- ALBUQUERQUE, M. V. *The regional focus in Brazilian health policy (2001-2011): national guidelines and the regionalisation process in the states*. São Paulo: USP, 2014.
- BAPTISTA, T. W. F. Analysis of rulings by the Brazilian Ministry of Health and reflections on national health policy management. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 615-626, mar. 2007.
- BAPTISTA, T. W. F.; REZENDE, M. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. (Org.). *Caminhos para análise das políticas de saúde*. Rio de Janeiro: IMS, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão*. Brasília, DF, 2006.
- . Ministério da Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Brasília, DF, 2011.
- . Ministério da Saúde. *Política nacional de promoção da saúde*. Brasília, DF, 2010.
- COSTA, B. V. L. *et al.* Academia da cidade: um serviço de promoção da saúde na rede assistencial do Sistema Único de Saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 95-102, jan. 2013.
- ELIAS, P. E. M.; DOURADO, D. A. Sistema de saúde e SUS: saúde como política social e sua trajetória no Brasil. In: IBANEZ, N.; ELIAS, P. E. M.; SEIXAS, P. H. D. (Org.). *Política e gestão pública em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2011.
- GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas, 2002.
- GIOVANELLA, L. *et al.* Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 37-61, jan./abr. 2002.
- HALLAL, P. C. *et al.* Avaliação do programa de promoção da atividade física Academia da Cidade de Recife, Pernambuco, Brasil: percepções de usuários e não-usuários. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 70-78, jan. 2010.
- HOWLETT, M.; RAMESH, M.; PERL, A. *Política pública: seus ciclos e subsistemas*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.
- LIMA, L. D.; QUEIROZ, L. F. N. O Processo de descentralização e regionalização do SUS no contexto do pacto pela saúde. In: MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; LIMA, L. D. (Org.). *Políticas de saúde no Brasil, continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 229-252.
- MACHADO, C. V. O Modelo de intervenção do Estado na saúde: notas sobre a atuação federal. In: MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; LIMA, L. D. (Org.). *Políticas de Saúde no Brasil, continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 117-148.

- MALTA, D. C. *et al.* A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4301-4312, nov. 2014.
- NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 435-472.
- SCHMIDT, M. I. *et al.* Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *The Lancet*, Londres, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, 2011.
- SOARES, C. L. M.; PAIM, J. S. Aspectos críticos para a implementação da política de saúde bucal no Município de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 966-974, maio 2011.
- VASCONCELOS, C. M. *et al.* O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* *Tratado de saúde coletiva*. 2. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2009.
- VENÂNCIO, S. I. *et al.* Análise de implantação da rede amamenta Brasil: desafios e perspectivas da promoção do aleitamento materno na atenção básica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 2261-2274, nov. 2013.
- VIANA, A. L. d'Á.; LEVOCOCITZ, E. Proteção social: introduzindo o debate. In: VIANA, A. L. d'Á.; ELIAS, P. E. M.; IBANEZ, N. (Org.). *Proteção social: dilemas e desafios*. São Paulo: Hucitec, 2005.
- VIANA, A. L. d'Á.; MACHADO, C. V. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 14, n. 3, p. 807-817, jun. 2009.

---

Recebido para publicação em maio de 2015

Versão final em outubro de 2015

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: bolsa de mestrado acadêmico da Fapesp.

Processo número: 2013/06858-7

# Prefeitos eleitos, descentralização na saúde e os compromissos com o SUS

*Elected mayors, health decentralization and commitments with the SUS*

Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato<sup>1</sup>, Evangelina Martich<sup>2</sup>, Ingrid D'avilla Freire Pereira<sup>3</sup>

**RESUMO** O artigo analisa a municipalização na saúde por meio das proposições para a política de saúde de prefeitos eleitos no ano de 2012. Realizou-se análise documental das plataformas de governo dos então candidatos e de documentos oficiais da política e da gestão municipais de saúde – Relatórios das Conferências Municipais de Saúde e Planos Municipais de Saúde – de 24 municípios brasileiros nas cinco regiões do País. Os resultados indicam que os programas das candidaturas, em geral, incorporam a defesa do direito à saúde, embora principalmente através da ampliação da oferta de serviços médicos.

**PALAVRAS-CHAVE** Política de saúde; Descentralização; Governo local.

**ABSTRACT** *The article analyzes the municipalization of health by means of propositions for health policy of mayors elected in the year 2012. Documentary analysis was carried out on the so candidates' government platforms and on official documents of the municipalities' health policy and management, i.e., Municipal Health Conferences Reports and Municipal Health Plans, of 24 municipalities in the five regions of the Country. The results indicate that the candidatures generally incorporate the defense of the right to health, although mainly through the increasing of medical services supply.*

**KEYWORDS** *Health policy; Decentralization; Local government.*

<sup>1</sup> Universidade Federal Fluminense (UFF), Escola de Serviço Social, Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social – Niterói (RJ), Brasil. lenauralobato@uol.com.br

<sup>2</sup> Universidade Federal Fluminense (UFF), Escola de Serviço Social, Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social – Niterói (RJ), Brasil. evangelinamartich@hotmail.com

<sup>3</sup> Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. ingriddavilla@gmail.com

## Introdução

O Brasil é uma federação de mais de um século e a dinâmica federativa sempre teve forte influência sobre o desenvolvimento do Estado e sua operação através de políticas públicas. A Constituição de 1988 definiu que a responsabilidade pela provisão da maioria dos serviços públicos, em especial os sociais, é comum aos três níveis de governo. Essa descentralização tem sido traduzida pelo componente da municipalização e faz parte das especificidades do desenho federativo brasileiro, uma vez que este incorporou os municípios, juntamente com os estados,

como partes integrantes da federação, refletindo uma longa tradição de autonomia municipal e de escasso controle dos estados sobre as questões locais. (SOUZA, 2005, P. 110).

À tradicional autonomia do nível local agregou-se um papel inédito e central dos municípios na condução das políticas sociais, particularmente as de saúde.

Sabe-se que a adesão do nível municipal à política pública influencia seu desempenho. Contudo, essa adesão não se restringe aos mecanismos institucionais internos à própria política (regras, incentivos, pactuações etc.); depende, também, do grau de adesão política dos prefeitos. Políticas descentralizadas podem ser mais ou menos permeáveis aos programas eleitorais e às opções ideológicas dos candidatos, e isso pode influenciar sua implementação. Considerando que, desde a Constituição de 1988, a política de saúde tem se pautado, em maior ou menor grau, pelos princípios da chamada Reforma Sanitária, que instituiu a universalização, o direito à saúde e criou o Sistema Único de Saúde (SUS), pergunta-se em que medida esses princípios têm sido incorporados pelos programas de governo dos candidatos a prefeito. Em outras palavras, quais são os compromissos dos candidatos a prefeitos com o SUS.

Este artigo apresenta alguns resultados da pesquisa 'Novos prefeitos e os compromissos do SUS', que teve como um de seus objetivos analisar as propostas de governo de prefeitos eleitos no ano de 2012, suas proposições para a política de saúde e para as políticas sociais. Para tanto, o artigo analisa as propostas dos prefeitos eleitos em 2012 e as confronta com documentos-base da gestão e da política municipal de saúde, a saber, os Relatórios das Conferências Municipais de Saúde e os Planos Municipais de Saúde de 24 municípios brasileiros selecionados nas cinco regiões do País.

O artigo expõe, a seguir, uma breve discussão sobre a descentralização na saúde e o papel dos municípios. Em sessão seguinte, relata os métodos da pesquisa, seguidos de seus resultados e conclusões.

## A descentralização do SUS e o papel da esfera municipal

Ao se discutir descentralização, tem sido comum ter como objeto os casos das políticas de saúde e de educação, especialmente a partir de meados dos anos 1990, quando essas políticas foram municipalizadas, ou seja, quando os municípios passaram a ser os principais provedores de serviços.

O grau de descentralização e a forma como ela se dá são afetados pela dinâmica política e social interna a cada localidade, em que têm lugar relevante as pressões exercidas pela sociedade civil sobre o governo local e o próprio projeto político de cada gestão. A municipalização de políticas públicas se deu no Brasil de forma bastante desigual tanto pela diversidade de situações financeiras e capacidade administrativa dos municípios como pela vontade política de cada governo municipal de utilizar seus recursos na promoção de políticas públicas ou continuar solicitando auxílio das esferas estadual e federal para viabilizar ações de governo (ABRUCIO; FRANZESE, 2007).

Dentre os aspectos que comprometem este quadro estão as contradições entre o desenho federativo brasileiro e o que se pode denominar ‘federalismo da saúde’, ou seja, o modo como o pacto federativo na saúde tem se caracterizado a partir da transferência de atribuições e responsabilidades para os municípios. Nesse contexto, surgem dilemas como o esvaziamento do papel dos estados vis-à-vis a centralização, em âmbito nacional, da formulação e indução das políticas.

Como contraponto ao aparente sucesso da efetivação do poder local a partir da municipalização, há também entraves importantes levantados por diversos autores:

(a) as políticas públicas são, particularmente, formuladas pelo nível federal e impostas às instâncias subnacionais.

Como afirma Arretche (2013), a União tem ampla competência legislativa e conta com autoridade regulatória para as políticas executadas pelos governos subnacionais. A interdependência revelou-se, quase sempre, como imposição centralizadora e por diversas vezes autoritária de uma força maior e praticamente acima do pacto federativo, qual seja, o governo federal.

(b) a descentralização produz uma fragmentação do poder sem necessariamente alterar de maneira positiva a alocação dos recursos públicos locais.

A baixa capacidade tributária dos municípios brasileiros é ainda maior sob o ponto de vista comparado (ABRUCIO, 2006). Oliveira (2006) afirma que o sistema tributário brasileiro gera elevada carga tributária (cerca de 35% do PIB), mas destoa de princípios importantes das finanças públicas: competitividade, equidade e simplicidade. Isso funciona como fator de desestímulo para o crescimento econômico e gera maior ônus às camadas da sociedade de menor renda, contribuindo para aumentar o processo de

concentração de renda.

A proposta de construção da política de saúde impõe desafios à adoção de mecanismos de compensação das diferenças regionais que marcam a federação, o que seria possível a partir da constituição de novas relações fiscais e orçamentárias entre os governos. O atual modelo de federalismo fiscal, marcado pela política de estabilização econômica e contenção de gastos em saúde, acabou produzindo constrangimentos e ampliando os desequilíbrios já existentes entre os estados e municípios da federação (LIMA, 2008-2009).

Juntamente com as dimensões da política fiscal, é necessário reconstruir o modelo de federalismo. Para compensar as profundas disparidades existentes no País, também uma reforma tributária deveria contemplar a estruturação de um sistema de transferências compensatórias, visando assegurar um padrão mínimo de capacidade de gasto orçamentário para que os entes da federação possam atender às demandas da população por políticas públicas em condições menos desiguais (OLIVEIRA, 2006).

Rezende e Afonso (2004) afirmam também que a autonomia que se concedeu aos municípios com a Constituição não pôde ser plenamente exercida. Ainda que estudos empíricos mostrem que estados e municípios aumentaram o volume de recursos aplicados em atividades sociais como saúde e educação, a maior parte dos recursos financeiros necessários para melhorar a qualidade de vida vem das contribuições sociais arrecadadas pelo governo federal.

(c) a descentralização é também expressão de competitividade entre os entes federativos.

Desde a fundação da federação, as desigualdades regionais vêm sendo reforçadas pela existência de um número enorme de municípios pequenos, com baixa capacidade de sobreviver apenas com recursos próprios.

Outra heterogeneidade constitutiva do federalismo brasileiro são as diferenças no processo de formação das elites locais no País e a forte rivalidade entre elas (ABRUCIO, 2006).

No plano fiscal, Rezende e Afonso (2004) acreditam que se deva buscar um equilíbrio entre competição e cooperação entre os entes no sentido de reduzir distâncias e competir para gerar eficiência e qualidade dos serviços públicos. Já Arretche (2002, P. 44), afirma que

nos estados federativos em que a política social está no centro dos mecanismos de legitimação política dos governos, a competição entre os estados tende a implicar expansão da oferta de serviços sociais.

Assim, as relações intergovernamentais não são inexistentes, mas altamente competitivas tanto vertical como horizontalmente, e marcadas pelo conflito, principalmente entre os que governam as grandes cidades e os que governam os estados. Nesse contexto, a instância mediadora tem sido o Supremo Tribunal Federal, a quem compete o controle da constitucionalidade. Porém,

suas ações não objetivam defender a autonomia dos estados frente à legislação federal, mas sim pedir o reconhecimento judicial sobre a inconstitucionalidade de decisões tomadas pelas assembleias constituintes estaduais. (SOUZA, 2005, P. 114).

Na saúde, as instâncias de pactuação já consolidadas garantem níveis razoáveis de cooperação entre os entes, dando maior estabilidade às regras institucionais setoriais. Essa pactuação é fundamental para superar as limitações do ‘municipalismo autárquico’, que ‘incentiva a prefeiturização’ e torna os prefeitos atores por excelência do jogo local e intergovernamental’ (ABRUCIO, 2006), e para estimular uma das principais diretrizes do SUS, a regionalização, talvez a de implementação mais atrasada.

A mais recente iniciativa de institucionalização da regionalização, o Pacto pela Saúde, baseia-se no fortalecimento da pactuação política entre os entes federados e na diversidade econômica, cultural e social para a redefinição de regiões de saúde. Pode-se dizer, com base em Lima e Viana (2011), que o Pacto pela Saúde representa uma inflexão na forma de atuação do governo central e nas relações federativas no SUS, expressando o compromisso entre os gestores para o fortalecimento da gestão compartilhada do SUS ao acentuar a necessidade de cooperação intergovernamental na política de saúde e elevar o protagonismo dos estados e municípios na condução da regionalização. O Pacto pela Saúde melhorou as transferências diretas de recursos do nível federal para estados e municípios. Isso, contudo, não significou maior autonomia para os níveis subnacionais no uso de tais recursos, já que as transferências são para ações e programas específicos determinados previamente pelo nível central (MACHADO ET AL., 2014).

A pactuação setorial também não é capaz de eliminar a competição nas áreas fiscal e tributária, a dependência do nível federal e as recorrentes restrições financeiras, interferindo na eleição de prioridades pelos candidatos. Por outro lado, a lógica eleitoral às vezes impede a associação entre municípios de uma mesma região quando há oposição partidária entre prefeitos. Nesses casos, os gestores municipais criam serviços que poderiam ser otimizados se ofertados em associação com outros municípios, ou repassem serviços a organizações privadas, por vezes, atendendo também a interesses particularistas ou eleitorais, ou simplesmente não garantem os serviços necessários aos seus munícipes, fazendo com que a população procure por sua própria conta e risco os serviços de que necessitam em outras localidades. Essa lógica conta também com a persistência de práticas de cunho clientelista e de corrupção (FARAH, 2001).

É nesse contexto que ocorrem as opções

locais de incorporação das diretrizes do SUS pelos prefeitos.

## Métodos

O estudo adotou como procedimento metodológico a análise documental. A primeira fonte de dados foram as Propostas de Governo dos prefeitos eleitos no ano de 2012 para a gestão 2013-2016. Tais propostas foram confrontadas com o contexto da política de saúde do município por meio dos relatórios das Conferências Municipais de Saúde imediatamente anteriores ao pleito de 2012 e dos Planos Municipais de Saúde com vigência entre os anos de 2010 e 2013.

A Proposta de Governo é o documento no qual constam as principais orientações políticas, os compromissos e as medidas de governo. A partir das eleições municipais do ano de 2012, o Tribunal Superior Eleitoral passou a exigir o registro dos programas de governo dos candidatos e a disponibilizá-los em seu site (BRASIL, 2013).

Os relatórios das Conferências Municipais de Saúde expõem as negociações e disputas sobre os problemas, bem como as propostas para a política de saúde no âmbito local, e têm “importância como mediadores entre a Conferência e o cotidiano da formulação de políticas” (GUIZARDI ET AL., 2004, P. 17).

Já os Planos Municipais de Saúde, são a base para a execução, o monitoramento e a avaliação da gestão local de saúde. Os Planos se realizam a partir da análise situacional do município, da análise crítica dos dados epidemiológicos e das condições financeiras. Consideram-se também os determinantes e condicionantes de saúde e gestão da saúde. O Plano Municipal é o esforço para planejar a resposta dos municípios frente aos problemas de saúde na população que habita em seu território e deve estar em consonância com os Planos Estadual e Nacional de Saúde. De acordo ao Art. 2º da Portaria 3.332/2006

(BRASIL, 2006), o Plano Municipal de Saúde é o instrumento que “apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas” (§ 1º do Art. 2º).

Selecionaram-se 24 municípios em todas as regiões do País. Para a seleção, adotou-se como critério de inclusão as capitais brasileiras – exceto as metrópoles – e os municípios com mais de 500.000 habitantes segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Dentre os municípios, foram excluídos os que não possuíam todos os documentos para análise: Belém, Porto Velho, Palmas, Aracaju, Feira de Santana, Nova Iguaçu, São Gonçalo, São José dos Campos, Sorocaba e Contagem. A seleção final incluiu: Boa Vista (RR); Rio Branco (AC); Jaboatão dos Guararapes (PE); Maceió (AL); Natal (RN); João Pessoa (PB); Teresina (PI); São Luis (MA); Cuiabá (MT); Campo Grande (MS); Goiânia (GO); Duque de Caxias (RJ); Campinas (SP); Guarulhos (SP); Osasco (SP); Ribeirão Preto (SP); São Bernardo do Campo (SP); Santo André (SP); Juiz de Fora (MG); Uberlândia (MG); Vitória (ES); Joinville (SC); Londrina (PR) e Florianópolis (SC).

Para analisar os documentos, foram selecionadas dimensões analíticas relevantes ao SUS a partir da literatura. Selecionaram-se as dimensões Reforma Sanitária, Financiamento, Integralidade, Regionalização, Participação Social, Intersetorialidade e Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. A cada dimensão corresponderam categorias e variáveis e temas que permitiram relacionar aspectos teóricos com os documentos selecionados. Um resumo dessa matriz encontra-se no *quadro 1*. As proposições dos documentos eram identificadas de acordo com as categorias e inseridas na matriz, uma para cada município. Para a apresentação dos resultados a seguir, os casos foram sistematizados para o conjunto dos municípios segundo cada uma das dimensões da pesquisa.



Quadro 1. Matriz de análise dos documentos

DIMENSÕES	CATEGORIAS	VARIÁVEIS e TEMAS
Reforma Sanitária	Democracia Desigualdades, Igualdade, Inclusão Direito à saúde Acesso universal e público	Inclusão social Vulnerabilidades sociais Universalização do acesso Combate às desigualdades Redistribuição Direitos humanos Democracia social Solidariedade social Sustentabilidade Desenvolvimento sustentável Meio ambiente saudável Saúde e ambiente
Financiamento	Ampliação de recursos públicos Transparência de recursos Equilíbrio entre níveis de governo	Cumprimento da Emenda 29 Defesa de 10% para a saúde das despesas federais correntes Teto municipal Co-financiamento estadual e federal Aumento ou redução dos gastos municipais Aumento de participação do setor privado Orçamentos públicos
Integralidade	Oferta de serviços	Ampliação de cobertura de serviços Ampliação da rede Expansão da Estratégia Saúde da Família Novos serviços específicos Políticas de distribuição de medicamentos Melhoria da Infraestrutura da rede Ações prioritárias em prevenção: saúde do idoso; controle do câncer de colo de útero e de mama; e redução da mortalidade infantil e materna Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza Ações de promoção da saúde
	Informatização do sistema	Sistema de informação Cartão SUS Prontuário eletrônico
	Organização e hierarquização de serviços	Regulação do setor privado contratado Regulação de leitos Regulação de procedimentos Territorialização Contratualização do setor privado
Regionalização	Relação com outros municípios Relação com nível estadual Papel na região	Consórcio de saúde Região de saúde Conselho gestor da região CIB
Participação Social	Conselhos Mobilização social Orçamento participativo	Infraestrutura para apoio do controle social Outros mecanismos e instâncias de participação da sociedade civil Mecanismos de informação ao usuário Sistema de atendimento ao usuário
Intersetorialidade	Redes integradas de proteção social Ações e programas nos determinantes sociais da saúde	Ações integradas com outras secretarias Políticas e programas de ação nos determinantes sociais
Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde	Planejamento de gestão da força de trabalho Formação dos profissionais	Previsão de concurso público Redução dos vínculos precários Planejamento de pessoal Plano de cargos e carreiras Instâncias de negociação com trabalhadores da saúde Cursos de capacitação profissional

## Resultados

Na dimensão Reforma Sanitária, quase todos os municípios fazem proposições. Como era de se esperar, essas proposições estão mais nas Propostas de Governo e nas Conferências, dado o caráter mais político desses documentos, do que nos Planos de Saúde, devido ao seu caráter mais técnico. As diretrizes mais destacadas dizem respeito a sustentabilidade, ambiente sustentável e cidades saudáveis, temas relacionados à ideia de qualidade de vida. São temas mais presentes na agenda municipal do que democracia, desigualdades sociais ou participação. A categoria desigualdades sociais está mais presente por meio de proposições de inclusão social (geral ou de grupos reconhecidamente excluídos) ou de redução da pobreza. Há também a presença da defesa da integralidade e do SUS 'público', o que pode revelar conflitos internos à saúde e polêmicas entre candidaturas.

Outro aspecto relevante é a presença da humanização como diretriz social e para a saúde, presente principalmente nos Planos de Governo e Conferências. Essa presença indicaria a incorporação da humanização à política de saúde, ao menos no plano discursivo. Se essa incorporação estiver sendo adotada também nas ações concretas, representa uma atualização de fato dos princípios da reforma sanitária.

O financiamento, apesar de ser assunto crítico e complexo, não encontra, nos documentos municipais, a importância que tem na política setorial e na gestão do SUS. Em geral, o tema é evitado nas Propostas de Governo, que, quando mencionam o assunto, o fazem de forma geral, restrito à ampliação de recursos, sem especificar medidas ou diretrizes concretas ou o associam à transparência e ao uso probado de recursos e a problemas de gestão. As Conferências que tratam do tema indicam dilemas relevantes da reforma, principalmente a regulamentação da Emenda Constitucional 29

(EC 29), ainda na pauta quando a maioria delas foi realizada. Algumas criticam a DRU (Desvinculação dos Recursos da União) e a LRF (Lei de Responsabilidade Fiscal) ou defendem 10% do PIB para a saúde, mas são poucas. Somente uma Conferência defendeu o ressarcimento ao SUS pelos planos privados de saúde.

Poucas também são as propostas que reivindicam renegociação dos tetos de financiamento federal e estadual. Apenas quatro municípios apresentam propostas ou reivindicações de recursos do nível estadual, em geral para serviços específicos. Chama a atenção haver um município onde a Proposta de Governo sugere contratar empresa para captar recursos e outro que propõe a expansão de serviços com o setor privado. Mas, em geral, os documentos não fazem proposições diretas à privatização ou mesmo terceirização de serviços, a não ser em aspectos da Gestão do Trabalho, que serão vistos mais à frente. Considerando que muitos municípios adotam esses mecanismos para a atenção à saúde, pode-se supor que reconhecê-los nos documentos de campanha ou de gestão não seja recomendável. As Conferências propõem, no limite, a associação com Organizações Não-Governamentais (ONGs) para serviços nas áreas de prevenção ou reabilitação.

Os medicamentos, ponto crítico do financiamento da saúde, só aparecem nos documentos de um único município, que sugere a ampliação de recursos para a assistência farmacêutica, tanto pelo próprio município como pelos outros níveis de governo, com ênfase para o nível estadual.

Na oferta de serviços, o padrão entre as Propostas de Governo é apresentar medidas de aumento de serviços, muitas por meio da construção de novas unidades. Chama a atenção que muitas das propostas de criação dessas novas unidades não constam dos respectivos Planos de Saúde e nem nas propostas das Conferências. Há municípios onde Planos e Conferências fazem propostas que

aparentemente indicam razoável conhecimento e domínio de seus sistemas locais. Outros apresentam propostas muito gerais em relação a programas e políticas federais. Essa diferença poderia indicar graus diversos de institucionalização dos sistemas locais, assim como de autonomia ou dependência às políticas e ações federais.

Dentre os problemas mais indicados nos serviços, estão a dificuldade de acesso à média complexidade e a medicamentos. Dentre os 'novos' serviços, destacam-se proposições para a área de álcool e drogas, presente em muitos documentos, inclusive em diversas Propostas de Governo. De fato, mesmo considerando que as Propostas de candidatos contenham menos medidas objetivas e mais diretrizes gerais, ações de prevenção e recuperação em álcool e drogas são mais presentes que acesso a medicamentos e à média complexidade. De toda forma, vê-se que a ampliação do consumo de álcool e drogas e as lacunas assistenciais para lidar com este problema entraram na pauta dos governos municipais.

A produção dos registros e da informação em saúde continua sendo uma precariedade do sistema, já que muitas proposições nos documentos estudados destacam propostas antigas ainda ausentes em vários municípios, como a informatização das unidades e da própria rede, o prontuário eletrônico e o cartão SUS para todos os usuários.

A maioria dos municípios faz proposições para a regulação, principalmente nos Planos de Saúde e nas Conferências. Entretanto, apenas duas dentre as Propostas de Governo o fazem. Dentre as propostas contidas nos Planos, predominam a criação ou ampliação de centrais de regulação de leitos e de procedimentos de média complexidade, além da contratualização e regulação de prestadores públicos e privados. A fiscalização dos serviços de prestadores complementares também é muito citada pelas Conferências. Tais prioridades indicam que as fragilidades tradicionais na regulação já têm implicações

para os recursos e para a efetividade do sistema, fazendo com que propostas de Planos de Saúde se aproximem daquelas das Conferências.

Mesmo onde há Complexos Reguladores, há proposições de expansão ou inclusão de novos serviços o que, em paralelo a algumas reivindicações de regulação total da rede, prevista em algumas Conferências, indica que as centrais de regulação ainda requerem muitos ajustes, mesmo nos municípios que aparentam ter sistemas mais organizados. Outra proposta muito comum é a de ampliação, criação ou implementação de sistemas de auditoria.

Essas propostas podem indicar amadurecimento dos sistemas municipais ao reconhecerem a necessidade de fazer valer ou criar mecanismos de controle sobre os serviços pagos pelo SUS, e há maior disponibilidade técnica para isso. Por outro lado, os problemas que causam a falta de regulação, como modalidades de negociação particularista ou dificuldades de pactuação entre municípios e nível estadual, que são recorrentes na estrutura do setor, não foram mencionados nos documentos analisados. A ausência de diagnóstico político para as fragilidades na regulação pode ser um impedimento à eficácia das soluções.

Pouco mais da metade dos municípios estudados trata da regionalização nos documentos analisados. É um número pequeno se considerados a importância dessa estratégia para a eficácia do SUS e os problemas para a sua efetiva implementação. Dentre as Propostas de Governo, apenas duas tratam do tema: uma delas, genérica, propõe a construção de espaço de cooperação regional para a gestão e outra, específica, de articulação regional para pacientes oncológicos.

A maioria das proposições relativas à regionalização vem das Conferências e Planos de Saúde, várias de forma vaga, indicando o aprimoramento da regionalização e ampliação de parcerias, outras com propostas de pactos para áreas específicas, especialmente

urgências e emergências, ou para centrais regionais de regulação. Em alguns documentos, identificam-se propostas que podem estar relacionadas a possíveis conflitos em relação a procedimentos que recaem sobre municípios que são polo de atendimento, como ressarcimento de serviços e controle sobre os pactos na Programação Pactuada e Integrada (PPI). Há também proposições de criação de novos acordos e revisão da distribuição dos recursos na PPI de cada estado.

Chama a atenção a baixa presença do nível estadual nas propostas desse tema. É provável que a ausência ou mesmo a generalidade das proposições para a regionalização esteja relacionada às dificuldades dos diferentes contextos territoriais, sobre os quais os municípios têm baixa capacidade de intervenção. Desse modo, representaria uma ainda baixa efetividade dos pactos interregionais, principalmente em casos de municípios grandes e capitais aqui investigados. Outra possibilidade seria que, exatamente por seu tamanho e importância, esses municípios sejam os condutores da regionalização e as demandas por maior presença do nível estadual sejam mais fortes nos municípios com maior dependência. Nesse caso estaria em baixa a solidariedade requerida na estrutura federativa da saúde. Outra explicação seria a de que os Pactos estejam apresentando sucesso suficiente para retirar o tema das prioridades dos municípios. Essa probabilidade é menor, já que estudo abrangente e recente mostra a persistência de problemas nessa estratégia (LIMA ET AL., 2012).

Como esperado, a participação é enfocada em todas as Conferências e Planos de Saúde, mas menos da metade das Propostas de Governo trata do tema. Dentre estas, a maioria inclui diretrizes gerais para uma maior participação e apoio aos Conselhos. As medidas mais concretas são, em poucos casos, a adoção do orçamento participativo e, especificamente para a saúde, alguns propõem a criação de ouvidorias. Planos de Saúde e Conferências são similares nos

aspectos gerais de estimular e respeitar os conselhos e a participação, propor capacitação de conselheiros e usuários, criar ou fortalecer ouvidorias e implantar ou aplicar a Política Nacional de Gestão Participativa do SUS.

Uma tendência das Conferências é propor a ampliação da participação na rede de serviços, com a implantação de novos conselhos locais e distritais, assim como conselhos em unidades de saúde, inclusive de prestadores privados ou filantrópicos, instituições que hoje não precisariam possuir, oficialmente, esferas de controle social. Outra área de proposições, também incluída em vários Planos de Saúde, é a de geração de informações para a população, com divulgação de indicadores territoriais de saúde e de serviços prestados e utilizados pela população, a serem divulgados pelas unidades de saúde.

Os conflitos existentes entre gestão e participação social não estão explícitos nos documentos, já que vários Planos incorporam as propostas das Conferências. Mas, por vezes, Conferências e Planos fazem propostas diferentes para diretrizes similares, o que indica, na realidade, baixa articulação entre gestão e sociedade civil. Maior articulação poderia ampliar esforços e economizar recursos em propostas consensuais. Por outro lado, há pouco registro das ações propostas que não foram conduzidas ou implantadas e o porquê, tanto por parte dos Planos como das Conferências, o que faz com que propostas antigas não adotadas fiquem em pé de igualdade com novas proposições.

A intersetorialidade está presente na maioria dos documentos dos municípios estudados, mas a maior parte das proposições adota a saúde como centro. Ou seja, a intersectorialidade é vista, na maior parte das vezes, como necessária para resolver problemas de saúde por meio de parcerias com outros órgãos, como educação e esportes, mas não necessariamente como estratégia de gestão local de políticas sociais. Alguns municípios apresentam propostas mais avançadas como

fóruns de políticas sociais, de conselhos setoriais ou de seguridade social.

Chama a atenção o papel mais destacado dado hoje à assistência social, indicada por alguns documentos como prioridade de ação intersectorial com a saúde. De fato, é a assistência social quem mais se aproxima da saúde quanto a demandas sociais cotidianas da população. Destaque também para as áreas de habitação e mobilidade urbana que, mesmo com menor presença nos documentos, são indicadas como relevantes na relação com a saúde.

A gestão do trabalho é de fato um dos temas mais polêmicos do SUS hoje e os documentos expressam de alguma forma esses conflitos. Poucas Propostas de Governo tratam do tema e o fazem de forma geral, com diretrizes de valorização dos servidores, capacitação e educação permanente. Algumas, contudo, apresentam propostas mais concretas, como criação de escola de saúde, implantação de planos de cargos e carreiras. Três dessas propostas são mais ousadas ao propor a profissionalização por meio de avaliação e monitoramento de metas e resultados, com estrutura de incentivos e punições e implementação de protocolos de atendimento.

A educação permanente é a proposta mais frequente dentre todos os documentos, mas a maioria não inclui medidas concretas. Além de ações de educação permanente e da implantação da Política de Gestão do Trabalho e Educação Permanente, é comum a proposta de implantação ou efetivação de planos de cargos e salários. Planos e Conferências contêm muitas diretrizes similares, mas as medidas são distintas. O tema mais polêmico, sem dúvida, é o da contratação de pessoal. Enquanto a maioria das Conferências propõem concursos públicos e substituição de contratos precários, poucos Planos de Saúde o fazem. Nessa área, os Planos propõem seleções públicas e um dos municípios propõe a contratação

por Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip). Na Gestão do Trabalho, também não há evidências dos problemas que causam a precariedade do trabalho. Apenas em um dos municípios o documento da Conferência defende a superação das restrições impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal.

Os documentos em geral contêm propostas bastante circunscritas ao SUS. As políticas em vigor são frequentemente citadas pelos documentos, o que pode indicar maior unidade do sistema, capitaneada pelo nível federal. Nesse sentido, estaria valendo o preceito das responsabilidades dos distintos níveis de governo em relação ao SUS.

Ao mesmo tempo, o grau de apropriação e aprofundamento das propostas varia bastante entre os municípios, ressaltando dilemas entre a proposição de simetria no desenho institucional do SUS e a assimetria na distribuição do poder territorial e na sociedade brasileira.

Outro aspecto relevante diz respeito às diretrizes da descentralização e regionalização do sistema. Conforme mencionado acima, essa dimensão esteve presente de forma vaga e em documentos de poucos municípios, sugerindo que tais diretrizes não foram incorporadas às agendas municipais. Com isso, ressalta-se o desafio da constituição de uma visão cooperativa entre os municípios em detrimento da prevalência do caráter competitivo. Na prática, isto está presente tanto na disputa entre os municípios por dinheiro público como no repasse de custos a outros entes. Nesse aspecto, a questão da coordenação federativa e a formalização de canais de intermediação de interesses entre as esferas subnacionais e a nacional parecem ser central.

## Conclusões

Os princípios da Reforma Sanitária e do SUS

puderam ser apropriados pelos candidatos à gestão municipal? A análise das Propostas de Governo indica que o SUS foi, sim, incorporado pelas candidaturas, o que não quer dizer necessariamente adesão a seus princípios. Verifica-se que as Propostas apresentam diretrizes de ampliação e melhoria dos serviços e poucas contêm alternativas de privatização ou quebra da universalização.

A análise dos documentos das Conferências indica tendência de foco nos temas da saúde, em especial nos serviços e na rede de atenção. Essa tendência é compreensível, dada a abrangência de temas tratados pelo SUS hoje, todos se revertendo em políticas, programas e ações. E é também positiva, já que supõe um sistema consolidado e complexo, no qual a participação social tem papel central. Por outro lado, também representa um limite na politização dos temas que interferem na saúde, embora externos à agenda cotidiana do sistema.

Há, de modo geral, a incorporação da necessidade de efetivação do direito à saúde. Mas essa compreensão é especialmente representada pela ampliação da oferta de serviços no âmbito municipal. Tal apropriação pode expressar interesses que vão desde o compromisso dos prefeitos com o acesso da população às políticas sociais, até disputas do cenário eleitoral. Desse modo, a diretriz de municipalização, que se revelou a partir da descentralização da política de saúde, reforça a perspectiva democrática e de ampliação de direitos, mas impõe também novos desafios à efetivação da democracia nos planos municipal e nacional.

Mesmo diante de uma afirmação positiva sobre o SUS e em alguma medida sobre diretrizes da Reforma Sanitária, lidamos com um cenário de muitas dificuldades para a efetivação do direito à saúde. Essas dificuldades não são tratadas pelos documentos analisados, apenas suas possíveis soluções. ■

## Referências

ABRUCIO, F. L. Para além da descentralização: os desafios da coordenação federativa no Brasil. In: FLEURY, S. (Org.). *Democracia, descentralização e desenvolvimento*: Brasil & Espanha. Rio de Janeiro: FGV, 2006. p. 77-125.

ABRUCIO, F. L.; FRANZESE, C. Federalismo e políticas públicas: o impacto das relações intergovernamentais no Brasil. In: ARAÚJO, M. F. I.; BEIRA, L. (Org.). *Tópicos de economia paulista para gestores públicos*. São Paulo: FUNDAP, 2007.

ARRETCHE, M. Relações federativas nas políticas sociais. *Educ. Soc.*, Campinas, v. 23, n. 80, p. 25-48, set. 2002.

\_\_\_\_\_. Quando instituições federativas fortalecem o governo central? *Novos estud. – CEBRAP*, São Paulo, n.

95, p. 39-57, mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 3.332, de 28 de dezembro de 2006. Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS. Brasília. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2006. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt3332\\_28\\_12\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt3332_28_12_2006.html)>. Acesso em: 17 fev. 2016.

\_\_\_\_\_. Tribunal Superior Eleitoral. *DivulgaCand*: divulgação de registro de candidaturas 2012. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <<http://divulgacand2012.tse.jus.br/divulgacand2012/ResumoCandidaturas.action>>. Acesso em: jul. 2013.

FARAH, M. F. S. Parcerias, novos arranjos institucionais e políticas públicas locais. *RAP – Revista*

de *Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 119-145, jan./fev. 2001.

GUIZARDI, F. L. *et al.* Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 15-39, jun. 2004.

LIMA, L. D. Federalismo fiscal e financiamento descentralizado do SUS: balanço de uma década expandida. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 573-597, nov. 2008/fev. 2009.

LIMA, L. D.; VIANA, A. L. A. Descentralização, regionalização e instâncias intergovernamentais no Sistema Único de Saúde. In: \_\_\_\_\_. *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

LIMA, L. *et al.* Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1903-1914, jul. 2012.

MACHADO, C. V. *et al.* Federal funding of health policy

in Brazil: trends and challenges. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 187-200, jan. 2014.

OLIVEIRA, F. A. Reforma tributária: abrindo caminhos para o crescimento e para o fortalecimento da federação. In: FLEURY, S. (Org.). *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil & Espanha*. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

REZENDE, F.; AFONSO, J. R. A federação brasileira: fatos, desafios e perspectivas In: REZENDE, F.; OLIVEIRA, F. A. (Org.). *Federalismo e integração econômica regional: desafios para o Mercosul*. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

SOUZA, C. Desenho constitucional, instituições federativas e relações intergovernamentais no Brasil pós-1988. *Rev. Sociol. Polít.*, Curitiba, n. 24, p. 105-121, jun. 2005.

---

Recebido para publicação em maio de 2015  
Versão final em dezembro de 2015  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes)

# Os médicos e a racionalização das práticas hospitalares: novos limites para a liberdade profissional?

*Physicians and the rationalization of hospital practices: new limits for professional freedom?*

Carolina Chaccur Abou Jamra<sup>1</sup>, Luiz Carlos de Oliveira Cecilio<sup>2</sup>, Tiago Correia<sup>3</sup>

**RESUMO** Os hospitais brasileiros experimentam um marcado processo de racionalização de suas práticas na busca de maiores eficiência e eficácia organizacional. Considerando a existência de um sistema dual de autoridades composto pelos poderes médico e administrativo, este estudo visa a compreender como os médicos vivenciam e dão sentido às políticas racionalizadoras da gestão hospitalar implementadas pela direção de um hospital da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Utilizando-se de análise documental e entrevistas, o estudo evidenciou um aparente paradoxo entre os avanços dos mecanismos de controle organizacional sobre o trabalho médico e a percepção de tais avanços pelos médicos.

**PALAVRAS-CHAVE** Administração hospitalar; Acreditação; Autonomia profissional; Relações hospital-médico; Corpo clínico hospitalar.

**ABSTRACT** *Brazilian hospitals experience a remarkable rationalization process of its practices in the quest for greater efficiency and organizational effectiveness. Considering the existence of a dual system of authorities composed by both medical and administrative powers, the present study aims to understand how medical experience and assign meaning to the rationalizing policies of the hospital management implemented by one hospital management board of the State Health Department of São Paulo. By documentary analysis and interviews, this research showed an apparent paradox between the advances of the organizational mechanisms of control over medical work and the perception of such advancements by the physicians.*

**KEYWORDS** *Hospital administration; Accreditation; Professional autonomy; Hospital-physician relations; Medical staff, hospital.*

<sup>1</sup> Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) - São Paulo (SP), Brasil.  
carol.chaccur@gmail.com

<sup>2</sup> Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) - São Paulo (SP), Brasil.  
luizcecilio60@gmail.com

<sup>3</sup> Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE) - Lisboa, Portugal.  
tiago.correia@iscte.pt



## Introdução

Os hospitais modernos vêm experimentando um marcado processo de racionalização de suas práticas a partir de estratégias que visam a disciplinar, regulamentar e controlar a vida organizacional, introduzindo elementos de previsibilidade, redução da variabilidade e controle do trabalho, incluindo aí a prática dos profissionais médicos, interesse central deste estudo. Tal ‘racionalização’ deve ser entendida como parte de uma lógica eficientista que pensa o hospital como empresa, com crescentes custos operacionais em virtude do impacto do sistema técnico na produção dos cuidados, que atua em um mercado de saúde cada vez mais competitivo e, portanto, devendo ser administrado a partir de estratégias assentadas sobre princípios racionais, quais sejam: técnicos, objetivos e eficientes (CARAPINHEIRO, 1998; CORREIA, 2012). Essa tendência também pode ser observada no campo público governamental, o que tem sido denominado gerencialismo por alguns autores (PAULA, 2005; VIEIRA; CARVALHO, 1999).

Para Carapinheiro (1998), haveria no hospital uma estrutura dual de autoridade: o poder médico e o poder administrativo. A introdução de uma lógica crescentemente racionalizadora por parte da administração hospitalar supostamente haveria de resultar num embate com o poder de decisão do corpo médico, que, por sua vez, atuariam estratégias de conservação da autonomia dos serviços, que visariam, como resultado final, à manutenção do poder médico na instituição.

Nesse modelo de racionalidade médica, pensado a partir do conceito original de profissionalismo de Freidson (2001), é o ideal de uma prática liberal o que os médicos procuram preservar na organização hospitalar. Sua autonomia pode ser caracterizada, entre outras coisas, pela manutenção do direito de selecionar clientela de acordo com os ‘casos clínicos interessantes’, de reservar leitos, definir horários de trabalho, dedicar-se mais ou menos à assistência direta aos pacientes

etc. e, assim, contrapor-se à autoridade administrativa. A manutenção de tal autonomia na sua forma mais ou menos ideal vai depender das diferentes acumulações de poderes na instituição e difere, inclusive, entre os próprios médicos (CARAPINHEIRO, 1998).

Para Schraiber (1993, 2008), com a transição da medicina liberal para a medicina tecnológica, período compreendido entre as décadas de 1940 e 1960, os médicos, tensionados pela crescente especialização da medicina com incorporação tecnológica, pela divisão técnica do trabalho, pela institucionalização e pelo assalariamento, desenvolveram novos arranjos tecnológicos que resultaram em grandes perdas mercantis e produtivas da autonomia médica liberal, preservando, contudo, mas com características diferentes, sua autonomia técnica. Para a autora, é na dimensão técnica da autonomia que o médico, através de um discurso geral, impreciso e universalizante, reconstitui seu ideal como representação, “um símbolo mítico do ideal de prática” (SCHRAIBER, 1993, p. 214).

Apesar da dicotomia originalmente descrita entre a autonomia médica e os imperativos burocráticos das organizações hospitalares, têm emergido na literatura europeia novas evidências quanto a não linearidade dessa oposição. Conceitos como *‘hybrid professionalism’* (NOORDEGRAAF, 2007), *‘organized professionalism’* (NOORDEGRAAF, 2011) ou *‘balkanized professionalism’* (CORREIA, 2014) são alguns exemplos disso.

Levando-se em consideração tal debate sobre autonomia médica, este estudo teve como objetivo analisar como os médicos vivenciam e dão sentido às políticas racionalizadoras da gestão hospitalar implementadas pela direção de um hospital da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo gerenciado nos moldes de uma organização social. Tinha-se como pressupostos iniciais da investigação que: a) as políticas de qualificação da gestão atualmente adotadas pelos hospitais, componente central das estratégias de racionalização das práticas médico-hospitalares, contêm

elementos que podem, potencialmente, restringir a autonomia do trabalho médico ao buscar ajustá-lo à racionalidade proposta pela direção (previsibilidade e homogeneização de condutas e monitoramento permanente referenciado a parâmetros de produção e qualidade); b) tais políticas, por significarem regulamentação e normalização de fluxos, rotinas e processos de trabalho, são percebidas pelos médicos como controladoras; c) frente a tais estratégias, os médicos procuram preservar seus espaços de autonomia desenvolvendo contraestratégias que ofereçam resistência à sua implantação.

O hospital examinado foi escolhido para este estudo por ter sido submetido a diversos processos de avaliação que, em graus diferentes, induziram políticas racionalizadoras da vida do hospital, destacando-se, em particular, seu contrato de gestão junto à Secretaria Estadual de Saúde, o processo de acreditação hospitalar, sendo certificado em nível III de excelência em gestão na metodologia ONA (Organização Nacional de Acreditação), e sua contratualização como Hospital de Ensino pelos Ministérios da Saúde e da Educação. Todos esses processos de avaliação/certificação/contratualização têm em comum o fato de, em algum grau, almejarem maiores visibilidade, homogeneização e controle do ato médico.

## Metodologia

Para responder às perguntas deste estudo, optou-se por uma pesquisa social, isto é, investigação que trata do ser humano em sociedade, de suas relações e instituições, de sua história e de sua produção simbólica, que toma a dimensão da experiência do indivíduo como objeto de estudo (MINAYO, 2007), mais especificamente um estudo de caso, nos moldes apontados por Yin (2005). Para Minayo (2007, p. 204):

o que torna o trabalho interacional um

instrumento privilegiado de coleta de informações para as ciências sociais é a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos e, ao mesmo tempo, ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas.

Entretanto, é possível se perguntar: em que medida a fala dos médicos entrevistados é representativa dos demais médicos que trabalham no hospital estudado ou até mesmo dos médicos em geral? Para responder a essa pergunta, parte-se do pressuposto de que a fala, por seu caráter histórico e social, constitui-se como fenômeno ideológico por excelência e campo de expressão das relações e dos conflitos. É por meio dela que se confrontam valores sociais contraditórios, sendo que

cada época e cada grupo social têm seu repertório de formas de discurso, marcado pelas relações de produção e pela estrutura sociopolítica. (BAKHTIN, 1986 APUD MINAYO, 2007, p. 205).

Neste caso, pode-se considerar que os entrevistados são médicos que, submetidos a condições semelhantes de trabalho e experiência organizacional, apresentam, através da fala, representações de seu grupo de pertença. Dessa forma, seus discursos tendem a reproduzir sistemas de disposições semelhantes, mas sem perder sua singularidade, através do que Bourdieu (1973) chamou de um tipo de harmonização ou cristalização objetiva de práticas e obras que se repetem em usos e costumes.

Além disso, por ser expressão de relações e conflitos, a busca das tensões existentes nos discursos ou, em alguns momentos, a ausência delas serviu ao estudo como estratégia para a identificação das relações existentes entre as representações de prática

e a situação profissional concreta, em que incidem as políticas racionalizadoras da gestão hospitalar.

Para a coleta de dados, foram usadas as seguintes técnicas: a) análise documental – em particular, a leitura de todos os documentos adotados pela direção do hospital nos processos de acreditação e contratualização externa do hospital; b) entrevistas semiestruturadas com médicos – questões direcionadas ao processo de trabalho desses profissionais, em uma abordagem reflexiva, sendo possível apreender como os médicos escutados vivenciam e dão sentido às práticas racionalizadoras da gestão.

Os médicos entrevistados foram identificados por sorteio entre aqueles que cumprissem os critérios de inclusão: possuir vínculo de, no mínimo, dois anos no hospital, dedicação mínima de 24 horas semanais e atuar diretamente na assistência em um dos seguintes serviços hospitalares: clínica médica, pediatria, urgência e emergência, terapia intensiva de adultos e cirurgia geral, totalizando seis médicos entrevistados, um de cada serviço.

Para a análise do material, foram realizadas repetidas leituras das entrevistas, buscando-se encontrar nelas ‘blocos de sentidos’ que permitissem a caracterização de certo ‘horizonte compartilhado’ pelos médicos do hospital, sempre pautado pela indagação central da pesquisa: afinal, como eles vivem e dão sentidos para os fortes movimentos de racionalização adotados pela direção do hospital?

A aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa deu-se através do protocolo CEP 0214/09.

## Resultados

A análise documental do estudo utilizou-se dos documentos adotados pela direção do hospital nos processos de acreditação e contratualização como hospital de ensino e teve

como objetivo ‘evidenciar estratégias gerenciais com potencial de intervir na prática dos médicos’. Entre elas: auditoria de prontuários; avaliação da qualidade dos atestados de óbito e relatórios de alta; análise de eventos sentinela (óbito materno, anoxia neonatal, tocotrauma, surto por germe multirresistente, cirurgia em membro/paciente errado, cancelamento de cirurgia com consequências ao paciente, erros de medicação, broncoaspiração etc.); padronização de antibióticos com auditoria da prescrição pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e necessidade de autorização prévia para dispensação dos antibióticos de amplo espectro pela farmácia; implantação de protocolos de profilaxia cirúrgica institucional; controle de interações medicamentosas pela farmácia e intervenção sobre a prescrição no caso de interações graves; implantação de protocolo de sedação institucional; implantação de termo de consentimento informando sobre procedimentos anestésico e cirúrgico e exames; implantação dos manuais de protocolos assistenciais a serem seguidos pelos médicos contratados; presença de cartão de ponto para todos os profissionais, incluindo médicos; regulação do acesso baseado em indicadores gerenciais, como taxa de ocupação, média de permanência, ociosidade de ambulatórios, ociosidade do Centro Cirúrgico e Centro Cirúrgico Ambulatorial etc. (exemplo: diminuição de leitos de UTI neonatal e semi-intensivo baseada na taxa de ocupação com redimensionamento de equipe médica).

A análise documental, por si só, dá uma dimensão da complexidade e da amplitude das estratégias normalizadoras adotadas pela direção. Mesmo reconhecendo que parte dessas estratégias é dependente da ação articulada da equipe de saúde, é possível dizer que, em todas elas, há um importante elemento da prática médica sendo avaliado, disciplinarizado, controlado e/ou regulamentado pela direção do hospital.

As entrevistas permitiram identificar

tensões e convergências entre essa racionalização da vida hospitalar e os sentidos que os médicos dão para seu trabalho indicando, tal como sugerido em debates recentes, o quanto a autonomia médica e o gerencialismo não devem ser conceituados necessariamente como contrários.

Pode-se observar que, de uma forma geral, os médicos referem gostar de trabalhar no hospital, sempre a partir da comparação com outros hospitais públicos em que trabalham ou já trabalharam. Nessa avaliação positiva, em comparação com outras instituições hospitalares, atribuem valor a quatro fatores principais: possibilidade de desenvolverem uma ‘medicina de qualidade’, com bons resultados para o paciente; possibilidade de continuar aprendendo e se aperfeiçoando; possibilidade de estabelecer uma relação menos conflituosa com a equipe, quando comparam com outros hospitais (‘estar entre amigos’); reconhecerem uma menor pressão por atendimento, pelo fato de o hospital possuir emergência referenciada.

Nota-se que, quando falam em qualidade da assistência prestada, atribuem o resultado a três fatores principais: a coesão e a qualidade da equipe, a organização ou o funcionamento do hospital e a estrutura hospitalar.

Quando falam em qualidade da equipe como fator de influência na qualidade da assistência prestada, referem-se, em particular, aos médicos, em geral, colegas da mesma universidade responsável pela gestão do hospital. Vale destacar que quatro dos seis entrevistados sorteados são formados e realizaram residência médica naquela universidade, predominância essa que pôde ser confirmada nas entrevistas. Por exemplo:

*Ah, porque eu me formei na Universidade X, fiz quatro anos de especialização lá, já convivia, mais ou menos, com todo esse pessoal que trabalha aqui. Isso aqui foi meio que um..., um hospital que..., como foi a Universidade X que foi a*

*responsável por gerenciar, naturalmente, pessoas da Universidade X foram, tiveram acho que a preferência na escolha, e eu estava entre essas pessoas aí no grupo da cirurgia. Ainda trabalho na cirurgia da Universidade X, sou plantonista lá.*

A vida das organizações é entendida como o resultado de uma vasta e variada gama de negociações entre uma grande diversidade de profissionais, com diferentes tipos de formação e socialização, com diferentes posições hierárquicas e com diferentes localizações na divisão do trabalho médico (STRAUSS, 1963) e na disputa pela distribuição dos recursos e pelo poder (DUSSAULT, 1992). No hospital estudado, o fato de a grande maioria dos médicos ser egressa da mesma escola médica funciona como um verdadeiro ‘cimento simbólico’, que fornece coesão entre eles, não apenas facilitando o processo de negociação, mas, principalmente, definindo as regras com que esses profissionais vão operar na instituição, criando um universo autônomo de movimentação desses profissionais, independentemente das regras formais da direção.

Esse ‘cimento simbólico’ cria um território seguro e conhecido para o médico. O hospital em estudo, apesar de ser completamente independente do Hospital Universitário, inclusive localizado em outro município, é visto, pelos médicos, como sua ‘extensão’, elemento valorizado como tendo impacto positivo na qualidade da assistência prestada, conforme é abordado a seguir.

Com relação ao funcionamento do hospital, observa-se que os médicos valorizam as regras organizacionais, em particular, os protocolos e as normas que regulamentam a relação entre os serviços assistenciais (pedidos de interconsulta, relação entre as unidades no trânsito de pacientes etc.) e entre estes e os serviços de apoio (agilidade nos pedidos de exames laboratoriais, de imagem etc.), apesar dos conflitos inerentes a essas relações, o que pode ser visto como uma convergência entre os movimentos de

funcionalização e racionalização da vida hospitalar, e o que os médicos consideram como as condições para a boa prática profissional.

A expressão maior dessa valorização é a ‘organização’ ser eleita como uma das coisas que os médicos mais gostam no hospital, no sentido de ‘ser organizado’, ‘ter ordem’, e as práticas racionalizadoras da gestão serem percebidas como um ‘mal necessário’, como se um controle maior por parte da direção também representasse uma ‘moralização’ em comparação com outras, onde as relações parecem ser mais degradadas.

*Então, eu tenho um pouco de compulsão, assim, de organizar as coisas, principalmente com agenda, para não perder nenhum compromisso em casa, deixar as coisas bem organizadas. Então, quanto a isso, do ponto de vista da cobrança, é para mim uma coisa normal. Acho normal e necessária. Eu vejo que alguns hospitais lá de São Paulo, que eu considero, sabe, um insucesso total, um fracasso se for avaliar do ponto de vista geral, de atendimento, recuperação do paciente. E lá falta exatamente isso: hospital do Estado. Só tinha funcionário público, não tinha mecanismo punitivo, não tinha mecanismo de cobrança, de horário, entendeu? Então, assim, resumindo, acho que é um mal necessário.*

Quando o médico, no hospital estudado, valoriza sua forma de funcionar (a ‘organização’) e reconhece as práticas racionalizadoras da gestão como um ‘mal necessário’ ou como regras que devem ser respeitadas e seguidas, pode-se dizer que existe uma identificação do profissional com a ordem estabelecida, que o faz preferir trabalhar nesse hospital em comparação com outros. Assim, a valorização da ‘organização’ do hospital pelo médico pode ser considerada como um ‘alinhamento moral’ dos médicos às estratégias racionalizadoras adotadas pela direção do hospital, em particular, quando vai sendo estabelecido, de modo crescente, não só o que é ‘certo’ e o que é ‘errado’ na vida hospitalar,

como vai criando os mecanismos explícitos de controle e cobrança das práticas, aceitos ou valorizados pelos profissionais: uma ‘moralização’ da vida organizacional.

Por aceitarem essa ‘moral’, não fazem uma crítica estruturada à direção, por exemplo, com relação a seus mecanismos de controle, mesmo que, no limite, isso implique algum cerceamento de sua autonomia.

Além do importante componente ‘moral’, a análise do material empírico evidencia que parte dessas práticas vem revestida de (e legitimada por) um forte componente científico, ambos valores presentes nos médicos e de fácil identificação, o que permite sua internalização, apropriação e reconfiguração. Fica claro, dessa forma, que existe algum grau de convergência entre aquilo que os médicos e a direção avaliam como qualidade da assistência. Isso não significa que não existam desacordos ou propósitos discrepantes, mas há um claro reconhecimento dos médicos como sendo ‘legítimas’ as práticas racionalizadoras da gestão.

A divergência, sim, essa explicitamente apontada por todos os entrevistados, refere-se especificamente aos salários considerados injustos pelo trabalho realizado e, como consequência, o marcado sentimento do que seria a não valorização e o não reconhecimento do trabalho médico pela direção do hospital. Está aí o fosso, que aparentemente se alarga, pelo menos no momento da realização do campo, entre direção e médicos. Trata-se de um impressionante elemento (negativo) do ‘sentido de pertença’ existente entre os médicos, muito mais expressivo do que qualquer formulação bem elaborada sobre os constrangimentos que os inegáveis elementos racionalizadores presentes na vida organizacional possam apresentar em sua autonomia profissional, como se imaginava existir no início da pesquisa.

Vale ressaltar, ainda, que cinco dos seis médicos entrevistados são profissionais assalariados que não possuem consultório privado. Nesse caso, pode-se dizer que

estamos diante de um profissional médico que se aproxima de uma situação de institucionalização plena, no polo oposto do médico liberal. O ‘médico plenamente institucionalizado’ é o profissional totalmente assalariado, que cumpre horário, submetido ao uso de protocolos, ao monitoramento de indicadores, ao controle do acesso e do fluxo de pacientes, em que o paciente é cada vez mais ‘do hospital’ e não mais ‘do médico’. Ainda assim, o médico tenta preservar algum grau de autonomia na condução do caso, no cuidado direto com o paciente, tentando articular, dentro do hospital e no sistema de saúde, o cuidado que avalia como sendo necessário para os seus pacientes.

Assim, é possível perceber uma clara tensão no exercício profissional do médico no hospital, que poderia ser assim caracterizada: se, por um lado, ele está ‘hiperinstitutionalizado’ e aparentemente se identifica com a gestão do hospital, de algum modo ‘aceitando’ seus crescentes mecanismos de controle, por outro, e apesar de tudo, ele ainda se move de acordo com seu referencial profissional, centrado em sua autonomia técnica na condução do caso, aparentemente potencializado pelo forte ‘sentido de pertença’ encontrado no hospital, como o estudo apontou.

Pode-se afirmar que são duas racionalidades funcionando simultaneamente e que convivem em negociação permanente: uma administrativa, que interfere e coloniza a prática do médico, e outra médica, que disputa e limita o controle da direção do hospital. Como sugerido por Noordegraaf (2007, 2011) ou Correia (2014), essas racionalidades que traduzem os valores e ideais do gerencialismo e do profissionalismo tanto estão em conflito como se compatibilizam. O estudo mostra como os valores e ideais dos médicos de autonomia no exercício da profissão, uma característica constitutiva de seu trabalho, parecem se compor dos marcantes mecanismos de controle adotados pela direção do hospital, aparentemente limitadores de sua

autonomia. Isso indica como instrumentos gestionários são internalizados, apropriados e reconfigurados pelos médicos, no sentido de que, em graus variáveis, podem tornar parte integrante da racionalidade médica.

O estudo não evidenciou nada que pudesse ser identificado como contraestratégias de resistência aos processos racionalizadores, se aquelas forem definidas como atividades ‘conscientes’, ‘ativas e articuladas’ que resultem em algum modo de boicote, de enfrentamento com relação ao ‘cerco que se vai fechando’. Como exemplos de estratégias ativas, poderiam ser apontados: negativa de preenchimento de determinados impressos, recusa de se submeter aos critérios de admissão e alta dos pacientes, resistência em seguir protocolos adotados e aceitar ingerências sobre o tempo de permanência do paciente hospitalizado, não reconhecimento de novos papéis de outros profissionais que interferem de alguma maneira no seu núcleo de autonomia, como a classificação de riscos de pacientes na urgência etc. Pelo menos não foram encontradas referências na escuta dos médicos, em nenhum momento, a tais movimentos, o que é consentâneo com conclusões de outros estudos europeus (CORREIA, 2012).

Mesmo considerando que tal ‘silêncio’ possa ser parte de uma atitude de ‘ocultamento’, consciente ou não, perante a pesquisadora, que já participou da direção do hospital, o que se percebe com mais evidência é o quanto a ‘resistência’ dos médicos às medidas racionalizadoras se faz em ato, na realização do seu trabalho, na criação de redes informais de contatos e conhecimentos, e que vai produzindo fluxos, modos de funcionamento do hospital, de produção do cuidado, que extravasam a racionalidade, o formalismo e a previsibilidade desejados pela direção. É na sua prática cotidiana, na responsabilização que assumem pelos pacientes, nas articulações que fazem com seus pares, dentro e fora do hospital, atuando segundo seus critérios e valores, que os médicos ‘resistem’ à construção de

um mundo hospitalar totalmente formatado, previsível e controlável. Os médicos resistem não por meio de ‘contraestratégias’ ativas e conscientes, como se tomou como pressuposto no início do estudo, mas por sua movimentação cotidiana na produção do cuidado e na articulação incessante que fazem com os outros atores, aí incluídas as demais categorias profissionais, os pacientes e seus familiares. É através da realização de pequenas ‘contravenções’, da quebra de regras, da flexibilização das normas que o médico resiste ao projeto de um mundo totalmente racionalizado e previsível. É isso que ainda ‘bagunça’ a pretensão de racionalidade plena.

## Conclusões

A aparente coerência e a pretensa articulação interna das políticas racionalizadoras da vida hospitalar, presentes no discurso dos dirigentes, não foram reproduzidas dessa forma pelos médicos entrevistados. Falando a partir de seu mundo do trabalho e da complexa trama de relações institucionais que vão construindo para produzir seu cotidiano, pautados pelo sentido ético que imprimem à sua prática profissional, pelo forte ‘sentido de pertença’ que existe no hospital, os médicos produzem outro discurso, mais fragmentado, elaborado com outros elementos, guiado por outras lógicas e que, afinal, resulta em algo que não é simples ‘espelho’ ou reflexo do que a direção pretende. Os médicos produzem sentidos para seu cotidiano que escapam a qualquer pretensão mais ‘macro’ e mais global do discurso institucional, o qual os imagina agindo de acordo com sua lógica.

Na verdade, os médicos até percebem que há evidentes e crescentes medidas de controle e acompanhamento, de construção de regras a serem cumpridas, de interdições mais ou menos veladas com relação às suas práticas, mas, por um paradoxal efeito, e

o estudo mostra bem isso, não só parecem se sentir imunes a tais movimentos como também demonstram certa convergência e identificação que permitem sua internalização, apropriação e reconfiguração.

A pesquisa mostra como, em alguma medida, as práticas racionalizadoras dirigidas à ‘organização’ da vida no hospital são vistas como uma bem-vinda ‘moralização’ da vida organizacional, de modo que a definição clara do que é ‘bom’ e o que é ‘ruim’, do que é ‘certo’ e do que é ‘errado’ parece facilitar ou promover um ambiente de trabalho mais favorável, com regras claras e cumpridas por todos, resultando em algo avaliado pelos médicos como positivo para a sua prática profissional. Diante da reconhecida crise dos hospitais, que tem resultado em denunciada degradação do cuidado, trabalhar em um hospital que adota e segue rigorosas regras de funcionamento, que atingem a todos, sem exceção, acaba sendo a face mais visível da racionalização da vida hospitalar e um fato positivo, como sugerido por Noordegraaf (2011).

Ao mesmo tempo, da perspectiva pessoal, os médicos seguem pairando sobre tais regras, reafirmando sua autonomia como ‘símbolo mítico de seu ideal de prática’. Algo como:

*as regras existem, mas posso sempre de algum modo contorná-las, flexibilizá-las, legitimado por uma autoridade técnica e por uma responsabilidade social que me autorizam a tanto (e que ainda não me foi retirada...).*

Nesse sentido, a aparente relação de alternância de dominância entre o poder médico e o poder administrativo, indicando equilíbrio entre as duas racionalidades, também poderia ser hibridizada ao pensarmos que a ‘racionalidade administrativa’ é, em boa medida, submetida e construída a partir dos cânones da racionalidade científica. Daí o seu não estranhamento e sua identificação pelos médicos. Tal afirmação, entretanto,

demanda estudos mais cuidadosos e direcionados a um melhor equacionamento dessa relação.

Trata-se, portanto, e como reflexão que finaliza essa investigação, de tentar imaginar o que resultará de tais movimentos identificados de forma tão marcante no hospital: por um lado, uma lógica que pretende dar

a máxima homogeneidade, visibilidade e previsibilidade para a vida organizacional; por outro, aquela ainda movida pela ação humana, pelos fluxos de encontros que se dão no e constituem o hospital, por aquilo que sempre fugirá ao controle, ao instituído, almejando a atualização permanente da potência da criação humana. ■

---

## Referências

- BOURDIEU, P. *Le métier de sociologue*. Paris: Mouton-Bordas, 1973.
- CARAPINHEIRO, G. *Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. 3. ed. Porto: Afrontamento, 1998.
- CORREIA, T. *Medicina: o agir numa saúde em mudança*. 1. ed. Lisboa: Mundos Sociais, 2012.
- CORREIA, T. Connecting medical professionalism and large bureaucracies in the changing hospital governance. *The European Journal of Public Health*, Oxford, v. 24, supl. 2, p. 181-181, 2014.
- DUSSAULT, G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 08-19, 1992.
- FREIDSON, E. *Professionalism: the third logic*. Oxford: Polity Press, 2001.
- MEYER, P. *A irresponsabilidade médica*. São Paulo: Editora Unesp, 1999.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
- NOORDEGRAAF, M. From “pure” to “hybrid” professionalism: Present-day professionalism in ambiguous public domains. *Administration Society*, New York, n. 39, p. 761-785, 2007.
- \_\_\_\_\_. Risky Business: how professionals and professional fields (must) deal with organizational issues. *Organization Studies*, Bruxelas, v. 32, n. 10, p. 1349-1371, 2011.
- PAULA, A. P. P. Administração pública brasileira entre o gerencialismo e a gestão social. *RAE*, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 36-49, jan./mar. 2005.
- SCHRAIBER, L. B. *O médico e seu trabalho: limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec, 2. ed., 1993.
- \_\_\_\_\_. *O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança*. 1. ed. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.
- STRAUSS, A. *et al.* The Hospital and Its Negotiated Order. In: Friedson, E., *The Hospital in Modern Society*. Nova York: The Free Press, 1963.
- VIEIRA, M. M. F.; CARVALHO, C. P. C. Qualidade e objetivos: implicações teóricas e metodológicas para a análise das organizações. In: VIEIRA, M. M. F.; OLIVEIRA, L. M. B. (Org.). *Administração Contemporânea: perspectivas estratégicas*. Rio de Janeiro: Atlas, 1999.
- YIN, R. K. *Estudo de Caso: planejamento e métodos*. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

---

Recebido para publicação em maio de 2015  
Versão final em janeiro de 2016  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve



# Gestão de serviços de saúde: analisando a identidade na graduação

*Health services management: analyzing its identity in undergraduation*

Mateus Aparecido de Faria<sup>1</sup>, Analise de Jesus da Silva<sup>2</sup>

---

**RESUMO** O objetivo deste artigo é encontrar indicações no Projeto Político-Pedagógico da graduação em Gestão de Serviços de Saúde – versões 2008 e 2013 – sobre quais caminhos esse curso tem trilhado e com qual área de conhecimento mais se relaciona. Trata-se de pesquisa qualitativa documental cuja análise dos dados abordou três vertentes: administração, saúde coletiva e multidisciplinar. Além da busca argumentativa de defesa das três vertentes, tentou-se expandir o debate para outros campos de disputas que não o cotidiano do curso com o objetivo de fortalecer essa formação em saúde.

**PALAVRAS-CHAVE** Educação superior; Saúde pública; Universidades; Projetos; Gestão em saúde.

**ABSTRACT** *This article aims to find clues in the Pedagogical Political Project of Health Services Management Undergraduation Course – versions 2008 and 2013 – as for which ways the Course has trodden and to which area of knowledge it relates more. This is a documental qualitative research whose analysis of materials focused threefold: Management, Collective Health and a multidisciplinary area. In addition to the argumentative search in defense of the three areas, it also tried to expand the debate to other fields of struggles than the everyday course so to strengthen this health formation.*

**KEYWORDS** *Education, Higher; Public health; Universities; Projects; Health management.*

<sup>1</sup> Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Escola de Enfermagem – Belo Horizonte (MG), Brasil. [mateusfaria18@gmail.com](mailto:mateusfaria18@gmail.com)

<sup>2</sup> Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Faculdade de Educação, Departamento de Métodos e Técnicas de Ensino – Belo Horizonte (MG), Brasil. [analisedasilva@gmail.com](mailto:analisedasilva@gmail.com)

## Introdução

A identidade de cursos é discutida na literatura como forma de expor, através de perspectivas críticas, os conflitos, conquistas e desafios enfrentados tanto por cursos tradicionais como pela pedagogia (SOUSA NETO, 2005; ROSA, 2007; MALACRIDA ET AL., 2013), pelas novas graduações em saúde (LIMA, 2009) ou pelos programas de pós-graduação (MARTINS, 1999).

Segundo Sousa Neto (2005), os estudos de identidade tentam explicitar não só discussões internas no desenvolvimento desses cursos como conflitos de interesses, principalmente no que se refere ao perfil do egresso, currículo adotado e comparações com outros cursos similares no País. Tal identidade é construída pelos diversos atores que se relacionam nesse cenário – docentes, discentes e gestores (MALACRIDA ET AL., 2013) –, onde o Projeto Político-Pedagógico (PPP) e documentos auxiliares formalizam e verbalizam as escolhas feitas em determinado tempo-espço histórico e de forma coletiva (VEIGA, 2002, 2003; LIMA, 2009).

Quando o foco é deslocado para cursos na área da saúde, percebe-se uma existência bem consolidada da identidade do profissional pós-graduado, a exemplo dos campos da saúde pública, gerontologia e saúde coletiva. No entanto, a partir da criação dos novos cursos formadores desses profissionais no nível de graduação, surgiram também a necessidade de questionamentos do ‘como, para quê, por quê, para quem’ da implementação de tais iniciativas (BOSI; PAIM, 2010; RUELA, 2013). Tantos questionamentos, em um evidente cenário de incertezas, são necessários para a construção da identidade, entendida pelo viés histórico-social e reconstruída constantemente, uma vez que se somam formados na graduação e na pós ao campo identitário da profissão (BAPTISTA, 2002).

É nesse cenário loco-temporal que está inserido o bacharelado em Gestão

de Serviços de Saúde (GSS) ofertado pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) desde 2009. Oferecendo cinquenta vagas semestralmente, esse curso é realizado no período noturno e com duração de nove semestres. Embora tenha sede na Escola de Enfermagem, sua proposta curricular é interdepartamental: além da unidade sede, três departamentos da Faculdade de Ciências Econômicas (Face) e um departamento da Faculdade de Medicina também participam dessa graduação desde a sua geração em 2007/2008 (UFMG, 2013).

Seu caráter inovador e incerto de nova graduação corrobora o cenário que o circunscreve, e, como consequência, se formam diferentes concepções acerca da área do conhecimento a qual pertence o curso de GSS. Tal diversidade de perspectivas cria tensões quando o debate acerca da identidade do curso é levantado. No entanto, são sempre inconclusivos. A situação ainda é, desde os estudos de Ide e Schneck (1998), um dos desafios do sistema educacional de nível superior no Brasil, pois depende dessa identidade profissional coletiva o desenvolvimento e aprimoramento do curso de GSS e, conseqüentemente, seu sucesso em responder às necessidades sociais. Também se constitui como algo comum, já que todo campo científico passa por momentos de debates e conflitos, na tentativa de se construir consensos (FERREIRA; CUNHA; BASTOS, 2015).

Considerando a construção identitária de GSS e a experiência acumulada ao longo dos seus seis anos de implementação, pretende-se aqui encontrar indicações nas versões de 2008 e 2013 do Projeto Pedagógico de Curso (PPC)<sup>1</sup> acerca de quais caminhos a GSS tem trilhado e com qual área de conhecimento é mais relacionada. Longe de findar essa discussão no cotidiano do curso, este estudo tem por objetivo estimular e colaborar com essas discussões identitárias, até então restritas às práticas discursivas.

<sup>1</sup> São utilizadas cerca de doze denominações para o que chamamos aqui de PPC. Os nomes mais recorrentes são Projeto Político-Pedagógico (PPP) e Projeto Pedagógico de Curso (PPC) (LIMA, 2011). Apesar de o objeto de estudo desta pesquisa ser o PPC, entendemos que o caráter político desse importante instrumento de gestão universitária é inerente a qualquer proposta pedagógica e sua dizibilidade precisa ser praticada.

## Metodologia

Trata-se de uma pesquisa documental, considerada como “um procedimento que se utiliza de métodos e técnicas para a apreensão, compreensão e análise de documentos [...]” (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009, p. 4). Para Flick (2009), analisar documento é um modo de não ser intrusivo no campo de pesquisa, embora seja igualmente rico como outros métodos, uma vez que permite ir além das perspectivas de atores do campo e abre novas perspectivas sobre os processos de que trata o documento.

Como suporte documental, escolheram-se as duas versões (2008 e 2013) do PPC de GSS com o intuito de considerar dois momentos distintos de criação e implementação dessa graduação. O PPC é visto neste estudo como materialização de construção coletiva, constituído de escolhas, interesses e compromissos da universidade e sua comunidade para com toda a sociedade (PANASIEWVICZ *ET AL.*, 2012; VENANCIO; DARIDO, 2012). Também serão considerados documentos auxiliares oficiais, como as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de cursos de graduação em administração e produções científicas acerca das graduações em saúde coletiva, já que suas DCN estão em processo de construção por parte da sociedade civil organizada, liderada pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco).

Os PPCs do curso de GSS são documentos oficiais públicos e seu acesso é arquivo aberto (FLICK, 2009). Tal classificação é necessária para situar, nesta pesquisa, os documentos utilizados e para assegurar a qualidade dos mesmos. Além disso, os PPCs não se constituem como um pacote de informações prontas, mas sim como “dispositivos comunicativos metodologicamente desenvolvidos” (FLICK, 2009, p. 234) em um contexto sócio-histórico intencionado pelos atores nele envolvidos.

A ritualística apresentada por Sá-Silva,

Almeida e Guindani (2009) para a pesquisa documental envolve cinco dimensões transversais a esse tipo de procedimento: contexto, autor, autenticidade, natureza do texto e lógica interna do documento. Portanto, ao chegar à análise em si, onde serão produzidos, reelaborados e criados conhecimentos e novas formas de compreensão dos fenômenos, o pesquisador deve apresentar coerência ao questionamento científico e historicidade do objeto de pesquisa.

A partir do embasamento apresentado, verificou-se o que consta nas versões do PPC que esteja relacionado às perspectivas das vertentes identitárias construídas no cotidiano do referido curso, levando-se, assim, em consideração o contexto que permeia o suporte documental.

## Resultados e discussão

A primeira versão do PPC, datada de 2008, foi constituído como documento-base para a legitimação do curso na UFMG pelo Programa de Apoio ao Plano de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni) (UFMG, 2008). Já a segunda versão, foi revisada e atualizada em 2013, mesmo ano de avaliação e conceituação do referido curso de graduação pelo Ministério da Educação.

Os resultados serão apresentados juntamente com as vertentes identitárias reconhecidas na experiência dos autores. Sendo assim, a discussão acompanhará a transversalidade das dimensões, não se limitando, portanto, apenas ao corpo do texto presente nos PPCs.

### GSS como pertencente à área da administração

Por essa vertente, o curso de GSS compete à área da administração, sob o código 60200006 (BRASIL, 2014). O embasamento

dessa vertente remete-se à ligação histórica entre os cursos denominados de gestão – Gestão Hospitalar, Gestão Ambiental e Gestão Pública, como exemplos – e o campo da administração. Segundo Rodrigues (2010), gestão provém do latim *gestione* (ato de gerir, gerência, administração) e, portanto, pode ser considerado como sinônimo de administração. A corroboração dessa vertente é apoiada na Resolução Normativa do Conselho Federal de Administração n.º 426, de 15 de agosto de 2012, que regulamenta o registro profissional de cursos superiores de tecnologia e de bacharelados em determinada área da administração, sob a apreciação dos conselhos regionais. Essa legislação abre portas para a inserção de GSS no rol de graduações da área da administração, apesar de ter denominação de curso superior de tecnologia.

A presença da administração como campo central do conhecimento se faz nas duas versões do PPC, indicando a manutenção intencional dessa perspectiva na história do curso de GSS. Foi possível perceber reflexos dessa escolha no currículo estruturado para a formação do gestor, onde as disciplinas optativas foram separadas por quatro temáticas, sendo três delas relacionadas à Faculdade de Ciências Econômicas, unidade responsável pela oferta da graduação em administração na UFMG. Outro destaque que corrobora esse aspecto são as competências elencadas para o formado em GSS, onde as genéricas são relacionadas ao administrador e as específicas vinculadas ao perfil de um profissional de saúde que analisa o sistema e os serviços de saúde (UFMG, 2008, P. 11, 2013, P. 17).

No entanto, na versão de 2013, aparece a seguinte afirmação:

A orientação curricular do Curso de Gestão de Serviços de Saúde contempla as

competências gerais definidas para os Cursos de Graduação da área da saúde [...]. (UFMG, 2013, P. 17).

E no decorrer dessa versão do PPC, não há citação das competências definidas para os cursos de graduação em administração (BRASIL, 2005). Já na versão de 2008, seu uso está explicitado em

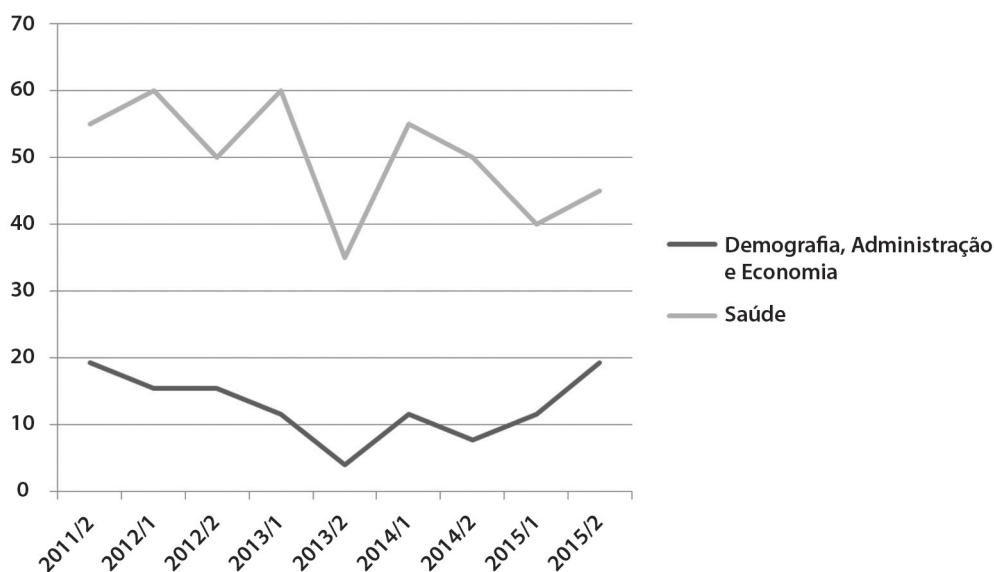
[...] foram consideradas apropriadas as bases conceituais sobre competência do curso de graduação em Administração e a proposta pedagógica do Curso de Enfermagem. (UFMG, 2008, P. 9).

Então, em algum momento do processo de construção do novo PPC, os saberes administrativos foram, em parte, retirados do bojo formativo desse futuro profissional que está sendo formado.

Contemporaneamente, a formação do gestor de serviços de saúde pela vertente da administração vem encontrando dificuldade no que se refere à oferta de disciplinas optativas dos departamentos correlatos, conforme percebido no *gráfico 1*, em que a relação de disciplinas previstas no PPC de 2013, no campo administrativo, é substancialmente inferior se comparado com as disciplinas da área da saúde. É possível que haja relações entre a diminuição do papel da administração no PPC com os problemas de oferta de vagas em disciplinas dessa área. Outra dificuldade encontrada foi a resposta dada em consulta feita por estudantes do curso em março de 2014, quando o Conselho Regional de Administração negou o pedido de registro profissional, uma vez que há o entendimento que apenas o curso superior de tecnologia Gestão de Serviços de(a) Saúde é autorizado pela Resolução Normativa n. 374 do Conselho Federal de Administração e que o bacharelado de GSS não pertence ao campo da administração<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> Resposta dada pelo Conselho Regional de Administração de Minas Gerais a um ex-estudante do curso de GSS por e-mail e compartilhado nas redes sociais em 11/03/2014.

Gráfico 1. Porcentagem de disciplinas optativas ofertadas em comparação com disciplinas optativas previstas no PPC, por semestre letivo



Fonte: Mapa de oferta de 2011/1 a 2015/2 da GSS/UFMG.

Nota: Sobre o semestre letivo 2013/2, não foi possível localizar mapa de oferta oficial lançado pelo Colegiado do Curso de GSS.

O trabalho interdisciplinar entre três unidades acadêmicas foi evidenciado em ambos os PPCs, já que

[...] foi criado o curso de Gestão de Serviços de Saúde, sediado na Escola de Enfermagem sendo desenvolvido, em parceria, com as Faculdades de Medicina e de Ciências Econômicas [...]. (UFMG, 2008, P. 5, 2013, P. 10).

Juntamente com essa integração, foram envolvidos seis departamentos, de Enfermagem Aplicada (Escola de Enfermagem), Medicina Social e Preventiva (Faculdade de Medicina), Ciências Administrativas, Economia, Demografia e de Ciências Contábeis (Faculdade de Ciências Econômicas). Mesmo não sendo possível, nesta pesquisa, compreender os motivos da constituição de tal cenário, é possível perceber a predominância dos campos correlatos à administração e os saberes sanitários

como tema-ênfase, à luz do que acontece com outros cursos, tais como Gestão de Agronegócios ou Gestão Hospitalar. Há um núcleo de conhecimentos próprios da administração conjugado com conhecimentos específicos de determinada área, como evidenciado por outros trechos do PPC em “objeto de trabalho é a administração em saúde” (UFMG, 2008, P. 6, 2013, P. 11); “proposta de formação interdisciplinar de um profissional para a administração de sistema e serviços de saúde” (UFMG, 2008, P. 5, 2013, P. 10).

A área da administração é contemplada desde o nome do curso, modificado em 2010 para Gestão de Serviços de Saúde, até o núcleo de competências a serem desenvolvidas, uma vez que é baseado no perfil dos egressos da graduação em administração. Porém, no que se refere à implementação no cotidiano do curso de GSS, percebem-se dificuldades advindas da oferta de disciplinas, do não reconhecimento por parte dos órgãos

representativos e de outros aspectos que fogem da análise estrita do PPC.

### **GSS como pertencente à área da saúde coletiva**

Nessa perspectiva, a GSS está classificada com outras novas graduações em saúde no País, como os bacharelados em Saúde Coletiva, inclusive com denominações semelhantes como Gestão em Saúde Coletiva Indígena, Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde, Gestão em Saúde, Gestão em Saúde Coletiva, Gestão em Saúde Humana e Gestão em Saúde Ambiental. Na literatura especializada, são encontrados estudos que incluem o curso da UFMG na lista dos Cursos de Graduação em Saúde Coletiva (CGSC): Belisário *et al.* (2013), Castellanos *et al.* (2013), Ruela (2013), Kleinubing (2012) e Koifman e Gomes (2008) são alguns dos exemplos mais recentes de produções científicas. Além disso, está sendo realizada uma pesquisa sobre estágios curriculares dessa nova carreira no âmbito do Programa Ensinar com Pesquisa da Universidade de São Paulo, que também agrega a GSS como participante da pesquisa. Por essa vertente, o curso da UFMG contempla o tripé da saúde coletiva, área de conhecimento nº 40600009 (BRASIL, 2014), ou seja, ciências humanas e sociais aplicadas à saúde, epidemiologia e políticas e planejamento em saúde (AKERMAN; FEUERWERKER, 2006).

Na gênese do curso de GSS, sua denominação era outra, possuindo semelhanças com o curso de graduação em Análise de Políticas e Sistemas de Saúde (atual bacharelado em Saúde Coletiva) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), a de “Curso de Graduação: Bacharelado em Análise de Sistema e Serviços de Saúde” (UFMG, 2008, p. 4).

Além disso, o movimento nacional de criação de novas graduações em saúde é utilizado como justificativa para a pertinência e necessidade de a UFMG se inserir nesse processo formativo nacional:

Há que se ressaltar um movimento nacional para criação do profissional de gestão em saúde nas universidades federais, tais como UFPA (Universidade Federal do Pará), UFBA (Universidade Federal da Bahia), UnB (Universidade de Brasília) e UFRGS além da UFMG. (UFMG, 2008, p. 7).

Atualmente, essas universidades reformaram seus cursos sob a denominação de bacharelado em Saúde Coletiva (UFBA, UFRGS e UnB – Campus Ceilândia) ou bacharelado em Gestão em Saúde (UnB – Campus Darcy Ribeiro). Apesar de não terem sido encontrados registros de tal iniciativa na UFPA, mas sim na Universidade Federal do Sul e do Sudeste do Pará (Unifesspa), percebe-se o movimento realizado pelos cursos considerados similares ao de GSS em direção à consolidação das graduações em Saúde Coletiva no País. Porém, ao analisar a versão de 2013, não foram encontradas citações que indicassem semelhanças entre a proposta da UFMG e outras iniciativas pelo Brasil. Verifica-se que a ruptura com o movimento nacional foi exposta no PPC pela supressão das experiências antes citadas. No entanto, objetivos, perfil do egresso, campo de atuação e demais características que delimitam o curso foram mantidas, ou seja, a ruptura não se fez estruturalmente no curso de GSS, mas apenas discursivamente.

A proposta do curso de GSS foi aprovada no contexto do Reuni com a premissa de antecipar a formação de um profissional de saúde apto para a gestão do sistema e dos serviços de saúde da pós-graduação para o nível de graduação. Tal formação se ancora na interdisciplinaridade e nas necessidades sociais (UFMG, 2008, 2013). O conjunto dessas afirmações é semelhante àquelas analisadas por Ruela (2013) em sua dissertação de mestrado. Segundo esse autor, argumentos apoiados na especificidade da gestão em saúde e na necessidade da constituição de um aporte próprio desse novo profissional são compartilhados pelos demais cursos

de graduação em Saúde Coletiva. O Reuni também é citado tanto no estudo de Ruela (2013) como nas duas versões do PPC aqui analisadas como sendo uma política decisiva na criação e implementação dos cursos, imprimindo força e materialidade nesse desejo de formar tais profissionais. O seguinte trecho evidencia a proximidade de intenções com as demais graduações no País e reforça que o curso de GSS forma profissionais de saúde e não administradores:

Reforça-se, aqui, que a 'formação dos profissionais de saúde' no Brasil é um tema estratégico definido pela necessidade de qualificar e adequar o perfil necessário ao Sistema Único de Saúde [...]. Para fazer frente a esses desafios, o argumento de criação do Curso de Gestão de Serviços de Saúde teve como base a necessidade social de um profissional para preencher uma lacuna no mercado das 'profissões de saúde' [...]. (RUELA, 2013, P. 12, GRIFO NOSSO).

A interdisciplinaridade é enunciada no projeto do curso de GSS como um princípio a ser desenvolvido, conforme demonstrado no trecho a seguir.

De modo especial, o desenvolvimento do princípio da interdisciplinaridade configura-se como uma premissa no Curso de Gestão de Serviços de Saúde na busca do diálogo constante entre as áreas da Saúde, Economia, Administração, Demografia e Contabilidade para compreender a complexidade das políticas e organizações de saúde e propor ações de intervenção nesta realidade. (RUELA, 2013, P. 10).

Em análise de campo teórico feita por Spagnol (2005, p. 121), expõem-se as dificuldades em definir saúde coletiva por ser uma área que transcende as disciplinas e se constitui em campo de conhecimento pluralizado, feito por outras disciplinas-base como "a epidemiologia, as ciências sociais em saúde, o planejamento e a administração em

saúde". A fim de complementar esse campo, atuam também outras disciplinas como, por exemplo, demografia, estatística e ciências biomédicas. Percebe-se a forte relação entre a definição da saúde coletiva com conceitos basilares da graduação em foco.

A vertente da saúde coletiva no curso possui apoio pela lógica científica em razão das diversas produções desenvolvidas que incluem GSS no movimento de formação de sanitaristas em nível de graduação. No entanto, não é mais aceita internamente, e as causas dessa negação vão além desta pesquisa documental. O que é entendido aqui é que há predominância dessa perspectiva tanto nos PPCs como na comunidade acadêmica, cujos argumentos de criação, manutenção e necessidade se assemelham a outros cursos de graduação em Saúde Coletiva.

### **GSS como pertencente à área multidisciplinar**

A última vertente construída no curso de GSS é a que não considera essa nova graduação nem pertencente à área da administração – uma vez que fazer a gestão do campo da saúde requer mais que os instrumentos e conhecimentos administrativos – nem à área da saúde coletiva, por considerar que o bacharel nessa área tem atuação restrita ao subsistema público de saúde e não conjuga todas as competências necessárias para atender à necessidade de gestão da saúde no País. Para fins de classificação, entende-se que essa vertente se apoia na área multidisciplinar, pelo nº 90000005 (BRASIL, 2014). Por definição, multidisciplinaridade é a junção de saberes de diferentes áreas sem que haja, necessariamente, interconexão (ORNELAS; TEIXEIRA, 2015).

Considera-se o curso de GSS pioneiro no estado de Minas Gerais na formação de gestor de serviços de saúde, havendo semelhança apenas com o curso de Gestão em Sistema e Serviços de Saúde ofertado pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) desde 2009. O movimento,

nessa perspectiva, é criar um novo espaço entre as áreas de conhecimento que abarcam essas duas experiências de graduação em saúde.

Sob a vertente multidisciplinar da identidade do Curso de GSS, observou-se nos PPP analisados a intenção de transcender as outras perspectivas anteriores, em um esforço de ultrapassar o espaço de formação e atuação do administrador e do sanitarista. Como exemplo, o trecho de um dos projetos afirma que

o conhecimento do setor saúde tem se mostrado tão ou mais importante que o domínio na área da administração, resultando em escolhas de profissionais em saúde em detrimento de administradores para gerenciar serviços de saúde. (2008, p. 6).

Entendendo que administração não comporta todos os conhecimentos necessários para a formação desejada e que a saúde coletiva possui outros objetivos que não, estritamente, a gestão dos serviços de saúde, o curso de GSS vem como vanguardista de seu campo de atuação no sistema de saúde nacional. Tal visão de si mesmo também pode ser percebida com a adoção de referenciais de competências a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para a Educação Profissional de Nível Técnico (UFMG, 2008, p. 10). À época da escrita do PPP já existiam DCNs tanto para as graduações em saúde como também para os cursos de administração, ou seja, já estavam definidas as bases para cursos como o de enfermagem. Mesmo assim, contendo citações de ambos os cursos no PPP como embasadores, o fato de não ter aderido a seus respectivos documentos legais pode indicar o desejo de se desvincular desses campos tradicionais considerados insuficientes para a formação do gestor de serviços de saúde. Fato também indicado no trecho a seguir:

Há, portanto, 'um direcionamento', a nosso

ver, 'pouco adequado' de formação e aproveitamento 'dos profissionais de saúde', em decorrência da falta de um profissional graduado no mercado para a área administrativa do setor. (UFMG, 2013, p. 11, GRIFO NOSSO).

A partir desse excerto, é perceptível a indicação de fragilidades nas áreas da saúde e da administração para justificar o advento de um novo profissional, apto para gerir o setor saúde sem prejudicar outros já existentes. Tal campo de formação estaria formalizado nas classificações da Capes na área multidisciplinar. No entanto, não foi possível a definição da especialidade a qual pertence, se sociais e humanidades, engenharia/tecnologia/gestão ou saúde e biológicas.

A defesa da vertente aqui chamada de multidisciplinar se ancora no ineditismo da proposta de formar gestores de serviços de saúde com capacidades técnicas mais inovadoras para suprir a demanda do setor saúde no País. Nesse movimento, o curso de GSS se destaca e ao mesmo tempo se isola de outros cursos de graduação que poderiam ampliar o poder de criar outra área de saberes, tão almejada por essa perspectiva.

## Considerações finais

Esta pesquisa documental objetiva expandir a visão sobre realidades antes restritas às esferas cotidianas do curso de GSS. Ao reconduzir esse debate para o alcance nacional e científico, aprimoram-se os argumentos utilizados e confere-se qualidade na construção da identidade de nova graduação em saúde.

A constituição de três grupos cujas opiniões divergem entre si pode gerar tanto o desmantelamento como a união da comunidade que sustenta o curso – o que vai ditar essa história será o modo como se conduzirão as discussões sobre o assunto. Isso se faz mais necessário quando se encara a perspectiva interdisciplinar de GSS. Sendo



assim, todas as visões (baseadas em diferentes disciplinas) precisam ser reconhecidas como legítimas, sendo possível, dessa forma, a troca de experiências com a finalidade consensual do processo identitário. Sobre isso, é importante frisar que a Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas (Fafich/UFGM), unidade acadêmica de referência para temáticas relacionadas a um dos eixos da saúde coletiva, não foi incluída na conformação do curso de GSS em 2007/2008.

Outro aspecto encontrado aqui foi a fragilidade, pela lógica acadêmica, nas vertentes da administração e multidisciplinar. Ambas possuem escassos trabalhos científicos que os corroboram e não existe apoio nacional para sua efetivação em determinado campo. Por outro lado, a vertente da saúde coletiva é amparada tanto por produções

como pela organização da sociedade para reconhecimento desse perfil de sanitarista como décima quinta profissão de saúde. Considerando que a GSS é um curso novo e que luta por seu espaço no mundo do trabalho, é coerente que agregue forças com o movimento nacional a fim de fortalecer as próprias bases.

Portanto, fica o convite ao conflito. Conflitos estes que, antes de qualquer coisa, darão a dizibilidade necessária aos discursos até então escondidos nas linhas da rotina universitária. Pesquisas devem ser feitas e é necessária a participação em fóruns. Desafios serão encontrados na luta pelo fortalecimento dessa nova profissão que deseja continuar a construção do sistema nacional de saúde brasileiro e do direito à saúde de qualidade. ■

## Referências

- AKERMAN, M.; FEUERWERKER, L. Estou me formando (ou eu me formei) e quero trabalhar: que oportunidades o sistema de saúde de oferece na Saúde Coletiva? Onde posso atuar e que competências preciso desenvolver?. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 183-200.
- BAPTISTA, M. T. D. S. O estudo de identidades individuais e coletivas na constituição da história da psicologia. *Memorandum*, Belo Horizonte, v. 2, p. 31-38, abr. 2002. Disponível em: <<http://www.fafich.ufmg.br/-memorandum/artigos02/artigo04.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2015.
- BELISARIO, S. A. *et al.* Implantação do curso de graduação em saúde coletiva: a visão dos coordenadores. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1625-1634, jun. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000600014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 24 abr. 2015.
- BOSI, M. L. M.; PAIM, J. S. Graduação em Saúde Coletiva: limites e possibilidades como estratégia de formação profissional. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2029-2038, jul. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000400017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000400017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 13 jun. 2015.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação (CNE). *Resolução n. 4, de 13 de julho de 2005*. Institui as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em administração, bacharelado, e dá outras providências. Câmara de Educação Superior, 2005. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rces004\\_05.pdf](http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rces004_05.pdf)>. Acesso em: 14 jun. 2015.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (Capes). *Tabela de áreas de conhecimento/avaliação, 2014*. Disponível em: <<http://www.capes.gov.br/avaliacao/instrumentos-de-apoio/tabela-de-areas-do-conhecimento-avaliacao>>. Acesso em: 13 jun. 2015.
- CASTELLANOS, M. E. P. *et al.* Estudantes de graduação em Saúde Coletiva: perfil sociodemográfico e motivações. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, jun. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000600014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23

maio 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ADMINISTRAÇÃO (CFA). *Resolução normativa CFA nº 426, de 15 de agosto de 2012*. Altera a resolução normativa CFA nº 373, de 12 de novembro de 2009, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.cfa.org.br/institucional/legislacao/resolucoes/2012/RN000812.pdf/view>>. Acesso em: 13 jun. 2015.

FERREIRA, J.; CUNHA, C. L. F.; BASTOS, L. L. O campo científico da Saúde Coletiva: apontamentos para o debate para a formação da pós-graduação stricto sensu. *Rev. Eletron. Gestão Saúde*, Brasília, v. 6, n. 2, p. 1254-1266, 2015.

FLICK, U. *Introdução à pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

IDE, C. A. C.; SCHNECK, C. A. Desenvolvimento discente e identidade profissional de enfermagem: os sistemas de conceitos como mediadores do aprendizado. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 51, n. 3, p. 403-416, set. 1998. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71671998000300006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671998000300006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 24 maio 2015.

KOIFMAN, L.; GOMES, L. N. A graduação em Saúde Coletiva: um debate ou uma realidade?. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 417-418, dez. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022008000400001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000400001&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 maio 2015.

KLEINUBING, N. V. *O bacharel em Saúde Coletiva*. 2012. 33 f. Dissertação (Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho) – Universidade Vale do Itajaí, Itajaí, 2012.

LIMA, A. M. M. Graduação em gerontologia: da inovação pedagógica à formação da identidade profissional do gerontólogo. *Rev. Kairós*, São Paulo, caderno temático 4, p. 19-31, ago. 2009.

LIMA, R. M. S. *Projeto Político-Pedagógico na*

*perspectiva freireana: participação e diálogo*. 2011. 150 f. Dissertação (Mestrado em Educação: Currículo) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), São Paulo, 2011. Disponível em: <[http://www.sapientia.pucsp.br//tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=13862](http://www.sapientia.pucsp.br//tde_busca/arquivo.php?codArquivo=13862)>. Acesso em: 12 mar. 2015.

MALACRIDA, V. A. *et al.* A identidade do curso de pedagogia: uma investigação via história oral. *Colloquium Humanarum*, Toledo, v. 10, n. spec., p. 695-704, jul./dez. 2013.

MARTINS, C. L. *Desvelando a identidade da pós-graduação em saúde pública*. 1999. 234 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 1999.

ORNELAS, A. L.; TEIXEIRA, M. G. C. Intersetorialidade ou diálogos setoriais?: reflexões a partir da experiência do Projeto Teias-Escola Manguinhos, Rio de Janeiro. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, jul./set. 2015.

PANASIEWICZ, R. *et al.* Educação e cidadania: a formação humanista da juventude nos projetos pedagógicos. *Horizonte*, Belo Horizonte, v. 10, n. 26, abr./jun. 2012. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/horizonte/article/view/P.2175-5841.2012v10n26p399>>. Acesso em: 12 mar. 2015.

ROSA, S. S. Gestão estratégica e currículo: (re) construindo a identidade do curso de Pedagogia a partir das demandas sociais. *Rev. E-Curriculum*, São Paulo, v. 3, n. 1, dez. 2007. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/curriculum/article/viewFile/3200/2122>>. Acesso em: 13 jun. 2015.

RODRIGUES, R. C. *Uma proposta de metodologia de trabalho baseada em contabilidade gerencial para uma empresa de pequeno porte situada no interior do estado do Ceará*. 2010. 53 f. Monografia (Bacharelado em Ciências Contábeis) – Faculdade Lourenço Filho, Fortaleza, 2010.

RUELA, H. C. G. *A formação de sanitaristas e os cursos de graduação em saúde coletiva no Brasil*. 2013. 134 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de

Janeiro, 2013.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F.  
Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas.  
*Rev. Bras. Historia Cien. Sociais*, São Leopoldo, v. 1, n. 1, p.  
1-15, jul. 2009.

SOUSA NETO, A. R. Em busca de uma identidade: o  
curso de Pedagogia da UFG. *Rev. Eletron. Educação do  
Curso Pedagogia Campus Avanç. Jataí UFG*, Jataí, v. 1, n.  
1, jan./jul., 2005. Disponível em: <[http://www.revistas.  
ufg.br/index.php/ritref/article/viewFile/20395/11883](http://www.revistas.ufg.br/index.php/ritref/article/viewFile/20395/11883)>.  
Acesso em: 13 jun. 2015.

SPAGNOL, C. A. (Re)pensando a gerência em  
enfermagem a partir de conceitos utilizados no campo  
da Saúde Coletiva. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro,  
v. 10, n. 1, p. 119-127, mar. 2005. Disponível em: <[http://  
www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-  
81232005000100019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100019&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 29  
maio 2015.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
(UFMG). *Projeto pedagógico do curso de Gestão de  
Serviços de Saúde*, 2008.

\_\_\_\_\_. *Projeto pedagógico do curso de Gestão de Serviços  
de Saúde*, 2013.

VEIGA, I. P. A. *Projeto político-pedagógico da escola: uma  
construção possível*. 14. ed. Campinas: Papirus, 2002.

\_\_\_\_\_. Inovações e projeto político-pedagógico: uma  
relação regulatória ou emancipatória?. *Cad. CEDES*,  
Campinas, v. 23, n. 61, p. 267-281, dez. 2003. Disponível  
em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_  
arttext&pid=S0101-32622003006100002&lng=en&nrm=  
iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32622003006100002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 16 mar. 2015.

VENANCIO, L.; DARIDO, S. C. A educação física  
escolar e o projeto político pedagógico: um processo  
de construção coletiva a partir da pesquisa-ação.  
*Rev. bras. educ. fís. esporte*, São Paulo, v. 26, n. 1,  
mar. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.  
br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1807-  
55092012000100010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-55092012000100010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17  
mar. 2015.

---

Recebido para publicação em julho de 2015  
Versão final em novembro de 2015  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# Assessment of Chronic Illness Care (ACIC): avaliação da aplicabilidade e resultados

*Assessment of Chronic Illness Care (ACIC): evaluation of applicability and results*

Karine Cavalcante da Costa<sup>1</sup>, Luiza Helena de Oliveira Cazola<sup>2</sup>, Edson Mamoru Tamaki<sup>3</sup>

**RESUMO** Estudo descritivo de abordagem quanti-qualitativa, cujo objetivo foi avaliar a aplicação do *Assessment of Chronic Illness Care (ACIC)* e seus resultados junto aos profissionais de equipes da Estratégia Saúde da Família, em Campo Grande (MS). A amostra constituiu-se de 30 profissionais em 5 equipes, e a coleta de dados foi realizada em maio e junho de 2014, por meio do instrumento ACIC. A média das equipes resultou em capacidade razoável para atenção às condições crônicas, sendo o sistema de informação clínica a principal fragilidade e o desenho do sistema de prestação de serviços de saúde, o maior potencial.

**PALAVRAS-CHAVE** Atenção Primária à Saúde; Avaliação de serviços de saúde; Doenças crônicas; Estratégia Saúde da Família.

**ABSTRACT** *Descriptive study of quantitative and qualitative approach, sought to evaluate the application of the Assessment of Chronic Illness Care (ACIC) and its results along with professionals of teams of the Family Health Strategy, in Campo Grande (MS). The sample consisted of 30 professionals in 5 teams, and data collection was carried out in May and June of 2014, through the application of ACIC instrument. The average of the teams resulted in reasonable ability to the care for chronic conditions, and the clinical information system as the main weakness and the drawing of the healthcare service delivery system, the greatest potential.*

**KEYWORDS** *Primary Health Care; Health services evaluation; Chronic diseases; Family Health Strategy.*

<sup>1</sup> Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul – Campo Grande (MS), Brasil.  
karine.costa@saude.ms.gov.br

<sup>2</sup> Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – Campo Grande (MS), Brasil.  
luizacazola@gmail.com

<sup>3</sup> Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – Campo Grande (MS), Brasil.  
edson.tamaki@ufms.br

## Introdução

As condições crônicas são consideradas as principais causas de morbimortalidade no mundo, sendo responsáveis por 58% das causas de óbito, devido ao envelhecimento da população e às mudanças nos hábitos de vida: sedentarismo, alimentação inadequada, tabagismo e estratégias mercadológicas (ALWAN *ET AL.*, 2010). No Brasil, se observa que as doenças cardiovasculares, neoplasias e doenças respiratórias representam 72% das causas de óbitos. O País passa por um envelhecimento da população e pelo crescimento do número de pessoas em sobrepeso e obesidade (DUARTE; BARRETO, 2012).

Estas condições exigem respostas e ações contínuas, proativas e integradas, desde o sistema de atenção à saúde e dos profissionais até os usuários, para a estabilização das condições de saúde por meio de um controle efetivo, eficiente e com qualidade (MENDES, 2012; MACINKO; DOURADO; GUANAIS, 2011). O sistema de saúde, no Brasil, para atender a estas transformações, vive em um descompasso entre o aumento das condições crônicas e o processo de trabalho e da gestão, que ainda privilegiam as condições agudas ou a agudização das condições crônicas (BRASIL, 2011).

Também se observa que os sistemas de saúde, além de terem um papel essencial na prevenção das condições crônicas, bem como nas estratégias de controle, devem se articular com outros setores e atores. Portanto, o modelo de atenção adotado é determinante para o sucesso da melhoria das condições de vida de um indivíduo ou comunidade, em especial, o modelo de atenção às condições crônicas (MACINKO; DOURADO; GUANAIS, 2011; MOYSÉS; SILVEIRA FILHO; MOYSÉS, 2012).

A estratégia existente no Brasil para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde e aperfeiçoar o funcionamento político institucional do Sistema Único de Saúde (SUS), com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços efetivos e eficientes dos quais

necessitam, é a Rede de Atenção à Saúde (RAS). O pilar de uma RAS é a Atenção Primária à Saúde (APS), que assume o papel central no desenho e no funcionamento desses sistemas. Portanto, o sucesso da RAS depende da efetividade da APS, por meio dos seus atributos: resolutividade, responsabilização e coordenação (BRASIL, 2010).

Para organizar os pontos de atenção às condições crônicas no Brasil, foi publicada pelo Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro (MS/GM) a Portaria nº 483/2014, que estabelece a RAS das pessoas com doenças crônicas no âmbito do SUS, com seus componentes, diretrizes e objetivos (BRASIL, 2014).

A fim de estabelecer intervenções resolutivas para a mudança do perfil epidemiológico, o MacColl Institute for Health Innovation, nos Estados Unidos, criou o Modelo de Atenção Crônica, mais conhecido como Modelo de Condições Crônicas (MCC), que traz importantes conceitos para a melhoria do processo de trabalho a essas condições (WAGNER, 1998; DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991). Mendes (2012) fez uma adaptação desse modelo, unindo-o ao Modelo da Pirâmide de Risco e ao Modelo da Kaiser Permanente, criando o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).

Para avaliação da implantação do MCC foi construído o instrumento Assessment of Chronic Illness Care (ACIC) (Avaliação da Capacidade Institucional para a Atenção às Condições Crônicas), que tem a finalidade de avaliar a atenção às condições crônicas por meio da percepção dos profissionais, e deve ser utilizado pelas equipes de saúde para identificar áreas com maior fragilidade, a fim de qualificar a atenção em doenças crônicas antes da programação de ações para a qualificação e avaliar o nível das intervenções adotadas (BONOMI *ET AL.*, 2002).

Esse instrumento foi traduzido e adaptado transculturalmente para diversas línguas, inclusive para o português (BOWEN *ET AL.*, 2010; CRAMM *ET AL.*, 2011; GOMTUBUTRA *ET AL.*, 2012). A Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba

(PR), em parceria com o Laboratório de Inovações no Cuidado às Condições Crônicas, a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), utilizou o ACIC para a implantação do MACC. O instrumento foi validado e aplicado em dois momentos: no primeiro, para definição de uma linha de base, para posterior implantação do MACC; e no segundo, a sua reaplicação para comparação com a linha de base (MOYSÉS; SILVEIRA FILHO; MOYSÉS, 2012).

Com este estudo, pretende-se avaliar a primeira aplicação do instrumento ACIC aos profissionais de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) de Campo Grande (MS), para estabelecimento da linha de base, antecedendo a implantação da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, bem como os resultados obtidos, que demonstrarão a capacidade institucional para atenção às condições crônicas dessas equipes.

## Metodologia

Trata-se de pesquisa descritiva com abordagem quanti-qualitativa baseada em dados primários, obtidos por meio da aplicação do ACIC aos profissionais que compõem as equipes da ESF urbanas, de Campo Grande (MS).

Foram considerados como critérios para inclusão: a existência de Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), compostas pelas equipes mínimas, conforme Brasil (2012), com médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde e cirurgião-dentista, além de auxiliar e/ou técnico de saúde bucal; terem sido implantadas até dezembro de 2012, por ser necessário um tempo mínimo de conhecimento da população adscrita; e a presença de, no mínimo, três profissionais, sendo obrigatória a participação do(a) enfermeiro(a) e do(a) médico(a).

Para avaliação da aplicabilidade do instrumento foram consideradas as seguintes variáveis: tempo de aplicação, número de participantes e métodos de aplicação, conceitos baseados na literatura (MOYSÉS; SILVEIRA FILHO; MOYSÉS, 2012). Como critérios de exclusão, equipes cujos profissionais não aceitassem participar da pesquisa, equipes incompletas e aquelas nas quais os profissionais médicos e enfermeiros estivessem afastados, por qualquer motivo (férias e licença).

Para a escolha das equipes, dentre um universo de 84 implantadas, foi utilizada a amostragem probabilística por conglomerados, e procedeu-se o sorteio de uma UBSF em cada um dos quatro distritos sanitários existentes em Campo Grande (MS).

O ACIC é composto por seis dimensões associadas à efetivação do MACC, e uma sétima, que avalia a integração das dimensões. As percepções obtidas são analisadas por meio de uma escala de pontuação, de 0 a 11, em que (0) representa a menor pontuação, ou seja, um local com recursos e estruturas muito limitados; e (11), a maior pontuação, um local com recursos e estrutura ótima para a atenção às condições crônicas. Para cada dimensão, é obtida uma pontuação média e, ao final, é feita sua soma e dividida pelo número de dimensões (MOYSÉS; SILVEIRA FILHO; MOYSÉS, 2012).

As sete dimensões do instrumento ACIC são: organização da atenção à saúde, articulação com a comunidade, autocuidado apoiado, suporte à decisão, desenho do sistema de prestação de serviços, sistema de informação clínica e integração dos componentes do MACC. Cada uma constitui-se de quatro ou seis componentes (*quadro 1*).

Sua aplicação ocorreu nos meses de maio a junho de 2014, durante a reunião da equipe, que contou com a presença da pesquisadora e foi agendado previamente com o gerente da unidade de saúde, para que não houvesse comprometimento no processo de trabalho. Participaram 30 profissionais de distintas categorias, lotados em 5 equipes de ESF (*tabela 1*).

Quadro 1. Componentes das sete dimensões do ACIC

Componentes das Dimensões						
1: Organização da Atenção à Saúde	2: Articulação com a Comunidade	3: Auto-cuidado Apoiado	4: Suporte à Decisão	5: Desenho do Sistema de Prestação de Serviços	6: Sistema de Informação Clínica	7: Integração dos Componentes do MACC
Existência e incorporação do interesse da liderança organizacional em relação às mudanças na atenção às condições crônicas.	Realização de articulação das instituições de saúde e das pessoas usuárias com os recursos comunitários.	Realização de avaliação e documentação das atividades e necessidades de autocuidado apoiado.	Disponibilidade de diretrizes clínicas baseadas em evidências.	Trabalho em equipe, que se reúne com atribuições bem definidas.	Disponibilidade de prontuário clínico eletrônico.	Realização de informação às pessoas usuárias em relação às diretrizes clínicas.
Existência e monitoramento das metas organizacionais para a atenção às condições crônicas.	Parcerias com organizações comunitárias existentes, estruturadas e pró-ativas.	Oferecimento, pelos educadores em saúde, de suporte para o autocuidado apoiado.	Envolvimento de especialistas no apoio à Atenção Primária à Saúde.	Liderança das equipes de saúde reconhecida, assumida e garantida pela instituição de saúde.	Disponibilidade de registro das pessoas usuárias (lista de pessoas com condições crônicas específicas por estrato de risco).	Sistema de informação/registo clínico com a inclusão de resultados de avaliação do estado das pessoas usuárias.
Existência e incorporação das estratégias para a melhoria da atenção às condições crônicas.	Existência do Conselho Local de Saúde e acompanhamento do mesmo à atenção às condições crônicas.	Acolhimento das preocupações das pessoas usuárias e seus familiares como parte integrante da atenção às condições crônicas.	Realização de educação permanente dos profissionais de saúde para atenção às condições crônicas.	Sistema de agendamento organizado.	Disponibilidade de alerta para os profissionais, de forma a permitir a identificação de subpopulações por estratificação de risco.	Programas comunitários que fornecem feedback à instituição de saúde sobre as pessoas usuárias.
Utilização da regulação e de incentivos para apoiar a atenção às condições crônicas.	Incorporação do agente comunitário de saúde à atenção às condições crônicas.	Disponibilidade de intervenções efetivas de mudança de comportamento de pessoas usuárias e de suporte de pares.	Informação às pessoas usuárias sobre as diretrizes clínicas realizadas por meio de métodos adequados de educação em saúde.	Monitoramento da condição crônica ofertado e organizado pela equipe de saúde e adaptado às necessidades das pessoas usuárias.	Feedbacks fornecidos oportunamente para a equipe de saúde.	Utilização de dados dos sistemas de informação para planejamento de programação local das condições crônicas.
Existência de liderança superior da organização, que encoraja a melhoria da atenção às condições crônicas.	-	-	-	Atenção programada para as condições crônicas, utilizada para a maioria das pessoas usuárias.	Disponibilidade de informação sobre subgrupos relevantes de pessoas usuárias, para ajuda os profissionais no planejamento do cuidado.	Monitoramento das metas dos planos de cuidado realizado por um profissional designado, que utiliza prontuário clínico e alertas.

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 1. Quantitativo de profissionais participantes da aplicação do instrumento ACIC junto às equipes selecionadas da ESF de Campo Grande (MS), 2014

Equipe	Total de Profissionais	Profissionais Participantes
<b>01</b>	09	01 médico 01 enfermeiro 01 dentista 01 auxiliar de enfermagem 01 auxiliar de saúde bucal 04 agentes comunitários de saúde
<b>02</b>	11	01 médico 01 enfermeiro 01 dentista 01 auxiliar de enfermagem 01 auxiliar de saúde bucal 06 agentes comunitários de saúde
<b>03</b>	04	01 médico 01 enfermeiro 01 auxiliar de enfermagem 01 agente comunitário de saúde
<b>04</b>	03	01 médico 01 enfermeiro 01 auxiliar de saúde bucal
<b>05</b>	03	01 médico 01 enfermeiro 01 auxiliar de enfermagem
<b>Total</b>	30	05 médicos 05 enfermeiros 02 dentistas 04 auxiliares de enfermagem 03 auxiliares de saúde bucal 11 agentes comunitários de saúde

Fonte: Elaboração própria.

Antecedendo a aplicação do instrumento, a pesquisadora apresentou o alinhamento conceitual em relação aos conceitos de doença e condição crônica, o impacto destas no perfil de morbimortalidade e a importância da APS na modificação deste perfil; também foram apresentados a relevância e objetivos da pesquisa, além de instruções em relação ao ACIC.

Após o aceite pelos participantes e a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, iniciou-se a aplicação coletiva do instrumento ACIC. Para isso, foi necessário que a equipe pudesse estar em local reservado, a fim de discutir os questionamentos, bem como registrar os apontamentos. A pesquisadora distribuiu cópia do instrumento a cada participante, para

que todos acompanhassem a leitura de cada componente, de maneira a facilitar a discussão. Dessa forma, as notas seriam dadas por consenso, prática recomendada por outros estudos (BONOMI ET AL., 2002).

Após a discussão do instrumento foram realizados cálculos para a obtenção da média final de todas as equipes, ou seja, a avaliação da capacidade institucional para atenção às condições crônicas, assim como a média final por equipe e por dimensões (quadro 2).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob o Protocolo de nº 574.735.



Quadro 2. Dimensões e conceitos do ACIC

Dimensões	Conceito
Organização da Atenção à Saúde	A atenção às condições crônicas pode ser mais efetiva se todo o sistema (organização, instituição, unidade) no qual a atenção é prestada estiver orientado e permitir maior ênfase no cuidado às condições crônicas.
Articulação com a Comunidade	A articulação entre o sistema de saúde (instituição/unidades básicas de saúde) e os recursos comunitários tem um importante papel na gestão/manejo de condições crônicas.
Autocuidado Apoiado	O autocuidado apoiado efetivo pode ajudar as pessoas com condições crônicas e suas famílias a lidar com os desafios de conviver e tratar a condição crônica, além de reduzir as complicações e os sintomas da doença.
Suporte à Decisão	O manejo efetivo de condições crônicas assegura que os profissionais da saúde tenham acesso a informações baseadas em evidências para apoiar as decisões na atenção às pessoas usuárias. Isso inclui diretrizes e protocolos baseados em evidências, consultas a especialistas, educadores em saúde, e envolvimento dos usuários, de forma a tornar as equipes de saúde capazes de identificar estratégias efetivas de cuidado.
Desenho do Sistema de Prestação de Serviços	A evidência sugere que a gestão efetiva da atenção às condições crônicas envolve mais do que a simples adição de intervenções a um sistema focado no cuidado de condições agudas. São necessárias mudanças na organização do sistema, realinhando a oferta do cuidado.
Sistema de Informação Clínica	Informação útil e oportuna, e personalizada, por cada usuário e pelas populações usuárias com condições crônicas, é um aspecto crítico de modelos de atenção efetivos, especialmente daqueles que empregam abordagens populacionais.
Integração dos Componentes do Modelo de Atenção às Condições Crônicas	Sistemas de saúde efetivos integram e combinam todos os elementos do modelo, por exemplo, associando as metas de autocuidado com os registros nos sistemas de informação, ou associando políticas locais com atividades dos planos terapêuticos dos pacientes (locais para desenvolvimento de atividades físicas, estruturação de hortas comunitárias etc.).

Interpretação dos resultados

Pontuações entre "0" e "2": capacidade limitada para a atenção às condições crônicas;

Pontuações entre "3" e "5": capacidade básica para a atenção às condições crônicas;

Pontuações entre "6" e "8": razoável capacidade para a atenção às condições crônicas;

Pontuações entre "9" e "11": capacidade ótima para a atenção às condições crônicas.

Fonte: MOYSÉS; SILVEIRA FILHO; MOYSÉS, 2012.

## Resultados e discussão

Os resultados demonstraram que, ao se considerar a média final por equipe, variações foram encontradas, apresentando a

equipe 4 a menor média (3,15), interpretada como capacidade básica para atenção às condições crônicas e diferindo das demais, que apresentaram razoável capacidade (tabela 2).

Tabela 2. Resultados da aplicação do ACIC, médias por equipe, por dimensão e interpretação, em Campo Grande (MS), 2014

Equipes	Dimensões							Média Final por Equipe	Interpretação
	1. Organização da Atenção à Saúde	2. Articulação com a Comunidade	3. Autocuidado Apoiado	4. Suporte à Decisão	5. Desenho do Sistema de Prestação de Serviços	6. Sistema de Informação Clínica	7. Integração dos Componentes do MACC		
Equipe 1	8,83	9	7,5	9,25	9,83	5	6	7,92	Razoável capacidade para atenção às condições crônicas

Tabela 2. (cont.)

Equipe 2	9,33	10,25	10	8,75	10,17	4,17	10,17	8,98	Razoável capacidade para atenção às condições crônicas
Equipe 3	9,83	8	9,75	7,25	9,33	4	8,67	8,12	Razoável capacidade para atenção às condições crônicas
Equipe 4	3,50	2,5	2,75	3,5	5,67	1,83	2,33	3,15	Capacidade básica para atenção às condições crônicas
Equipe 5	7,83	7	8,25	5,67	7,83	5,33	0,67	6,02	Razoável capacidade para atenção às condições crônicas
<b>Média Final das Dimensões</b>	<b>7,87</b>	<b>7,35</b>	<b>7,65</b>	<b>6,80</b>	<b>8,57</b>	<b>4,07</b>	<b>5,57</b>	<b>6,84</b>	<b>Razoável capacidade para atenção às condições crônicas</b>

Em relação à primeira equipe, observou-se, durante a aplicação do instrumento, uma participação ativa dos seus membros, promovida principalmente pela enfermeira, que possibilitou a integração do grupo (*tabela 1*).

A maior nota foi relacionada à quinta dimensão, desenho do sistema de prestação de serviços (*tabela 2*), pois os componentes trabalho em equipe, liderança das equipes de saúde e atenção programada para as condições crônicas obtiveram a totalidade dos pontos (*quadro 1*). O comportamento ativo desta equipe pode ter proporcionado um bom resultado nesta dimensão, pois as ações referentes à mesma estão no âmbito de atuação da equipe.

Esta dimensão traz a necessidade de que a gestão efetiva da atenção às condições crônicas envolva mudanças na organização do sistema no sentido de realinhar a oferta do cuidado; que haja intervenções no trabalho em equipe, na liderança das mesmas, no

sistema de agendamento, no monitoramento, na atenção programada e na continuidade do cuidado (MOYSÉS; SILVEIRA FILHO; MOYSÉS, 2012). Melhorias realizadas têm sido associadas à redução dos fatores de risco para doença cardiovascular e diabetes (PARCHMAN; KAISSI, 2009).

A segunda equipe, apesar de todos os seus profissionais estarem presentes durante a aplicação do instrumento, demonstrou-se pouco participativa, sob a influência de uma liderança na qual se faziam prevalecer as notas atribuídas aos componentes do instrumento ACIC (*tabela 1*).

O estilo de liderança apresentado nesta equipe é conhecido como autoritário, no qual o líder posiciona-se no topo, com uma conduta em que há ausência de incertezas, sendo sua posição considerada como a única verdade. Esse comportamento pode ter contribuído para que o resultado da equipe tenha sido a maior média dentre as demais

(*tabela 1*) (LANZONI; MEIRELLES, 2011).

Esta equipe considerou, como maior nota, a segunda dimensão – articulação com a comunidade –, por ponderar como melhores componentes a articulação das instituições de saúde e das pessoas usuárias com os recursos comunitários, as parcerias com as organizações comunitárias e o trabalho articulado do agente comunitário de saúde (*quadro 1*).

Apesar de as equipes avaliadas referirem alguma articulação com a comunidade (*tabela 2*), os vínculos comunitários são práticas raras, o que justifica alguns estudos não incluírem informações detalhadas sobre esta dimensão em suas pesquisas, ao utilizarem o ACIC (STRICKLAND ET AL., 2010). Demandas dos cuidados agudos muitas vezes impediram o desenvolvimento de relações comunitárias, contudo, esses vínculos foram especificamente relacionados a um melhor desempenho no processo de atendimento e, conseqüentemente, a melhores resultados (SI ET AL., 2005; PARCHMAN; KAISSI, 2009).

Quanto à terceira equipe, o instrumento foi aplicado para quatro membros, que se apresentaram participativos, demonstrando respeito às opiniões individuais e conhecimento em relação às condições crônicas (*tabela 1*). A liderança do enfermeiro pode ter influenciado os demais a atribuírem à primeira dimensão – organização da atenção à saúde – a maior nota (*tabela 2*).

Estudos demonstram que a melhoria dos resultados na pontuação ACIC para a primeira dimensão exige uma grande mudança na organização dos cuidados de saúde, o que depende da gestão da equipe, porém são necessárias mais pesquisas que expliquem a associação entre a avaliação ACIC e a mudança organizacional (SUNAERT ET AL., 2009).

A quarta equipe diferenciou-se das demais, tanto em relação ao tempo de aplicação do instrumento (20 minutos) quanto com sua insatisfação em relação à liderança da UBSF.

No que diz respeito ao tempo empregado

para a aplicação do instrumento, constatou-se que a média de resposta foi de aproximadamente 1 hora e 30 minutos, com exceção da equipe 4. Pesquisas apontam um resultado que varia de 15 a 30 minutos, podendo chegar a 2 horas (BONOMI ET AL., 2002; MOYSÉS; SILVEIRA FILHO; MOYSÉS, 2012; SI ET AL., 2005; SUNAERT ET AL., 2009).

Nesta equipe, o instrumento foi aplicado junto aos três profissionais mínimos exigidos nos critérios de inclusão da pesquisa, que se apresentaram com uma postura negativa e desinteressada. A insatisfação dos profissionais pode estar associada à pouca experiência da gestão, refletida durante a aplicação do instrumento.

Todos estes fatores podem ter contribuído para o baixo nível de pontuação desta equipe em relação às demais, resultando uma capacidade básica para atenção às condições crônicas.

No que se refere à aplicabilidade do instrumento, estudos demonstram que o número ideal de participantes deve ser, no mínimo, três (BONOMI ET AL., 2002). Neste estudo, observou-se que, nas equipes que participaram com maior número de profissionais – equipes 1, 2 e 3 –, as notas tenderam a ser maiores (*tabelas 1 e 2*). Porém, estudos apontam que, após a aplicação ter sido feita individualmente com três participantes, optou-se, em um segundo momento, por envolver um maior número de profissionais e estabelecer um consenso (MOYSÉS; SILVEIRA FILHO; MOYSÉS, 2012; SUNAERT ET AL., 2009).

Para esta equipe, a quinta dimensão – desenho do sistema de prestação de serviços – apresentou a maior nota, sendo a liderança da equipe, o monitoramento e a atenção programada à condição crônica os componentes com maior pontuação (*tabela 2*).

A quinta equipe também participou, somente com os três profissionais exigidos (*tabela 1*), sendo que a liderança apresentou-se atuante, com comportamento semelhante ao encontrado nas equipes 1 e 3. Ainda sobre liderança, constatou-se, nas equipes 1,

3 e 5, aquela conhecida como autêntica, que mantém todos os membros unidos, oportuniza uma visão compartilhada dos objetivos e envolve os profissionais nas decisões da equipe (LANZONI; MEIRELLES, 2011).

Esta equipe pontuou a terceira dimensão – autocuidado – como a melhor nota (*tabela 2*). Esta dimensão trata da forma como a equipe pode desenvolver a capacidade das pessoas e familiares para lidar com os desafios de conviver e tratar a condição crônica, além de reduzir as complicações e os sintomas da doença. Pacientes que desenvolvem o comportamento para o autocuidado têm fatores de risco mais bem controlados (PARCHMAN; KAISSI, 2009).

O autocuidado apoiado também foi referenciado com boas notas pelas equipes 2, 3 e 5 (*tabela 2*), as quais demonstraram maior conhecimento em relação às condições crônicas, no que se refere ao acolhimento das preocupações das pessoas usuárias e seus familiares, e às intervenções efetivas, que levam a mudanças de comportamento dos usuários e de suporte de pares (*quadro 1*) (MENDES, 2012; MOYSÉS; SILVEIRA FILHO; MOYSÉS, 2012).

No entanto, em relação à quinta equipe, destaca-se a baixa nota que apresentou para a sétima dimensão – integração dos componentes do MACC –, diferenciando-se das demais (*tabela 2*). Esta dimensão traz aspectos que devem combinar com todos os elementos do modelo, como, por exemplo, associar as metas de autocuidado com os registros no sistema de informação, ou associar as políticas locais com as atividades dos planos de cuidado dos usuários (locais para o desenvolvimento de atividades físicas, estruturação de hortas comunitárias etc.) (MOYSÉS; SILVEIRA FILHO; MOYSÉS, 2012).

Esta baixa pontuação pode estar relacionada à reduzida compreensão em relação aos conceitos de diretrizes clínicas, plano de cuidado e a associação entre os elementos do modelo de atenção.

A experiência da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (PR) demonstrou que,

durante a aplicação do instrumento, alguns profissionais também manifestaram dificuldade em relação a determinados conceitos-chave para o desenvolvimento de atenção às condições crônicas, como, por exemplo: diretrizes clínicas, autocuidado, plano de cuidado (MOYSÉS; SILVEIRA FILHO; MOYSÉS, 2012).

Esta mesma situação foi observada durante a aplicação do instrumento nesta pesquisa. O ACIC tem o potencial de ser afetado pelo papel de uma pessoa, do trabalho, do local e da compreensão dos elementos do MCC (SOLBERG ET AL., 2006). Itens como a organização do sistema de saúde, o autocuidado e o desenho de prestação de serviço foram os de mais difícil entendimento (STEINHAUSER ET AL., 2011).

Por esta razão, recomenda-se que, antecedendo sua aplicação, seja realizado um pré-teste junto aos profissionais locais, para verificar a necessidade de revisão e adaptação na escrita dos seus componentes, de modo a facilitar a compreensão e a discussão do mesmo.

Com relação às dimensões, o sistema de informação clínica – sexta dimensão – apresentou notas baixas para todas as equipes (*tabela 2*). Esta dimensão demonstra que uma informação útil e personalizada, por cada usuário e pelas populações usuárias com condições crônicas é um aspecto crítico de modelos de atenção efetivos, especialmente daqueles que empregam abordagens populacionais (MOYSÉS; SILVEIRA FILHO; MOYSÉS, 2012).

O Hygia, sistema de informação disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande (MS), integra todos os pontos de atenção da rede municipal de saúde, no entanto, não contempla os elementos necessários para a gestão do cuidado das condições crônicas: não é integrado à cogestão do paciente em termos de documentar as metas e atividades, e apresenta pouca articulação entre a informação e os serviços comunitários e clínicos. Outros estudos demonstram a mesma situação (PARCHMAN; KAISSI,

2009; SI ET AL., 2005; STEURER-STEY ET AL., 2012).

A utilização de sistemas de informação que incluam o uso de lembretes, alertas, relatórios e feedbacks do desempenho clínico possibilita um atendimento clínico estruturado e melhoria na qualidade dos cuidados, pois o sistema de informação tem três funções importantes: (1) registro de uma população-alvo; (2) fornecimento de lembretes para as equipes de APS, a fim de cumprir as diretrizes do cuidado; e (3) estabelecimento de informações relevantes para a qualidade do atendimento, sendo este o menos desenvolvido (STRICKLAND ET AL., 2010; SI ET AL., 2005; STEURER-STEY ET AL., 2012). O aumento na pontuação do ACIC nesta dimensão foi associado a uma considerável melhoria na prestação de serviços (PARCHMAN; KAISSI, 2009).

O total de todas as dimensões demonstra uma razoável capacidade de atenção às condições crônicas para as equipes avaliadas neste estudo (tabela 2). Conforme a orientação do próprio instrumento, é comum que algumas equipes deem início a um processo de mudança com média menor do que '5' em algumas ou em todas as dimensões do instrumento. Também é comum as equipes acreditarem que proporcionam mais atenção às condições crônicas do que realmente acontece (MOYSÉS; SILVEIRA FILHO; MOYSÉS, 2012).

Estudos demonstram que o mesmo ocorre com a reaplicação do instrumento: depois de transcorrido determinado período para comparação com a linha de base, algumas variáveis podem apresentar discreto aumento; ou, ao contrário, ao reavaliar sua capacidade institucional, a equipe pode atribuir uma redução no desempenho por demonstrar postura autocrítica (SCHWAB ET AL., 2014).

Há dificuldades, em curto prazo, de melhorias em todas as dimensões do MCC, porém, para alinhar e conseguir as mudanças necessárias, é preciso colaboração e incentivo de todos os atores (STEURER-STEY ET AL.,

2012).

## Considerações finais

O ACIC se apresentou como uma importante ferramenta, que possibilitou avaliar a percepção dos profissionais quanto à capacidade institucional para atenção às condições crônicas.

No que se refere à sua aplicação, mesmo este estudo tendo obedecido à mesma metodologia de aplicação de estudos anteriores, que sugerem a participação de, no mínimo, três participantes, verificou-se a necessidade de ser realizado com todos os profissionais da equipe. Por isso, recomenda-se aplicá-lo inicialmente de maneira individualizada e após fomentar a discussão em equipe, para posterior consenso, a fim de se garantir que as percepções de todos os participantes possam ser discutidas.

A média das equipes resultou como uma capacidade razoável para atenção às condições crônicas, sendo o sistema de informação clínica a principal fragilidade e o desenho do sistema de prestação de serviços de saúde, a de maior potencial.

A utilização do ACIC em todas as equipes de APS deve ser estimulada, para o planejamento de projetos e ações que propiciem a melhoria da qualidade da atenção às condições crônicas, sendo esta a principal vantagem da aplicabilidade deste instrumento. Sugere-se que sejam realizados estudos que analisem a percepção dos usuários, por meio do instrumento Avaliação do Usuário sobre o Cuidado às Condições Crônicas (*Patient Assessment of Chronic Illness Care - PACIC*), que poderá proporcionar uma avaliação mais completa, uma vez que a corresponsabilização do usuário influencia a atenção ofertada, principalmente no tocante ao autocuidado, um dos componentes do MACC, já que o ACIC limita-se à percepção do profissional de saúde. ■

## Referências

- ALWAN, A. *et al.* Monitoring and surveillance of chronic noncommunicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. *Lancet*, London, v. 376, n. 9755, p. 1861-1868, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21074258>>. Acesso em: 10 ago. 2014.
- BONOMI, A. E. *et al.* Assessment of chronic illness care (ACIC): a practical tool to measure quality improvement. *Health Services Research*, Chicago, v. 37, n. 3, p. 791-820, 2002. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1434662/>>. Acesso em: 10 ago. 2014.
- BOWEN, J. L. *et al.* Assessing chronic illness care education (ACIC-E): a tool for tracking education re-design for improving chronic care education. *Journal of General Internal Medicine*, Philadelphia, v. 25, supl. 4, p. 593-609, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2940447/>>. Acesso em: 10 ago. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Planificação da atenção primária à saúde nos estados*. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2011.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM nº 483, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, seção 1, 2 abr. 2014. Disponível em: <[http://bvsm.sau.gov.br/bvsm/sauolegis/gm/2014/prt0483\\_01\\_04\\_2014.html](http://bvsm.sau.gov.br/bvsm/sauolegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html)>. Acesso em: 8 set. 2014.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do sistema único de saúde (SUS). *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 31 dez. 2010. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria4279\\_docrede.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria4279_docrede.pdf)>. Acesso em: 05 jun. 2014.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.
- CRAMM, J. M. *et al.* Development and validation of a short version of the assessment of chronic illness care (ACIC) in dutch disease management programs. *Health and Quality of Life Outcomes*. London, v. 9, n. 49, p. 49-58, 2011. Disponível em: <<http://www.hqlo.com/content/9/1/49>>. Acesso em: 10 ago. 2014.
- DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M.; Policies and strategies to promote social equity in health. *Background document to WHO – Strategy paper for Europe*. Arbetsrapport/Institutet for Framtidsstudier, Stockholm, v. 2007, n. 14, 1991. Disponível em: <[http://econpapers.repec.org/paper/hhsifswps/2007\\_5f014.htm](http://econpapers.repec.org/paper/hhsifswps/2007_5f014.htm)>. Acesso em: 10 ago. 2014.
- DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a epidemiologia e serviços de saúde revisita e atualiza o tema. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, DF, v. 21, n. 4, p. 529-532, dez. 2012. Disponível em: <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742012000400001&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400001&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 2 fev. 2014.
- GOMUTBUTRA, P. *et al.* The reliability and validity of thai version of assessment of chronic illness care (ACIC). *Journal of the Medical Association of Thailand*, Bangkok, v. 95, n. 8, p. 1105-1113, ago. 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23061317>>. Acesso em: 10 ago. 2014.
- LANZONI, G. M. M.; MEIRELLES, B. H. S. Liderança do enfermeiro: uma revisão integrativa da literatura. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, p. 651-658, jun. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000300026&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000300026&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 10 ago. 2014.
- MACINKO, J.; DOURADO, I.; GUANAIS, F. C. *Doenças crônicas, atenção primária e desempenho dos sistemas de saúde: diagnósticos, instrumentos e intervenções*. Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), 2011.
- MENDES, E. V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
- MOYSÉS, S. T.; SILVEIRA FILHO, A. D.; MOYSÉS, S. (Org.). *Laboratório de inovações no cuidado das condições crônicas na APS: a implantação do modelo de atenção às condições crônicas na UBS Alvorada em Curitiba, Paraná*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
- PARCHMAN, M.; KAISSE, A. A. Are elements of the chronic care model associated with cardiovascular risk factor control in type 2 diabetes? *Jt Comm J Qual Patient*

Saf, Oak Brook, v. 35, n. 3, p. 133-138, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19326804>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

SCHWAB, G. L. *et al.* Percepção de inovações na atenção às doenças/condições crônicas: uma pesquisa avaliativa em Curitiba. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 307-318, out. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0307.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2015.

SI, D. *et al.* Assessment health centre systems for guiding improvement in diabetes care. *BMC Health Services Research*, London, v. 5, n. 56, p. 1-23, 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1208882/>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

SOLBERG, L. I. *et al.* Care quality and implementation of the chronic care model: a quantitative study. *Annals of Family Medicine*, Leawood, v. 4, n. 4, p. 310-316, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16868234>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

STEINHAEUSER, J. *et al.* Applicability of the assessment of chronic illness care (ACIC) instrument in germany resulting in a new questionnaire: questionnaire of chronic illness care in primary care. *BMC Health Services Research*, London, v. 11, n. 164, jul. 2011. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/164>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

STEURER-STEY, C. *et al.* The german version of the assessment of chronic illness care: instrument translation

and cultural adaptation. *Eval Clin Pract*, UK, v. 18, n. 1, p. 1-4, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20698920>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

STRICKLAND, P. A. O. *et al.* Features of the Chronic Care Model associated with behavioral counseling and diabetes care in community primary care. *J Am Board Fam Med*, Cuba, v. 23, n. 3, p. 295-305, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2924566/>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

SUNAERT, P. *et al.* Implementation of a program for type 2 diabetes based on the Chronic Care Model in a hospital-centered health care system: 'the Belgian experience'. *BMC Health Services Research*, London, v. 9, n. 152, p. 1-14, ago. 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2757022/>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

WAGNER, E. H. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice*, Philadelphia, v. 1, n. 1, p. 2-4, ago./set. 1998. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10345255>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

---

Recebido para publicação em julho de 2015  
Versão final em novembro de 2015  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# Validação de instrumento para análise do dano estético no Brasil

## *Aesthetic injury assessment instrument validation in Brazil*

Mário Marques Fernandes<sup>1</sup>, Juan Antonio Cobo Plana<sup>2</sup>, Fernanda Capurucho Horta Bouchardet<sup>3</sup>, Edgard Michel-Crosato<sup>4</sup>, Rogério Nogueira de Oliveira<sup>5</sup>

**RESUMO** Este estudo objetivou traduzir e adaptar culturalmente as questões constantes do instrumento espanhol de Análise da Impressão e do Impacto do Prejuízo Estético, proposto por Cobo Plana (2010), para sua possível utilização no Brasil, bem como validar tal instrumento junto a cirurgiões-dentistas da área de Odontologia Legal. Os avaliadores aplicaram o método, constituído de quatro quadros, por meio de uma sequência de dez imagens que mostraram modelos sem e com lesões (cicatrizes) maquiadas, simulando danos estéticos na face. Os quatro quadros, traduzidos e adaptados culturalmente para língua portuguesa, mostraram ter potencial para oferecer maior objetividade na valoração do dano estético.

**PALAVRAS-CHAVE** Avaliação de danos; Metodologias de avaliação de danos; Odontologia legal; Estética; Responsabilidade legal.

**ABSTRACT** *This study aimed to translate and cross-cultural adapt the constants questions in Spanish injury Assessment Impression and Impact Instrument proposed by Cobo Plana (2010) for its possible use in Brazil, and validate this instrument with Forensic Dentistry area dentists. The evaluators applied the four tables method in a sequence of ten images that showed models with and without simulate injury (scars) made with moulage on the face. The four tables translated and culturally adapted into Portuguese language showed potential to offer greater objectivity in the valuation of the aesthetic injury.*

**KEYWORDS** *Damage assessment; Damage assessment methodologies; Forensic dentistry; Esthetics; Liability, legal.*

<sup>1</sup> Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Odontologia - São Paulo (SP), Brasil. Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul - Porto Alegre (RS), Brasil. [mfmario@mp.rs.gov.br](mailto:mfmario@mp.rs.gov.br)

<sup>2</sup> Instituto de Medicina Legal (IML) - Zaragoza (Aragón), Espanha. [jacoboplana@hotmail.com](mailto:jacoboplana@hotmail.com)

<sup>3</sup> Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG), Faculdade de Odontologia, Belo Horizonte (MG), Brasil. [femandacapurucho@gmail.com](mailto:femandacapurucho@gmail.com)

<sup>4</sup> Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Odontologia - São Paulo (SP), Brasil. [michelcrosato@usp.br](mailto:michelcrosato@usp.br)

<sup>5</sup> Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Odontologia - São Paulo (SP), Brasil. [rogerion@usp.br](mailto:rogerion@usp.br)



## Introdução

Enquanto um dano estético em âmbito penal é limitado à noção de deformidade permanente, em sede civil, por seu turno, a questão pode ser analisada no que diz respeito à totalidade de suas implicações e reflexos. A avaliação do prejuízo estético é influenciada por fatores inerentes ao queixoso: idade, sexo, repercussão socioprofissional e estado civil, bem como por aqueles relativos às possibilidades de reparação: correções cirúrgicas e próteses, dentre outras (CARDOZO, 1997).

O dano é uma diminuição do patrimônio, quer seja material ou moral. Os danos à pessoa podem se definir como destruição, inutilização ou deterioração que sofre a pessoa em relação a seu estado anterior, tanto em seus bens extrapatrimoniais como patrimoniais ou, também, como o conjunto de consequências sobre a pessoa, a lesão ou afecção de sua integridade psicofísica, que podem ser de caráter econômico, moral, familiar, penal, laboral, dentre outros (CUETO, 2001).

O dano estético gera sempre prejuízos morais e, por vezes, também prejuízos materiais, pois pode refletir sobre a capacidade laborativa específica e genérica e sobre a capacidade de ganho, seja nos relacionamentos ao longo da vida ou na eficiência social (LOPEZ, 1999).

A imagem de uma pessoa é uma construção complexa e poliédrica. Além da valoração pela própria pessoa da sua imagem, que segue labirintos cognitivos individualíssimos, a imagem é um patrimônio que se valora externamente na relação interpessoal e que pode ter múltiplos objetivos como, por exemplo, estabelecer relações emocionais diferentes, vender um produto, provocar pena, convencer, dentre outros. Quando a imagem de uma pessoa se altera, pode provocar diferentes danos na vítima e, quando isso ocorre, o objetivo prioritário é a reparação integral. Quando a restituição

total da imagem da pessoa não é conseguida, o causador tem a responsabilidade de ‘compensar’ as consequências que tal alteração provoca (COBO PLANA, 2010).

A avaliação do dano corporal em direito civil praticada atualmente no Brasil apresenta falta de padronização de abordagem. A uniformização de conceitos, métodos e linguagens é um passo fundamental para o estabelecimento de formas mais justas de indenização, visando à reparação integral do dano corporal (BOUCHARDET, 2010).

Originalmente proposto na Espanha pelo médico forense do Instituto de Medicina Legal da Aragón (Espanha) Dr. Juan Antonio Cobo Plana, o método de Análise da Impressão e do Impacto do Prejuízo Estético (Aipe) consiste numa ajuda orientadora em forma esquemática para quantificação do prejuízo estético. O instrumento é composto de quatro quadros, sendo o primeiro destinado à análise da impressão do impacto do prejuízo estético; o segundo, à valoração da categoria do prejuízo estético; o terceiro à aferição do nível de impacto em cada categoria; e, por fim, o último valora os critérios complementares de prejuízo estético (COBO PLANA, 2010).

O método Aipe foi implementado na avaliação do prejuízo estético nos âmbitos civil ou criminal, uma vez que o método permite ao perito, médico, cirurgião-dentista ou profissional do Direito: a) adotar de critérios de intensidade ou gravidade sobre o prejuízo estético e sobre a eventual deformidade provocada, b) estabelecer questões de uso sujeitas a reavaliações por outros avaliadores, e c) melhorar os princípios de contradição e mediação ao expor ao julgador as bases dessa avaliação de uma forma singela e evidente. Uma vez desenhado o método de avaliação da intensidade ou gravidade do prejuízo estético, esse método talvez seja perfeitamente aplicado a qualquer legislação civil ou penal (BOUCHARDET; COBO PLANA, 2011).

Analisando os valores pagos por danos

estéticos, morais e materiais nos processos de responsabilidade civil contra cirurgiões-dentistas julgados no Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul (TJRS) e identificando, no teor dos julgamentos, a utilização, pelo perito ou juiz, de algum método na avaliação da alteração estética, concluiu-se que os processos relacionados à responsabilidade profissional do cirurgião-dentista revelaram a tendência de os magistrados deferirem mais indenizações por danos morais do que por danos materiais. Observou-se, ainda, a tendência de conceder valores elevados aos pedidos por danos estéticos, em média maiores do que os por danos materiais e morais. De acordo com os julgamentos analisados, não identificou-se na valoração dos danos estéticos qualquer análise comparativa, seja objetiva ou subjetiva. Após a avaliação e descrição das lesões, necessita-se atribuir pontos ou porcentagens com escalas numéricas para valorar o dano estético (FERNANDES ET AL., 2012).

No que tange à pesquisa científica no Brasil ou em qualquer lugar do mundo, a utilização de metodologia na qual se realizem ou reproduzam lesões em seres humanos ou animais é totalmente proibida, esbarrando em aspectos éticos e legais básicos. Logo, as simulações feitas a partir de maquiagem são alternativas a serem pensadas. Utilizada com sucesso no incremento da formação técnica e profissional, a confecção de lesões disfarçadas é utilizada em várias áreas da saúde com sucesso (SMITH-STONER, 2011).

Diante da importância pública do tema e para permitir maior objetividade às avaliações sobre alteração pejorativa da imagem das pessoas, este trabalho tem como objetivos: a) traduzir e adaptar culturalmente as questões constantes dos quatro quadros do instrumento espanhol de Aipe, proposto pelo autor Juan Antonio Cobo Plana (COBO PLANA, 2010), para que possa ser utilizado no Brasil; e b) validar o instrumento Aipe junto a cirurgiões-dentistas brasileiros da

área de odontologia legal.

## Metodologia

### Etapa 1

A primeira etapa deste trabalho visou a traduzir e adaptar culturalmente o instrumento Aipe, originalmente na língua espanhola, seguindo as diretrizes propostas por Sperber (2004) e Wild *et al.* (2005). O trabalho se desenvolveu na seguinte sequência:

1) A primeira tradução do questionário foi realizada diretamente de sua versão original em espanhol para língua portuguesa falada no Brasil por um tradutor juramentado, com a titulação devidamente em dia, sem conhecimento odontológico, sem vínculo acadêmico e desconhecedor do propósito e do conteúdo do estudo. Também realizou a primeira tradução um profissional não juramentado, da área de odontologia, com vínculo acadêmico e conhecedor do estudo.

2) Comparação e sintetização das duas traduções numa única versão brasileira para tradução de volta à língua espanhola. As passagens com duas traduções diferentes foram agrupadas e enviadas para a fase seguinte.

3) Tradução de volta ao espanhol realizada por dois tradutores diferentes, professores de espanhol nativos sem conhecimento formal do questionário original.

4) Com o intuito de eliminar qualquer ambiguidade e assegurar a equivalência conceitual da tradução, realizou-se a revisão da tradução de volta ao espanhol juntamente com a colaboração do autor original do instrumento.

5) Criou-se um comitê de especialistas composto por dois professores, um brasileiro da língua espanhola e um professor-doutor de língua portuguesa, além dos autores do trabalho, os quais, harmonicamente, realizaram uma versão pré-final, avaliando

quatro equivalências: semântica (análise do significado das palavras, quando existir mais de um significado, e das dificuldades gramaticais da tradução); idiomática (análise de algum termo coloquial, quando necessário, e adaptação ao vocabulário brasileiro); experiencial (análise das situações do questionário original no cotidiano brasileiro); e conceitual (análise dos exemplos citados no questionário original no cotidiano brasileiro).

6) Testou-se a versão pré-final, durante a qual o instrumento composto pelos quadros 1, 2, 3 e 4 foi entregue para oito cirurgiões-dentistas que possuíam as características da população do estudo, para que aplicassem o instrumento.

7) Revisão dos quadros com questões cognitivas, cujos resultados foram revisados pelos autores, visando a conferir os detalhes que porventura foram esquecidos durante o processo, culminando na versão final.

## Etapa 2

Na segunda parte do trabalho, objetivou-se validar o instrumento Aipe, identificando-se a população do estudo: cirurgiões-dentistas, alunos de cursos de especialização *latu sensu* em odontologia legal, reconhecidos pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO). Os avaliadores receberam a) um questionário com questões fechadas sobre perfil (sexo, idade, tempo de formado, capacitação em relação à metodologia de quantificação de dano corporal e titulação) e b) dez cópias do instrumento já traduzido contendo os quatro quadros para quantificar a categoria do prejuízo estético e o nível de impacto.

Paralelamente, selecionaram-se dois modelos voluntários, supostos periciados, um homem e uma mulher, com idade de 25 anos. Confeccionaram-se, com produtos cosméticos de maquiagem facial, seis lesões (cicatrices) compatíveis com as

seis diferentes categorias (gradações) ou faixas de pontos de prejuízo estético constante dos quadros traduzidas do método Aipe, em cada voluntário. Definiram-se as categorias em (quadro 2) a) lesão não relevante, zero ponto; b) lesão grau um ou leve, entre 1 e 6 pontos; c) lesão grau dois ou moderada, entre 7 e 12 pontos; d) lesão grau três ou média, entre 13 e 18 pontos; e) lesão grau 4 ou importante, entre 19 e 24 pontos; f) lesão grau 5 ou bastante importante, entre 25 a 30 pontos; e g) lesão grau 6 ou importantíssima, entre 31 e 50 pontos.

As lesões foram feitas de forma evolutiva, da categoria menor até a maior. Como critério topográfico, as cicatrizes simuladas na face deveriam estar nas regiões do aparelho estomatognático, ou seja, na área de atuação do perito cirurgião-dentista. Não puderam ser voluntários os modelos que já possuíam cicatriz em qualquer local da face. Alguns retoques foram feitos nas imagens das lesões com a ajuda do programa *Adobe Photoshop CS5* para explicitar algum detalhe quando necessário.

Como cada categoria possui cinco níveis de impacto (quadro 3), considerou-se, na tabulação dos escores, como *golden standard* o nível de impacto moderado, para todas as categorias. Por exemplo, uma lesão na categoria 2 (moderada) poderia ser novamente classificada no quadro para valoração do nível de impacto em cada categoria variando entre 2,1 (muito pouco), 2,2 (um pouco), 2,3 (moderado), 2,4 (severo) e 2,5 (muito intenso) sendo estabelecido para fins de tabulação o padrão 2,3.

Após, realizaram-se tomadas fotográficas digitais nas posições frontal, oblíqua (aproximadamente 45°), lateral e close na lesão simulada, numa distância focal de 105 mm. Aplicou-se uma tarja sob a região dos olhos nas imagens dos voluntários, visando a evitar o viés subjetivo da expressão do olhar.

Apresentou-se uma sequência com dez conjuntos de imagens contidas em faixas

diferentes de pontos (sendo uma com zero ponto, seis contendo diferentes faixas de pontos, e mais três faixas repetidas). A sequência das imagens foi randomizada e padronizaram-se a tela, o projetor digital, a distância tela-projetor (dois metros) e o tempo de avaliação, de cinco minutos por categoria de lesão.

As imagens de um a dez contendo as categorias foram analisadas de duas maneiras. Primeiramente, uma imagem mais distante contendo três posições faciais diferentes (frontal, oblíqua e lateral) foi exposta ao lado do estado anterior (sem lesão), também nessas três posições. A seguir, outra imagem com essa categoria de lesão em close na posição oblíqua foi exposta ao lado do estado anterior, com régua em milímetros, sendo novamente analisada por cinco minutos. Utilizou-se como critério de

aproximação a visão total da região anterior do aparelho estomatognático pela norma oblíqua, com aproximadamente 45 graus. Após, os questionários foram recolhidos e os dados tabulados eletronicamente.

A validade de construção foi verificada pela comparação das questões constantes nos *quadros 1, 2, 3 e 4* traduzidos do Aipe Brasil por meio de estatística descritiva e pelos seguintes testes estatísticos: Coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC), Coeficiente de Correlação de Spearman (SCC), Testes não-paramétricos *Mann-Whitney* e Teste *Kruskal-Wallis* com nível de significância de 5% ( $p \leq 0,05$ ), após estudo de *outliers*.

Visando a atender às questões éticas envolvidas, este estudo foi submetido ao Comitê de Ética e liberado pelo nº16785713.4.0000.0075.

Quadro 1. Instrumento para análise do dano estético traduzido e adaptado culturalmente para uso no Brasil (Quadro 1 de 4 do método)

AJUDA ORIENTATIVA PARA ANÁLISE DA IMPRESSÃO E DO IMPACTO DO PREJÚZO ESTÉTICO - AIPE QUADRO AIPE/BRASIL 1 - GUIA PARA ANÁLISE ESQUEMÁTICA DA IMPRESSÃO	
<b>Nível de comprovação.</b> Responder à pergunta: Até que ponto se 'vê' ou se 'percebe' a alteração da imagem da pessoa?	<input type="checkbox"/> não se vê, ou praticamente não se vê <input type="checkbox"/> se vê <input type="checkbox"/> se vê claramente
<b>Nível da tendência do 'olhar'* ao se fixar ou a se manter atento no sentido de perceber</b> a mudança de imagem. Responder à pergunta: Nosso olhar ou nossos outros sentidos tendem a se fixar especificamente nessa alteração da imagem da pessoa?	<input type="checkbox"/> não tende a fixar o olhar ou nossos outros sentidos <input type="checkbox"/> tende a se fixar ou fixa <input type="checkbox"/> tende a evitar o olhar
<b>Nível de lembrança quanto à imagem do lesionado</b> ou nível de 'interesse' que provoca qualquer elemento ou aspecto objetivável. Responder à pergunta: Quando nos lembramos do nosso paciente, o descrevemos a partir da alteração da imagem da pessoa?	<input type="checkbox"/> não se lembra <input type="checkbox"/> se lembra <input type="checkbox"/> protagoniza a lembrança e, sem dúvida, serve para descrever e identificar o lesionado
<b>Nível de emoção que provoca.</b> Responder à pergunta: Provoca algum tipo de emoção à pessoa lesionada, como, por exemplo: tristeza ou alguma emoção semelhante?	<input type="checkbox"/> não provoca resposta emocional <input type="checkbox"/> provoca ligeira resposta emocional <input type="checkbox"/> provoca resposta emocional intensa
<b>Tipo de emoção que provoca.</b> Responder à pergunta: Se fôssemos familiares ou pessoas próximas à pessoa lesionada, sua imagem poderia chegar a afetar nossa relação com ela?	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim, mas não muito <input type="checkbox"/> sim, muito

Fonte: Traduzido e adaptado do original em espanhol para uso no Brasil (COBO PLANA, 2010).

Nota: \*Considerando a tendência do olhar como algo natural, sem inibições ou condicionamentos. O observador ou avaliador deve liberar-se dos fatores condicionantes que provocam o decoro, a educação, a compaixão etc. que podem alterar essa tendência de continuar olhando.

Quadro 2. Instrumento para análise do dano estético traduzido e adaptado culturalmente para uso no Brasil (Quadro 2 de 4 do método)

QUADRO AIPE/BRASIL 2 - PARA VALORAÇÃO DA CATEGORIA DO PREJUÍZO ESTÉTICO						
AVALIAÇÃO EM PONTOS	VALORAÇÃO EM GRAUS DEPREJUÍZO ESTÉTICO	Nível de comprovação visual do defeito	Tendência do olhar ao se fixar no defeito	Nível de lembrança da imagem do lesionado	Nível de emoção que provoca	Possibilidade de provocar alteração na relação interpessoal
0	Não relevante	Não se vê ou praticamente não se vê <input type="checkbox"/>				
1 a 6	Leve	Se vê <input type="checkbox"/>	Não tende a se fixar <input type="checkbox"/>			
7 a 12	Moderado	Se vê claramente <input type="checkbox"/>	Tende a se fixar ou se fixa <input type="checkbox"/>	Não costuma se lembrar <input type="checkbox"/>		
13 a 18	Médio	Se vê claramente <input type="checkbox"/>	A tendência é evitar olhar <input type="checkbox"/>	Lembra <input type="checkbox"/>	Não provoca resposta emocional <input type="checkbox"/>	
19 a 24	Importante	Se vê claramente <input type="checkbox"/>	A tendência é evitar olhar <input type="checkbox"/>	Protagoniza a lembrança (serve para descrever) <input type="checkbox"/>	Provoca resposta emocional <input type="checkbox"/>	Não altera a relação interpessoal <input type="checkbox"/>
25 a 30	Bastante importante	Se vê claramente <input type="checkbox"/>	A tendência é evitar olhar <input type="checkbox"/>	Protagoniza a lembrança (serve para descrever) <input type="checkbox"/>	Provoca emoção intensa <input type="checkbox"/>	Poderia alterar a relação interpessoal superficialmente <input type="checkbox"/>
31 a 50	Importantíssimo	Se vê claramente <input type="checkbox"/>	A tendência é evitar olhar <input type="checkbox"/>	Protagoniza a lembrança (serve para descrever) <input type="checkbox"/>	Provoca emoção intensa <input type="checkbox"/>	Poderia alterar a relação interpessoal profundamente <input type="checkbox"/>

Fonte: Traduzido e adaptado do original em espanhol para uso no Brasil (COBO PLANA, 2010).

Quadro 3. Instrumento para análise do dano estético traduzido e adaptado culturalmente para uso no Brasil (Quadro 3 de 4 do método)

QUADRO AIPE/BRASIL 3 - PARA VALORAÇÃO DO NÍVEL DE IMPACTO EM CADA CATEGORIA					
	Muito pouco	Um pouco	Moderado	Severo	Muito intenso
No caso de prejuízo estético leve (faixa de 1-6), a pergunta seria: Se vê ou se identifica quando se olha, ou ainda se percebe por outro sentido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O limite inferior é de 1 ponto, por tratar-se de dano leve. A faixa possível é de 6 pontos.	1-4% de 6 pontos = 0 a 1 ponto	5-24% de 6 pontos = 2 pontos	25-49% de 6 pontos = 3 a 4 pontos	50-95% de 6 pontos = 5 pontos	96-100% de 6 pontos = 6 pontos
Valor final	1 ponto	2 pontos	3 a 4 pontos	5 pontos	6 pontos
	Muito pouco	Um pouco	Moderado	Severo	Muito intenso
No caso de prejuízo estético moderado (faixa de 7-12), a pergunta seria: Uma vez percebida a alteração da imagem tende a fixar-se nela e se lembrar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O limite inferior é de 7 pontos, por tratar-se de dano moderado. A faixa possível é de 6 pontos.	1-4% de 6 pontos = 0 a 1 ponto	5-24% de 6 pontos = 2 pontos	25-49% de 6 pontos = 3 a 4 pontos	50-95% de 6 pontos = 5 pontos	96-100% de 6 pontos = 6 pontos

Quadro 3. (cont.)

QUADRO AIPE/BRASIL 3 - PARA VALORAÇÃO DO NÍVEL DE IMPACTO EM CADA CATEGORIA					
Valor final	7 pontos	8 pontos	9 a 10 pontos	11 pontos	12 pontos
	Muito pouco	Um pouco	Moderado	Severo	Muito intenso
No caso de prejuízo estético médio (faixa de 13-18), a pergunta seria: A alteração da imagem do corpo é parte da descrição da pessoa porque protagoniza seu aspecto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O limite inferior é de 13 pontos, por tratar-se de dano médio. A faixa possível é de 6 pontos.	1-4% de 6 pontos = 0 a 1 ponto	5-24% de 6 pontos = 2 pontos	25-49% de 6 pontos = 3 a 4 pontos	50-95% de 6 pontos = 5 pontos	96-100% de 6 pontos = 6 pontos
Valor final	13 pontos	14 pontos	15 o 16 pontos	17 pontos	18 pontos
	Muito pouco	Um pouco	Moderado	Severo	Muito intenso
No caso de prejuízo estético importante (faixa de 19-24), a pergunta seria: A alteração da imagem provoca reações emocionais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O limite inferior é de 19 pontos por tratar-se de dano importante. A faixa possível é de 6 pontos.	1-4% de 6 pontos = 0 a 1 ponto	5-24% de 6 pontos = 2 pontos	25-49% de 6 pontos = 3 a 4 pontos	50-95% de 6 pontos = 5 pontos	96-100% de 6 pontos = 6 pontos
Valor final	19 pontos	20 pontos	21 o 22 pontos	23 pontos	24 pontos
	Muito pouco	Um pouco	Moderado	Severo	Muito intenso
No caso de prejuízo estético bastante importante (faixa de 25-30), a pergunta seria: O nível de emoção provocado na pessoa poderia afetar superficialmente a relação?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O limite inferior é de 25 pontos, por tratar-se de dano bastante importante. A faixa possível é de 6 pontos.	1-4% de 6 pontos = 0 a 1 ponto	5-24% de 6 pontos = 2 pontos	25-49% de 6 pontos = 3 a 4 pontos	50-95% de 6 pontos = 5 pontos	96-100% de 6 pontos = 6 pontos
Valor final	25 pontos	26 pontos	27 a 28 pontos	29 pontos	30 pontos
	Muito pouco	Um pouco	Moderado	Severo	Muito intenso
No caso de prejuízo estético importantíssimo (faixa de 31-50), a pergunta seria: Se eu tivesse que conviver com essa pessoa, sua deformidade afetaria profundamente a minha relação com ela?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O limite inferior é de 31 pontos, por tratar-se de dano importantíssimo. A faixa possível é de 20 pontos.	1-4% de 6 pontos = 0 a 1 ponto	5-24% de 6 pontos = 2 pontos	25-49% de 6 pontos = 3 a 4 pontos	50-95% de 6 pontos = 5 pontos	96-100% de 6 pontos = 6 pontos
Valor final	25 pontos	26 pontos	27 a 28 pontos	29 pontos	30 pontos

Fonte: Traduzido e adaptado do original em espanhol para uso no Brasil (COBO PLANA, 2010).

Quadro 4. Instrumento para análise do dano estético traduzido e adaptado culturalmente para uso no Brasil (Quadro 4 de 4 do método)

QUADRO AIPE/BRASIL 4 - PARA VALORAÇÃO DOS CRITÉRIOS COMPLEMENTARES REFERENTES AO VALOR DO PREJUÍZO ESTÉTICO	
CRITÉRIOS COMPLEMENTARES REFERENTES AO VALOR DO PREJUÍZO ESTÉTICO	
Focos da relação com a <b>comunicação</b> : referência especial aos objetivos visuais convencionais num diálogo direto, como o rosto, com especial importância dos olhos e da boca, assim como das mãos, como complemento ou ajuda na expressão oral.	<input type="checkbox"/> não se percebe ou praticamente não se percebe <input type="checkbox"/> se percebe <input type="checkbox"/> se percebe claramente
Focos de atenção na relação <b>sexual</b> : zonas sexuais primárias e secundárias e mãos, tanto no aspecto visual como no de contato ou de uso sexual.	<input type="checkbox"/> não se percebe ou praticamente não se percebe <input type="checkbox"/> se percebe <input type="checkbox"/> se percebe claramente
Focos <b>transitórios especiais</b> : partes do corpo habitualmente não expostas à visão, mas a situações específicas, como banhos de sol, trajes de banho etc.	<input type="checkbox"/> não se percebe ou praticamente não se percebe <input type="checkbox"/> se percebe <input type="checkbox"/> se percebe claramente
Focos de especial transcendência em atividades de <b>trabalho</b> : dependendo da atividade, como, por exemplo, uma cicatriz glútea em profissional que requiera sua exposição específica.	<input type="checkbox"/> não se percebe ou praticamente não se percebe <input type="checkbox"/> se percebe <input type="checkbox"/> se percebe claramente
Outros <b>focos especiais</b> .	<input type="checkbox"/> não se percebe ou praticamente não se percebe <input type="checkbox"/> se percebe <input type="checkbox"/> se percebe claramente

Fonte: Traduzido e adaptado do original em espanhol para uso no Brasil (COBO PLANA, 2010).

## Resultados

A amostra constitui-se de 69 avaliadores, com o seguinte perfil: sexo feminino, 81,2% (n=56); idade entre 30 e 40 anos, 47,8% (n=33); e tempo de formado de mais de 10 anos, 43,5% (n=30), sendo que se destaca a proximidade do escore com aqueles que tinham menos de cinco anos de formado 33,3% (n=23). Em relação às questões de capacitação em avaliação de danos, 39,1% (n=27) já haviam tido a matéria durante o curso, sendo que apenas dois componentes (2,9%) tinham experiência na tipificação de lesões por trabalhar em instituto médico legal ou outras instituições que fazem a avaliação de danos como rotina. Dentre os respondentes, havia 37,7% (n=26) especialistas reconhecidos pelo CFO, 11,6% (n=8) eram mestres, e não havia doutores em odontologia.

Após o estudo dos *outliers*, quinze avaliadores foram removidos da amostra, resultando em n=54. A validação do instrumento foi verificada por meio da medida da confiabilidade dos observadores (ou erro intra examinador), via ICC, mostrando-se, no geral, satisfatória para uma e excelente para outras duas lesões repetidas (dentre as dez apresentadas), tanto quando considerada a categoria das lesões (ICC nas três lesões comparadas de 0,660; 0,799 e 0,844) como quanto ao nível do impacto (ICC nas três lesões comparadas de 0,706; 0,786; e 0,846). No que versa sobre o erro interexaminador, a análise descritiva dos resultados (*tabela 1*) mostrou um coeficiente de variação médio de 40,12% quando considerados todos os coeficientes, o que mostra relativa homogeneidade dos escores.

Tabela 1. Medidas descritivas para as pontuações em cada lesão (n=54) e cálculo da variação para análise do erro Interexaminador

Sequência	Medidas descritivas				
	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação (%)
1ª Lesão grau 1 (F)	0,00	2,10	0,96	0,45	46,9
2ª Lesão grau 2 (M)	0,00	3,30	1,49	0,89	59,7
3ª Lesão grau 3 (F)	1,10	4,20	2,70	0,86	31,9
4ª Lesão grau 4 (F)	1,30	5,40	3,86	0,89	23,1
5ª Lesão grau 5 (M)	3,30	6,50	5,24	0,79	15,1
6ª Lesão grau 1 (F)*	0,00	2,10	1,01	0,52	51,5
7ª Lesão grau 6 (M)	4,10	6,50	6,00	0,70	11,7
8ª Lesão grau 3 (F)*	1,10	4,20	2,64	0,92	34,8
9ª Lesão grau 0 (M)	0,00	2,10	0,59	0,65	110,2
10ª Lesão grau 5 (M)*	3,40	6,50	5,02	0,82	16,3

Notas: F=Feminino e M=Masculino.

\*Lesões que se repetiram para cálculo do ICC.

A análise inferencial dos resultados, ao utilizar testes não paramétricos, mostrou que não existe diferença significativa para as pontuações, ao serem cruzadas com o sexo, a idade dos avaliadores, o tempo de formado e o título de mestre em alguma outra área da odontologia.

No entanto, foram significativos três cruzamentos de escores observados pelos avaliadores da população que já possuíam capacitação em valorar danos corporais. Constatou-se significância ou pontuação superior para as lesões: 5ª apresentada, com grau cinco ou bastante importante ( $p=0,007$ ), 7ª da sequência, grau seis ou importantíssimo ( $p=0,021$ ), e novamente a lesão grau cinco apresentada na última posição ( $p=0,038$ ).

Também mostraram significância dois cruzamentos de participantes que possuíam especialização registrada no CFO, para lesão grau 2 ou moderado ( $p=0,024$ ) e grau 3 ou médio ( $p=0,024$ ), verificando-se uma pontuação significativamente superior para esse grupo.

Por fim, por meio dos resultados SCC,

verificou-se que apenas a lesão de categoria 2 (moderado), em relação à idade dos avaliadores e o tempo de formado, apresentou resultados significativos e relação direta, ou seja, quanto maior a idade do avaliador, maior tende a ser a pontuação,  $p=0,026$ .

## Discussão

Conceitualmente, a valoração de danos é dividida em danos temporários e permanentes. Os danos temporários quantificam aspectos tais como déficits totais ou parciais, repercussão na atividade profissional, também total ou parcial, e o *quantum doloris*. Consolidadas as sequelas, valoram-se os danos permanentes, estando o dano estético inserido nessa classificação, juntamente com o déficit funcional permanente, a repercussão das sequelas na atividade profissional, e ainda a repercussão das sequelas nas atividades de desportivas, de lazer e sexual (BOUCHARDET ET AL., 2010). No entanto, em estudos utilizando julgados no Brasil, o dano estético



mostrou diferenças quanto à classificação entre estados brasileiros: no TJRS são avaliados como um terceiro tipo de dano, isolado, além dos materiais e morais; no Tribunal de Justiça de Minas Gerais (TJMG) são inseridos nos danos morais (FERNANDES ET AL., 2012; BOUCHARDET ET AL., 2013).

A utilização do método Aipe no contexto pericial brasileiro já foi revisada e discutida, apresentando um horizonte otimista para a avaliação do prejuízo estético nos âmbitos do direito civil e penal por meio da utilização de parâmetros (ou perguntas diretas) que ajudam o investigador (BOUCHARDET; COBO PLANA, 2010). Porém, o referido estudo não testou, com base em metodologia científica, o método Aipe na população brasileira, talvez pelas dificuldades de viabilização do ponto de vista ético. Embora se encontrem outros estudos sobre grau de severidade em alterações faciais envolvendo cicatrizes feitas com recursos computacionais (SOUZA, 2006), bem como outros métodos para quantificação do dano estético (SANTOS, 2008), a pesquisa comparativa com as visões antes (*golden standard*) e depois do trauma numa população específica veio ao encontro dessa necessidade.

A busca pela melhor evidência científica sempre foi um desafio aos pesquisadores, entretanto, alguns seguintes questionamentos restavam pendentes no campo do dano estético: como desenvolver pesquisas nessa área simulando ou reproduzindo lesões traumáticas sem violar os princípios éticos mundiais em pesquisa científica? Como conseguir uma amostra consistente que permita observar todas as características citadas antes e depois do trauma? Como estudar a avaliação de danos sem poder reproduzi-los em humanos e animais, acompanhar suas etapas, características e alterações sem violar os direitos humanos? Cumpre destacar que o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas foram questões considerados na Resolução CNS 446/2012,

que aprovou as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil (BRASIL, 2012). Nesta pesquisa, a utilização da maquiagem para simulação de lesões abriu uma nova perspectiva, mantendo o objetivo da evidência científica sem desrespeitar o ser humano.

A valoração do prejuízo estético deve ser definida por meio de critérios que estimem o efeito que alteração do aspecto exterior provoca na pessoa lesionada e de sua percepção pelos demais indivíduos (BOUCHARDET; CRIADO DEL RIO, 2010; CRIADO DEL RIO, 2010). Além de distinguir a diferença entre substrato fisiológico alterado e fealdade da imagem, o avaliador deve valorar a gravidade do dano ou prejuízo estético, sendo que a beleza e a feiúra são valores eminentemente subjetivos, ainda que seja inegável que existem fatores socioculturais que definem, em cada tempo e em cada lugar, o que é belo e o que é feio (COBO PLANA, 2010; LOPEZ, 1999). Nesse sentido, visando a incluir diferentes ambientes socioculturais, as coletas da amostra foram realizadas nas seguintes cidades brasileiras: Ribeirão Preto, São Paulo e Piracicaba (SP), Feira de Santana (BA), Porto Alegre (RS) e Belo Horizonte (MG).

No Brasil, o atual Código de Processo Civil brasileiro impõe aos peritos que constem alguns aspectos nos laudos, cumprindo o Art. 473. Dentre eles, consta, no inciso III, a indicação do método utilizado, esclarecendo-o e demonstrando ser predominantemente aceito pelos especialistas da área do conhecimento da qual se originou (BRASIL, 2015). Para o cumprimento dessa tarefa, os peritos e assistentes técnicos necessitam parâmetros que orientem como categorizar o dano estético, objetivando a abordagem subjetiva desse prejuízo. Este estudo reforçou cientificamente a teoria do encadeamento anatômico-clínico das lesões e sua categorização (COBO PLANA, 2010), ou seja, foram reproduzidas com maquiagem de forma evolutiva, uma maior que as outras, na mesma pessoa, permitindo ao avaliador pontuar as imagens.

Embora este seja um estudo pioneiro na validação transcultural do Aipe, não havendo, portanto, estudos prévios para comparações, os resultados verificados nos testes de confiabilidade mostraram patamares importantes e satisfatórios quanto à variabilidade e homogeneidade dos escores.

O conceito de dano estético considera a repercussão de uma seqüela estática (cicatriz, deformações) ou dinâmica (claudicação da marcha, alterações na mímica etc.), resultando na deterioração da imagem da pessoa em relação a si própria e aos outros. Devem ser levados em conta tanto o grau de visibilidade (MAGALHÃES, 2004 APUD BOUCHARDET ET AL., 2010) como a análise da alteração pejorativa da imagem como um todo incluindo outros sentidos, tais como olfato, audição e tato (COBO PLANA, 2010).

Nesta investigação científica, constatou-se o fato de as maquiagens não permitirem a avaliação por outros sentidos nem avaliações dinâmicas ou com movimentos nos modelos simulados, razões pelas quais as análises foram feitas com lesões estáticas em imagens. No contexto da investigação do prejuízo estético orofacial, orienta-se a avaliação de movimentos como sendo aqueles realizados normalmente no cotidiano dos periciados e classificados pela Organização Mundial de Saúde, devidamente registrados em vídeo (OMS, 2004). Recomendamos mais estudos nessa importante linha de pesquisa nas ciências forenses com uma metodologia dinâmica, evidenciando a utilização do quadro 4, que aborda critérios complementares na valoração desse prejuízo, enfocando a relação do dano estético na comunicação, relação sexual e atividades de trabalho.

Uma dificuldade que permeia esse tipo de estudo é o fato de as tabelas e escalas existentes nas diversas metodologias para valoração de dano estético não terem sido validadas de forma transcultural. A verificação de como está disciplinada a liquidação do dano estético dos dispositivos legais de cada País é fundamental e, ainda, se existe alguma

divisão entre dano fisiológico e estético, visando a não incorrer em dupla quantificação. Diferentemente do Brasil, na Espanha essa questão se apresenta dividida nas investigações, ou seja, pela Lei nº 35/2015, o dano estético é avaliado independente do prejuízo fisiológico existente na vítima (COBO PLANA, 2010). No Brasil, não se estabeleceram a extensão e os contornos do dano moral, mais especificamente do dano estético em discussão nem se disciplinou a forma da sua liquidação, não havendo parâmetros básicos para evitar decisões díspares (GONÇALVES, 2015). Esse fato pode explicar a razão pela qual os avaliadores que tiveram conteúdos sobre valoração de dano corporal previamente à aplicação do instrumento e especialização em outras áreas da odontologia conferiram, de forma mais abrangente, uma pontuação superior para algumas lesões.

Assim, torna-se fundamental que os peritos utilizem, nos diferentes foros brasileiros, o instrumento Aipe associado a uma criteriosa avaliação descritiva dos elementos constituintes do dano e às características do lesionado, tais como idade, sexo, profissão, estado civil, dentre outros (CARDOZO, 1997). Nesse sentido, a experiência pessoal de vida e dos profissionais com mais tempo de formado ajuda o avaliador e pode explicar a relação direta encontrada nos avaliadores com mais idade ao analisar uma lesão moderada, observando-se escores significativos  $p=0,026$ .

Cumprido destacar que o método proposto para quantificação de dano estético é regulamentado e utilizado na Espanha, objetivando estabelecer um número preciso e final de pontos no quadro 3 do Aipe. Obtido esse escore, é possível fazer a conversão para valor em dinheiro ao lesionado no respectivo quadro do dispositivo legal espanhol. Embora o Código Civil brasileiro preveja a reparação de danos por lesões, não disciplina sua liquidação nem tampouco fornece orientações sobre como analisá-los. Além da pormenorizada descrição técnica das

alterações estéticas (BOUCHARDET; CRIADO DEL RÍO, 2010), é necessário atribuir escores ou porcentagens com escalas numéricas para a real dimensão do prejuízo estético. Embora a análise do prejuízo estético permaneça subjetiva na origem, o atingimento de escores satisfatórios em relação ao estudo do erro intraexaminador (tanto para categoria das lesões como para o nível de impacto), assim como os valores do coeficiente de variação, tornam este estudo válido para ser utilizado como um método objetivável de análise do prejuízo estético no Brasil.

## Conclusão

Pode-se concluir que os quatro quadros

traduzidos e adaptados culturalmente para a língua portuguesa mostraram a confiabilidade satisfatória e relativa homogeneidade nos acertos, permitindo sua utilização pelos avaliadores brasileiros na análise de danos estéticos, visto que contém potencial para oferecer maior objetividade na valoração do prejuízo estético.

## Agradecimentos

Os autores agradecem a colaboração do Prof. Luiz Eugênio N. Mazzilli e da Profa. Simone Soares Etcheveste na análise estatística do trabalho e ao Dr. Eduardo de Novaes Benedicto na utilização do *software* para ajuste das imagens. ■

## Referências

- BOUCHARDET, F. H. C.; COBO PLANA, J. A. Utilización del método "AIPE" em la valoración del perjuicio estético y su aplicación em la legislación Brasileña civil e penal. *Rev Port Dan Corp*, Coimbra, v. 22, p. 167-181, 2011.
- BOUCHARDET, F. H. C.; CRIADO DEL RÍO, M. T. Propuesta de una guía para la valoración médico-legal de la alteración estética: daño estético/deformidad. *Rev Port Dan Corp*, Coimbra, v. 21, p. 119-130, 2010.
- BOUCHARDET, F. C. H. et al. *Avaliação do dano corporal pós-traumático: metodologia europeia aplicada ao contexto brasileiro*. Belo Horizonte: Mazza, 2010.
- BOUCHARDET, F. C. H. et al. Valoração do dano estético nos acórdãos do Tribunal de Justiça de Minas Gerais. *ROBRAC*, Goiânia, v. 21, n. 63, p. 116-19, 2013.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e Normas de Pesquisa em Seres Humanos. *Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012*. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)>. Acesso em: 26 maio 2015.
- \_\_\_\_\_. Lei 13.105, de 16 de março de 2015. Institui o Código de Processo Civil. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 17 out. 2015. p. 1-51.
- CARDOZO, H. F. Avaliação médico-legal das lesões do complexo maxilomandibular. In: SILVA, M. *Compêndio de Odontologia Legal*. Rio de Janeiro: Medsi, 1997. p. 289-317.
- COBO PLANA, J. A. *La valoración del daños a la personas por accidentes de tráfico*. Barcelona: Bosch, 2010.
- CRIADO DEL RÍO, M. T. Valoración médico-legal del daño a la persona. Tomo II. *Doctrina médico-legal de valoración de daños personales*. Madrid: COLEX, 2010.
- CUETO, C. H. *Valoración médica del daño corporal: guía práctica para la exploración y evaluación de lesionados*. 2. ed. Barcelona: Elsevier España, 2001.

FERNANDES, M. M. *et al.* Aspectos odontológicos relacionados ao dano estético nos processos julgados pelo TJ/RS. *Odonto*, São Bernardo do Campo, v. 20, n. 40, p. 7-12, 2012.

GONÇALVES, C. R. *Responsabilidade Civil*. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

LOPEZ, T. A. *O dano estético: responsabilidade civil*. 2. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa: OMS, 2004.

SANTOS, J. A. A avaliação do Prejuízo Estético. In: VIEIRA, D. N.; QUINTERO, J. A. *Aspectos práticos da avaliação do dano corporal em direito civil*. Coimbra: Caixa Seguros, 2008. p. 85-94.

SMITH-STONER, M. Using moulage to enhance educational instruction. *Nurse Educ*, Philadelphia, v. 36, n. 1, p. 21-24, 2011.

SOUZA, A. M. *Verificação do grau de severidade em alterações faciais segundo a análise de quatro grupos profissionais*. 111 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia Social) – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

SPERBER, A. D. Translation and validation of study instruments for cross-cultural research. *Gastroenterology*, Baltimore, v. 126, suplemento, p. 124-128, 2004.

WILD, D. *et al.* Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: report of the ISPOR Task Force for translation and cultural adaptation. *Value Health*, Malden, v. 8, n. 2, p. 94-104, 2005.

---

Recebido para publicação em julho de 2015  
Versão final em setembro de 2015  
Conflito de interesses: não houve  
Suporte financeiro: inexistente

# Atenção em saúde bucal: avaliação dos centros de especialidades odontológicas da Paraíba

*Attention to oral health: evaluation of the dental specialty centers in Paraíba*

Cláudia Helena Soares de Morais Freitas<sup>1</sup>, George Azevedo Lemos<sup>2</sup>, Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes Pessoa<sup>3</sup>, Marcílio Ferreira de Araujo<sup>4</sup>, Franklin Delano Soares Forte<sup>5</sup>

**RESUMO** Este estudo objetivou avaliar a Política Nacional de Saúde Bucal na atenção de média complexidade, considerando o desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) da Paraíba. Foram avaliados 19 CEOs, utilizando-se dados secundários da produção de 2007 a 2010, registrados pelo Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS). Os dados foram obtidos, tabulados e organizados de acordo com os subgrupos de procedimentos odontológicos, segundo a Portaria Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro nº 600. O desempenho insatisfatório dos CEOs é revelador de falhas, especialmente na gestão e na organização desses serviços. O processo de avaliação é uma etapa fundamental para garantir uma melhor qualidade dos serviços à população.

**PALAVRAS-CHAVE** Saúde bucal; Avaliação de serviços de saúde; Especialidades odontológicas.

**ABSTRACT** *This study aimed to evaluate the National Policy of Oral Health in the attention of medium complexity, considering the performance of Dental Specialty Centers (DSC) in the state of Paraíba. Were evaluated 19 DSCs, using secondary data of the production from 2007 to 2010, recorded by the Outpatient Information System of the Unified Health System (SIA/SUS). Data were collected, tabulated, and organized according to subgroups of dental procedures, according to the Decree Ministry of Health/Office of the Minister, nº 600. The poor performance of the DSCs is fault revealing, especially in the management and in the organization of these services. The evaluation process is a critical step to ensure better quality of services to the population.*

**KEYWORDS** *Oral health; Health services evaluation; Specialties, Dental.*

<sup>1</sup> Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Departamento de Clínica e Odontologia Social - João Pessoa (PB), Brasil. [chsmfreitas@hotmail.com](mailto:chsmfreitas@hotmail.com)

<sup>2</sup> Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Instituto de Biologia - Campinas (SP), Brasil. [lemos.george@yahoo.com.br](mailto:lemos.george@yahoo.com.br)

<sup>3</sup> Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Departamento de Clínica e Odontologia Social - João Pessoa (PB), Brasil. [talitha.ribeiro@yahoo.com.br](mailto:talitha.ribeiro@yahoo.com.br)

<sup>4</sup> Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba - João Pessoa (PB), Brasil. [macaiba59@hotmail.com](mailto:macaiba59@hotmail.com)

<sup>5</sup> Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Departamento de Clínica e Odontologia Social - João Pessoa (PB), Brasil. [fdsforte@terra.com.br](mailto:fdsforte@terra.com.br)

## Introdução

A população brasileira enfrenta muitos problemas de acesso aos serviços públicos de saúde, nos quais também se enquadram os serviços públicos de saúde bucal. Os resultados do levantamento das condições de saúde bucal da população brasileira – SB Brasil 2003 (BRASIL, 2004C) – comprovaram a desigualdade relacionada ao acesso aos serviços odontológicos, a gravidade e a precocidade de perda dentária, e que o edentulismo se constitui como um problema de saúde pública persistente no Brasil. A necessidade de uso de próteses já é identificada em adolescentes, principalmente nas regiões Norte e Nordeste. A população, em todos os grupos etários investigados, apresentou maiores necessidades de restaurações, tratamentos pulpares e exodontias.

Narvai *et al.* (2006), com dados de uma revisão de artigos e documentos produzidos no Brasil, no período de 1980 a 2003, sobre a experiência de cárie em dentes permanentes de escolares na idade de 12 anos, observaram uma tendência consistente de queda no índice de dentes cariados, perdidos e restaurados (CPOD) ao longo do período, que corresponde a um declínio de 61,7%. Apesar dos inegáveis avanços no declínio do CPOD, ainda persiste um quadro de iniquidade na distribuição da cárie, o que pode ser explicado pelas precárias condições de existência a que é submetida uma grande parte da população, configurando um quadro de ‘apartheid social’.

Em se tratando de atenção secundária e terciária, dados do Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS) de 2003 indicaram que os serviços especializados correspondiam a não mais que 3,5% do total de procedimentos odontológicos (BRASIL, 2006C), evidenciando a grande desproporção na oferta entre procedimentos odontológicos básicos e especializados.

Baseado no perfil epidemiológico traçado pelo SB Brasil 2003, o Ministério da Saúde (MS) lançou, em 2004, a Política Nacional

de Saúde Bucal (PNSB) expressa no Brasil Sorridente, que se constitui como um conjunto de ações que busca assegurar a integralidade na atenção odontológica. As diretrizes desta política apontam para a reorganização da atenção à saúde bucal em todos os níveis de atenção, com desenvolvimento de ações intersetoriais, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo (BRASIL, 2004C).

Uma das estratégias para ampliar o acesso e qualificar a oferta de serviços na atenção de média complexidade foi a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs). Nesse sentido, a Portaria Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro (MS/GM) nº 1.570 (BRASIL, 2004A) instituiu critérios, normas e requisitos para a implantação e o credenciamento dos CEOs, e a Portaria MS/GM nº 1.571 (BRASIL, 2004B) estabeleceu o seu financiamento. Posteriormente, essas foram substituídas, respectivamente, pelas Portarias MS/GM nº 599 (BRASIL, 2006A) e MS/GM nº 600 (BRASIL, 2006B).

Os CEOs são unidades de saúde destinadas ao atendimento odontológico especializado no âmbito do SUS, servindo como referência para a atenção primária. Estes centros participam do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e ofertam, no mínimo, as seguintes especialidades: diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico precoce e na detecção do câncer bucal; procedimentos periodontais e endodônticos; cirurgia oral menor de tecidos moles e duros; e atendimento a pessoas com necessidades especiais (BRASIL, 2006A).

A implantação dos CEOs constitui uma estratégia relevante com vistas à integralidade da atenção no âmbito odontológico (CHAVES ET AL., 2010) e, como serviços de saúde que representam, devem ser avaliados, objetivando a melhoria contínua da qualidade do serviço ofertado (LIMA ET AL., 2010).

O processo de avaliação e monitoramento é uma etapa fundamental para a implementação do modelo de atenção. A avaliação de políticas e programas é elemento essencial para

o planejamento, a redefinição de prioridades e no redirecionamento de ações, sendo prioritário que a PNSB implantada em 2004 seja avaliada, pois pouco se sabe sobre os avanços, as dificuldades e o impacto desta sobre a saúde da população.

A avaliação de como vem sendo feita a oferta da atenção nos CEOs poderá elucidar avanços da PNSB nos serviços de média complexidade, assim como reorientar a construção dos mesmos, pela identificação dos problemas que emergem das vivências e da prática. A avaliação da atenção secundária em saúde bucal prestada pelo SUS no estado do Nordeste brasileiro cenário da presente pesquisa, até bem pouco tempo, seria difícil, visto que os locais de prestação de serviços não existiam ou eram escassos. Nos anos 2000, após a definição da PNSB (2004C), houve um investimento por parte do governo brasileiro na criação desses serviços. Assim, torna-se necessária a avaliação desse cenário como prestador de serviços à população brasileira.

Dessa forma, o objetivo do estudo foi avaliar a PNSB na atenção de média complexidade, considerando o desempenho e a efetividade dos CEOs em um estado do Nordeste do Brasil, na busca da integralidade do cuidado e da qualidade da atenção à saúde.

## Material e métodos

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, de caráter avaliativo normativo, da integralidade do cuidado em saúde bucal na atenção de média complexidade da Paraíba, no período de 2007 a 2010.

Segundo informações do MS (BRASIL, 2009), foram identificados, até dezembro de 2008, na Paraíba, 31 CEOs habilitados, os quais constituíram o universo da pesquisa. Entretanto, apesar de habilitados, não constava registro da produção ambulatorial de todos os municípios no SIA/SUS. Para seleção dos municípios e CEOs neste estudo foram adotados os seguintes critérios de inclusão: municípios com

CEOs cuja portaria de habilitação ministerial tenha sido publicada em período igual ou superior a dois anos; e CEOs com período de funcionamento igual ou superior a dois anos, a partir do registro de sua produção ambulatorial pelo SIA/SUS, de forma a se analisar uma série histórica. A amostra final do estudo foi composta de 19 municípios, com apenas 1 CEO em cada município, para o período de análise de 2008 a 2010. E no período de análise de 2007 a 2010, a amostra foi composta por 16 municípios, com apenas 1 CEO. Os municípios foram agrupados em quatro estratos populacionais, conforme *tabela 1*.

Tabela 1. Municípios estudados com CEO de acordo com estrato populacional IBGE, 2008, Paraíba/Brasil

Município	População
<b>Até 20 mil habitantes</b>	
A	14.715
B	15.236
C	15.881
D	17.173
E	17.496
<b>De 21 a 40 mil habitantes</b>	
F	23.023
G	24.752
H	26.279
I	27.548
J	29.980
L	31.524
<b>De 41 a 80 mil habitantes</b>	
M	41.283
N	54.200
O	63.783
<b>Acima de 81 mil habitantes</b>	
P	92.891
Q	97.276
R	122.454
S	371.060
T	674.762

Para a avaliação do desempenho dos CEOs, utilizaram-se dados secundários da produção ambulatorial, a partir da série histórica da produção de procedimentos odontológicos (quantidade apresentada) realizados pelos CEOs, registrados pelo SIA/SUS no período de 2007 a 2010. A coleta dos dados foi realizada diretamente no banco de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datapus), informações do SIA/SUS, segundo o cadastro nacional de estabelecimento de saúde dos CEOs avaliados.

Os dados foram obtidos e tabulados pelo programa Tab para Windows (Tabwin), exportados para o programa Excel, versão 2007, onde foi feita a consolidação e o agrupamento dos dados, de acordo com os subgrupos de procedimentos odontológicos e segundo a Portaria MS/GM nº 600 (BRASIL, 2006B). Dessa forma, os procedimentos realizados foram agrupados em quatro subgrupos: periodontia; endodontia; cirurgia; e procedimentos básicos (para atendimento a pacientes com necessidades especiais).

A meta anual de cada subgrupo foi obtida a partir da soma das metas mensais dos respectivos subgrupos, estabelecidas na Portaria MS/GM nº 600 (BRASIL, 2006B). Em seguida, comparou-se a quantidade anual de procedimentos realizados pelos CEOs com as metas anuais em cada subgrupo de especialidade. Considerou-se meta atingida o cumprimento de percentual igual ou superior a 100% da meta anual preconizada para cada subgrupo de procedimentos. A partir desses dados, classificou-se o desempenho dos serviços em: desempenho ruim (CEOs que cumpriram a meta em até uma especialidade); desempenho regular (cumprimento das metas em duas especialidades); desempenho bom (cumprimento das metas em três especialidades); e desempenho ótimo (CEOs que cumpriram as metas em todas as especialidades). Para os meses ausentes no Datapus, os subgrupos foram considerados zero (0).

Para fins de comparação, foram coletados no SIA/SUS os dados referentes aos procedimentos de média complexidade em odontologia, no período anterior ao lançamento das diretrizes da PNSB (2000 A 2004) pelo MS.

Como variáveis independentes foram consideradas: porte populacional; Índice de Desenvolvimento Humano (IDH); cobertura de Equipe de Saúde da Família (EqSF); e cobertura de Equipe Saúde Bucal (EqSB), nos anos de 2007, 2008, 2009 e 2010. A população dos municípios estudados foi obtida a partir do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O IDH foi obtido a partir de dados do IBGE, sendo também considerada a classificação do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD).

As coberturas de EqSF e EqSB foram obtidas a partir de dados do CNES, considerando-se a população e o número de EqSF e EqSB implantadas. Como as coberturas de EqSF e EqSB não apresentaram diferenças significativas, foram considerados, no estudo, apenas os percentuais obtidos no ano de 2008, primeiro a conter todos os 19 CEOs devidamente habilitados.

O presente estudo foi devidamente registrado nas bases de pesquisa da Universidade Federal da Paraíba, submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição responsável, certidão CEP/Hospital Universitário Lauro Wanderley nº 198/2010, seguindo as orientações das normas previstas na legislação nacional.

## Resultados

Para a apresentação dos dados, os CEOs investigados receberam um código em forma de letra. Foram estudados 16 CEOs no ano de 2007 e 19 CEOs nos anos de 2008, 2009 e 2010, sendo a maioria do tipo I (50%) em 2007 e do tipo II (52,6%) em 2008, 2009 e 2010.



A análise do cumprimento das metas, segundo o tipo de CEO, apontou que, dentre os CEOs tipo I, nenhum teve desempenho ótimo nos anos de 2007, 2008 e 2009. No entanto, no ano de 2010, apenas um CEO tipo

I atingiu tal desempenho. Nenhum CEO tipo II apresentou desempenho ótimo nos quatro anos analisados. Já o CEO tipo III exibiu um desempenho bom no ano de 2007 e ótimo em 2008, 2009 e 2010 (tabela 2).

Tabela 2. Relação entre as características avaliativas dos serviços e dos municípios, segundo o desempenho dos CEO, Paraíba/Brasil

Município	Tipo de CEO	Cobertura EqSF 2008 (%)	Cobertura EqSB 2008 (%)	IDH	Desempenho <sup>a</sup>			
					2007	2008	2009	2010
<b>Até 20 mil habitantes</b>								
A	2	100	100	0,658	<sup>b</sup>	Ruim	Ruim	Ruim
B	1	100	100	0,595	Ruim	Ruim	Ruim	Ruim
C	2	100	100	0,634	Ruim	Ruim	Ruim	Ruim
D	1	100	100	0,595	Ruim	Ruim	Regular	Ótimo
E	1	100	100	0,608	Bom	Regular	Ruim	Ruim
<b>De 21 a 40 mil habitantes</b>								
F	1	100	100	0,603	Regular	Ruim	Bom	Ruim
G	2	100	100	0,612	Ruim	Ruim	Ruim	Ruim
H	1	100	100	0,568	Regular	Ruim	Ruim	Regular
I	2	95,43	95,43	0,668	<sup>b</sup>	Bom	Ruim	Ruim
J	2	89,74	89,74	0,603	Ruim	Ruim	Regular	Bom
L	1	83,23	64,77	0,661	Regular	Regular	Regular	Ruim
<b>De 41 a 80 mil habitantes</b>								
M	1	100	100	0,581	Ruim	Bom	Ruim	Ruim
N	1	96,94	80,78	0,659	Bom	Bom	Bom	Ruim
O	2	100	100	0,658	Bom	Regular	Ruim	Ruim
<b>Acima de 81 mil habitantes</b>								
P	2	87,98	87,98	0,689	<sup>b</sup>	Ruim	Ruim	Regular
Q	2	100	100	0,678	Ruim	Regular	Regular	Regular
R	2	85,81	85,81	0,659	Regular	Bom	Ruim	Regular
S	2	69,21	27,53	0,721	Bom	Ruim	Regular	Ruim
T	3	77,04	77,04	0,783	Bom	Ótimo	Ótimo	Ótimo

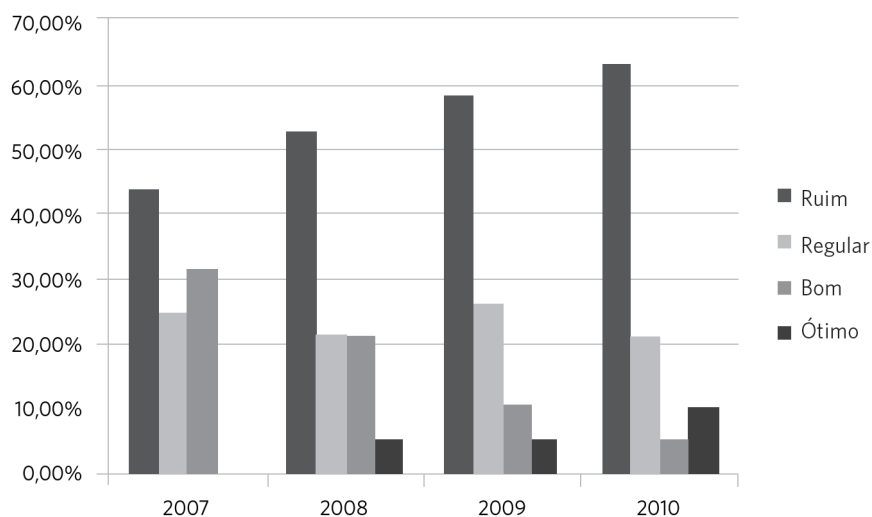
Notas: <sup>a</sup> Ruim (CEOs que cumpriram a meta em até 1 especialidade); regular (CEOs que cumpriram as metas em 2 especialidades); bom (CEOs que cumpriram as metas de 3 especialidades); e, ótimo (CEOs que cumpriram as metas de todas as especialidades).

<sup>b</sup> Município com implantação do CEO apenas em 2008.

Verifica-se, no gráfico 1, que os CEOs estudados obtiveram desempenho insatisfatório para os quatro anos analisados. Em 2007, 43,8% dos CEOs obtiveram desempenho ruim; 52,6% em 2008; 57,9% em 2009;

e 63,2% em 2010. Nenhum CEO obteve desempenho ótimo no ano de 2007, apenas um CEO (5,3%) obteve desempenho ótimo nos anos de 2008 e 2009, e dois CEOs em 2010 (10,6%).

Gráfico 1. Desempenho dos Centros de Especialidade Odontológicas por cumprimento das metas, Paraíba/Brasil



Em relação ao porte populacional, os CEOs estudados encontram-se bem distribuídos nos quatro extratos populacionais, para os quatro anos analisados, respeitando, portanto, o princípio da equidade em saúde proposto pela PNSB. Levando em consideração a cobertura municipal de EqSF e de EqSB, a maioria dos municípios apresentou percentual de cobertura entre 76% e 100%. Tal fato não influenciou os resultados encontrados. O IDH de todos os municípios analisadas, de acordo com o PNUD, foi classificado como médio, com valores entre 0,500 e 0,799 para todos os anos estudados (*tabela 2*).

Considerando os resultados por subgrupo de especialidades, o subgrupo endodontia apresentou o pior desempenho entre as quatro especialidades analisadas nos anos de 2008, 2009 e 2010. Apenas 10,5% dos CEOs conseguiram cumprir a meta anual preconizada de endodontia nesses três anos. No entanto, no ano de 2007, a especialidade de endodontia obteve o melhor desempenho, com 62,5% dos CEOs conseguindo cumprir as metas preconizadas. O subgrupo de procedimentos básicos obteve os melhores desempenhos nos anos de 2008 e 2009 – 68,4%

e 73,7%, respectivamente –, mas obteve o pior desempenho em 2007 (25%). Em 2010, o melhor desempenho foi observado na especialidade de periodontia (52,6%).

Os CEOs investigados exibiram também alta produção de procedimentos básicos não regulamentados pela Portaria MS/GM nº 600 (restauração com amálgama, restauração com ionômero de vidro, restauração a pino, acesso a polpa dentária e medicação, curativo de demora etc.), sendo que os CEOs tipo I apresentaram os maiores valores em relação aos demais. Muitos desses centros de especialidades odontológicas não cumpriram as metas preconizadas, mas produziram grande quantidade de procedimentos que não são de competência da atenção secundária.

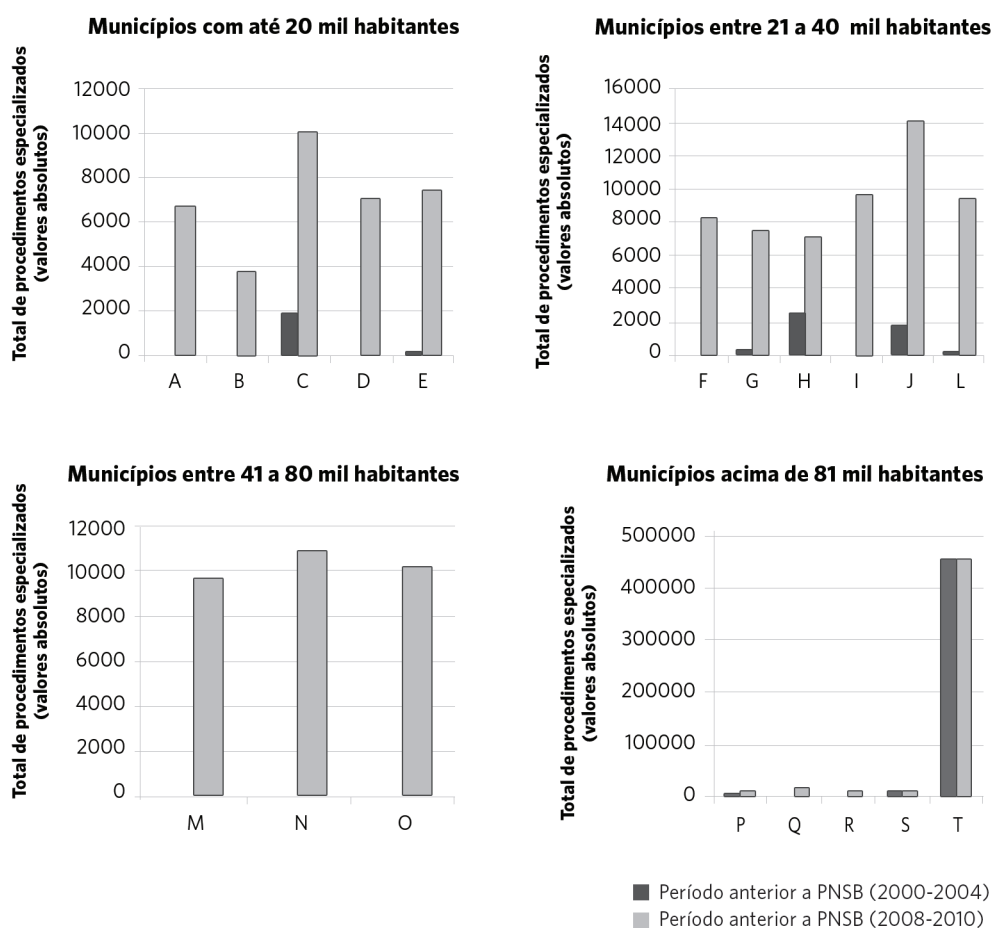
Verificou-se também que alguns dos CEOs investigados produziram procedimentos de média complexidade que não são determinados pela portaria 600/2006 (apicectomia com/sem obturação retrógrada, manutenção/conserto de aparelhos ortodônticos, colocação de mantenedor de espaço, implantes dentários etc.), mas em quantidades pequenas, com exceção de um

município de grande porte (acima de 80 mil habitantes), onde foram realizados 651, 338 e 243 procedimentos nos anos de 2008, 2009 e 2010, respectivamente.

Ao avaliar a produção de procedimentos especializados em odontologia no período anterior à implantação da PNSB (2000, 2001, 2002, 2003 e 2004), e após esta

política (2008, 2009 e 2010), observou-se que dez (52,6%) dos municípios investigados não ofertavam nenhum procedimento especializado neste período, e que oito (42,1%) dos municípios apresentaram aumento considerável de oferta de procedimentos especializados à população, com exceção do município S, conforme se observa na *figura 1*.

Figura 1. Procedimentos especializados (dentística, periodontia, endodontia e cirurgia) realizados pelos 19 municípios no período anterior e após a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal



## Discussão

A viabilização de uma nova prática em saúde bucal para a dignificação da vida e da conquista da cidadania depende do desenvolvimento de um modelo de atenção em

saúde bucal orientado pelos princípios da universalidade do acesso, da integralidade e da equidade, caracterizado pela resolutividade das ações que realiza (BRASIL, 2004C). Nesse sentido, um dos grandes pilares norteadores da PNSB, lançada em 2004, foi a

implantação dos CEOs, com o objetivo de garantir o acesso a procedimentos odontológicos de maior densidade tecnológica, na busca pela efetivação da integralidade da atenção.

Algumas pesquisas de avaliação da política nacional de saúde estão sendo desenvolvidas, destacando-se a média complexidade, representada pela implantação dos CEOs. Figueiredo e Goes (2009), em estudo realizado no estado de Pernambuco, observaram que 40,9% dos CEOs pesquisados obtiveram desempenho bom, salientando que o melhor cumprimento de metas foi obtido pelo subgrupo Atenção Básica (AB), em relação aos demais, principalmente à cirurgia oral menor. Porém, esses autores observaram que 31,8% dos CEOs exibiram desempenho ruim no cumprimento global das metas.

No presente estudo, verificou-se que a maioria dos CEOs não conseguiu cumprir as metas estabelecidas pela Portaria MS/GM nº 600, que institui o financiamento e o monitoramento dos CEOs. Destacamos o ano de 2010, que exibiu os piores resultados – 63,2% dos CEOs apresentaram desempenho ruim. Infere-se que isso possa ter acontecido porque 2010 tratou-se de um ano eleitoral e, embora o pleito tenha sido em nível estadual e federal, pode ter havido interferência no setor público municipal. Neste sentido, muitos municípios optam ainda pela realização de contratos temporários e terceirizações da mão de obra dos profissionais em saúde, resultando em precarização das relações de trabalho, insegurança e interferência política em suas atividades (SOARES; PAIM, 2011), justificando o desempenho insatisfatório observado nesse ano.

Entretanto, o desempenho dos CEOs investigados nos anos de 2007, 2008 e 2009 também foi muito insatisfatório, apresentando, respectivamente, 43,8%, 52,6% e 57,9% dos CEOs com desempenho ruim. Chaves *et al.* (2011), em estudo realizado no estado da Bahia, também demonstraram baixa taxa de utilização dos serviços

públicos odontológicos especializados, conforme os padrões propostos pela Portaria nº 1.101/GM, de 2002, e pela consulta aos especialistas, ou seja, a oferta disponível está, de fato, sendo subutilizada para um tipo de serviço essencial à garantia da integralidade da atenção à saúde bucal. Estudos de Cortellazzi *et al.* (2014) verificaram que, em relação ao cumprimento global das metas, a maioria dos CEOs – cerca de 69,25% – apresentou desempenho ruim/regular.

Em relação aos subgrupos de especialidades, chama a atenção o baixo desempenho da endodontia nos anos de 2008, 2009 e 2010. Apenas 10,5% dos CEOs conseguiram cumprir a meta anual preconizada de endodontia nesses três anos, revelando uma subutilização do serviço. Lino *et al.* (2014) verificaram, em Minas Gerais, que em 77% dos municípios estudados a taxa de procedimento do subgrupo endodontia foi igual a zero (0) para cada 10 mil habitantes, no ano de 2010. Sousa e Chaves (2010) também observaram baixa taxa de utilização dos procedimentos de endodontia, representando apenas 16,1%. Para estes autores, a relação entre o que deveria ser ofertado e o que está sendo utilizado está muito abaixo do padrão desejável de bom desempenho dos serviços de saúde e pode ser explicada pela falta de um sistema de gestão de metas de produção por especialidade.

Santana *et al.* (2008), em estudo realizado na cidade de Recife (PE), também corroboraram o diagnóstico de insuficiência de serviços especializados e a dificuldade de acesso aos mesmos, principalmente na especialidade de endodontia. Estes autores também observam que, na tentativa de reorganização do modelo de atenção à saúde bucal, este município tenta imprimir às Unidades Básicas de Saúde (UBS) a responsabilidade pelo atendimento da média complexidade, oferecendo alguns serviços especializados, desvirtuando a lógica de funcionamento da unidade básica. Já o estudo realizado por Cortellazzi *et al.* (2014) demonstrou que

68,22% dos CEOs cumpriram as metas na AB, 55,94% de periodontia e menores percentuais para a cirurgia 33,07%, e endodontia 22,61%.

No entanto, Chaves *et al.* (2010), em um estudo realizado em quatro municípios no estado da Bahia, verificaram que os usuários que necessitavam de tratamento endodôntico tiveram 2,62 vezes mais chances de concluir o tratamento do que aqueles que procuravam os centros de especialidade para tratar lesões de mucosa ou realizar cirurgia oral menor, divergindo dos nossos resultados.

A literatura tem demonstrado a existência de uma grande demanda reprimida na AB, em relação à especialidade endodontia (MEDEIROS, 2007; LINO ET AL., 2014). Neste sentido, as longas filas e a demora no atendimento acabam contribuindo para o elevado número de abandonos de tratamento pelos usuários. Além disso, o descrédito quanto aos tratamentos conservadores reforça a banalização das exodontias e a consequente rejeição ao tratamento endodôntico. Estes fatores justificam o baixo desempenho desta especialidade observado no presente estudo.

Observou-se também que a maioria dos municípios possui uma ampla rede de atenção primária, com percentuais de cobertura de EqSF e EqSB entre 76% e 100%, mas uma rede de atenção secundária em odontologia com desempenho insatisfatório. Fatores como desarticulação da rede, falhas no sistema de referência e contrarreferência, e precarização do vínculo usuário/profissional devem ser analisados, pois podem prejudicar o acesso aos serviços de média complexidade em odontologia, causando grande demanda reprimida.

Conflitos importantes podem ser observados na integração entre a AB e a atenção especializada, não apenas na referência adequada de casos para este nível de atenção, mas também na chegada do usuário ao CEO sem a devida adequação do meio bucal e

promoção de saúde, funções da atenção primária (CHAVES ET AL., 2011). Estes fatores podem estar contribuindo para o desempenho insatisfatório dos CEOs observado neste estudo.

A interface ideal entre os serviços de AB e a secundária deve levar em consideração as seguintes características: equidade, integralidade e eficiência, para garantir acesso, referência e contrarreferência adequados (FIGUEIREDO; GOES, 2009). Uma rede de atenção primária estruturada e bem articulada, capaz de operacionalizar a referência e contrarreferência de usuários, é indispensável para a garantia da integralidade na assistência à saúde bucal. Além disso, não é recomendada a implantação de CEOs em municípios onde a AB não está adequadamente estruturada. A atenção secundária estaria exposta às pressões da livre demanda e à execução de procedimentos típicos de atenção primária, desviando-se do seu objetivo central, que é garantir a integralidade na saúde bucal ao oferecer procedimentos de maior densidade tecnológica (CHAVES ET AL., 2010).

Em nosso estudo, foi verificada uma produção acentuada de procedimentos básicos pela maioria dos CEOs, que não são de competência deste nível de atenção. Essa situação também foi identificada no estudo de Figueiredo e Goes (2009). São necessários mais estudos relacionados à organização e à articulação da rede de AB no estado para explicar melhor tais hipóteses.

Verificou-se também que alguns CEOs avaliados produziram procedimentos de média complexidade não regulamentados pela Portaria MS/GM nº 600. Os valores foram muito pequenos, à exceção de um município de grande porte, que exibiu uma produção de 651, 338 e 243 procedimentos, para os anos de 2008, 2009 e 2010, respectivamente. O CEO desse município encontrava-se instalado em uma instituição de ensino superior em odontologia, onde possivelmente eram realizados outros procedimentos de média complexidade, por fazerem parte da formação prática dos

alunos dessa instituição.

O baixo desempenho em algumas especialidades desenvolvidas nos CEOs pode ser revelador de problemas de gestão do serviço, destacando-se a ausência de clareza sobre os padrões e metas propostos pelo serviço e a constante falta de usuários, que não são substituídos, além das diferentes tecnologias utilizadas por cada especialista, o que dificulta possíveis padronizações, a exemplo da endodontia, em que alguns especialistas optam por tratamentos longos e completos por sessão (abertura e fechamento), enquanto outros elegem o modelo de tratamentos curtos e mais fracionados (CHAVES *ET AL.*, 2011).

A falta de conhecimento do serviço ou indicação correta pela AB também pode levar à menor procura pelos serviços especializados e explicar o desempenho insatisfatório dos CEOs observado no estudo. Por outro lado, o número de profissionais por especialidades nos centros pode ser insuficiente, sugerindo que, no âmbito do SUS, a expansão da rede assistencial de atenção odontológica secundária não acompanhou o crescimento da oferta de serviços da AB (LIMA *ET AL.*, 2010).

Além disso, o descumprimento das metas estabelecidas pode sugerir dificuldades com a permanência dos recursos humanos nos CEOs, principalmente em cidades de menor porte. Cabe destacar, inclusive, que os profissionais lotados na atenção pública especializada podem ter dupla militância, o que, embora a atuação profissional no serviço público e o exercício privado da odontologia não sejam conflitantes, é um desafio para os gestores públicos na medida em que a lógica dominante do campo privado odontológico está presente nas aspirações dos profissionais, que não se consideram muitas vezes ajustados ou incorporados ao campo da saúde pública (CHAVES *ET AL.*, 2011).

Santana *et al.* (2008) observaram aumento considerável nos procedimentos especializados em odontologia na cidade do Recife,

em todos os anos analisados (2000-2007). Estes autores verificaram ainda que os procedimentos de saúde bucal realizados nos CEOs exibiram um padrão crescente, ano a ano, a partir de sua implantação, representando, em 2004, 11,71% dos procedimentos realizados na média complexidade, aumentando, em 2007, para 29,71%, demonstrando que os CEOs, apesar de serem parte de uma estratégia do MS para atender à demanda da média complexidade, respondem por uma quantidade minoritária de procedimentos para a população, sendo que a maioria destes continua sendo realizada por policlínicas conveniadas ao SUS.

Estudos realizados por Cortellazzi *et al.* (2014) verificaram que municípios pertencentes às regiões Nordeste, Sul e Sudeste tiveram prevalência de CEO com desempenho ruim/regular maior do que aqueles localizados na região Norte. Municípios com IDH médio  $\leq 0,77$ , com densidade demográfica inferior ou igual a 98,81 e tempo de implantação do CEO  $\leq 2$  anos apresentaram prevalência maior de associação com desempenho ruim/regular do CEO. Já no estudo, em Minas Gerais, por Lino *et al.* (2014), foi observado que o tempo de implantação do CEO interfere na eficiência, ou seja, quanto mais tempo, mais eficiente. No presente, todos os municípios exibiram IDH médio com valores entre 0,500 e 0,799, e o IDH ou tempo de implantação não influenciaram o desempenho dos CEOs.

Ao comparar a produção de procedimentos especializados em odontologia no período anterior e no posterior à PNSB, observou-se considerável aumento dos procedimentos especializados em quase todos os municípios estudados. Foi evidente o crescimento da oferta de procedimentos especializados após a implantação da PNSB. No entanto, o desempenho insatisfatório dos CEOs observado neste estudo é revelador de falhas desta política, especialmente no campo da gestão e da organização dos serviços de especialidades odontológicas.

As metas propostas pelas portarias ministeriais são questionáveis, visto que não se baseiam na oferta em potencial de procedimentos por especialidade, levando em conta apenas o tipo de CEO. Esta discussão é uma lacuna relevante no sentido de investigar a relação existente entre a oferta e a utilização desses serviços (CHAVES ET AL., 2010).

Figueiredo e Goes (2009) afirmaram a necessidade de adequação dos critérios e normas para implantação e monitoramento dos CEOs. Estes autores consideram essenciais novas pesquisas que abordem o uso de protocolos clínicos específicos, implantação e efetividade de protocolos de referência e contrarreferência, avaliação para qualidade da atenção e grau de satisfação de usuários. O estabelecimento de metas pelo MS é um ponto crítico, segundo Lino *et al.* (2014), pois as metas deveriam ser propostas a partir da capacidade de produção dos procedimentos. Assim, a produção de tratamentos endodônticos deveria ser diferenciada, de acordo com o elemento dentário envolvido. Essas metas deveriam ser revistas e consideradas em conjunto com o desempenho do município nas ações de AB em saúde bucal (MAIA; KORNIS, 2010).

Os critérios e normas para monitoramento dos CEOs tomam como base apenas o tipo de CEO e não o contexto socioeconômico e a dinâmica social do município onde estão inseridos, induzindo uma supervalorização do teor quantitativo em detrimento da atenção e do acolhimento humanizado ao usuário.

Esta concepção de prática centrada na assistência odontológica ao indivíduo doente e na quantidade de procedimentos ofertados revela a essência da odontologia de mercado, que ainda exerce forte influência nos serviços públicos de saúde bucal, especialmente na atenção de média complexidade. A odontologia de mercado organiza-se ao modo de produção capitalista, com a transformação dos cuidados de saúde em mercadorias. A saúde é tida como um bem

comum, sem valor de troca, e sobre a qual as deformações mercantilistas e éticas sobejamente conhecidas são impostas (NARVAI, 2001).

Como principal limitação deste estudo, pode-se apontar a utilização de dados de sistemas de informação em saúde, a exemplo do SIA/SUS, tendo em vista o número acen-tuado de fatores que podem interferir no registro de procedimentos. No entanto, a agilidade, a rapidez na disponibilidade dos dados e a possibilidade de analisar o perfil da oferta, o sistema de informação um importante instrumento de avaliação dos serviços de saúde. Lino *et al.* (2014) apontaram que os sistemas de informação, em termos de gestão, facilitam a avaliação, a partir da leitura dos dados produzidos e registrados nesses sistemas.

Os sistemas de informação são importantes, não apenas do ponto de vista de financiamento, faturamento e prestação de contas, mas, sobretudo como subsídio concreto para programação e planejamento da atenção à saúde, sendo essencial a necessidade de capacitação dos profissionais e gestores no tocante à operacionalização e à análise dos bancos de dados disponíveis (MAIA; KORNIS, 2010).

## Conclusões

A cobertura de EqSF e EqSB nos municípios não influenciou os resultados encontrados, assim como o IDH de todos os municípios analisados. No geral, o desempenho dos CEOs tipo I foi ruim ou regular. Já o CEO tipo III exibiu um desempenho bom no ano de 2007 e ótimo nos anos seguintes. Os CEOs paraibanos apresentaram produção de procedimentos básicos não regulamentados pela Portaria MS/GM nº 600/2006, sendo que os CEOs tipo I apresentaram maiores valores em relação aos demais.

Foi constatada uma expansão de serviços de saúde bucal no sistema de atenção secundária no estado pesquisado, o que tornou

possível uma maior oferta de procedimentos odontológicos especializados para a população, na perspectiva de uma atenção integral. Isto demonstra a importância da implantação da PNSB, contemplando os diversos níveis de atenção. Entretanto, na perspectiva de ampliar o acesso à assistência à saúde bucal, visando ao cuidado integral, faz-se necessário fortalecer a Atenção Primária à

Saúde, para que não ocorra uma subutilização do serviço especializado. Sugere-se a realização de outros estudos de avaliação da PNSB, tanto de caráter quantitativo quanto qualitativo, a fim de elucidar avanços e dificuldades para reorientar a construção coletiva de uma política de saúde bucal que garanta o acesso, seguindo os princípios da integralidade e da equidade. ■

## Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portal da saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 1 set. 2009.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.570, de 29 de julho de 2004. Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e credenciamento de centros de especialidades odontológicas e laboratórios regionais de próteses dentárias. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 30 jul. 2004a, p. 71. Seção 1.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.571, de 29 de julho de 2004. Estabelece o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 30 jul., 2004b, p. 72, Seção 1.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 599, de 23 de março de 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelece critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 24 mar. 2006a, p. 51, Seção 1.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 600, de 23 de março de 2006. Institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 24 mar., 2006b, p. 52, Seção 1.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Diretrizes da política nacional de saúde bucal*. Brasília, DF, 2004c.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Política Nacional de Saúde Bucal: registro de uma conquista histórica*. Brasília, DF, 2006c.
- CHAVES, S. C. L. *et al.* Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 143-154, 2011.
- CHAVES, S. C. L. *et al.* Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 6, p. 1005-1013, 2010.
- CORTELLAZZI, K. L. *et al.* Variáveis associadas ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas no Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 978-988, 2014.
- FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os centros de especialidades odontológicas em Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 259-267, 2009.



- LIMA, A. C. S. *et al.* Satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas do Município do Recife, Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 991-1002, 2010.
- LINO, P. A. *et al.* Análise da atenção secundária em saúde bucal no estado de Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 9, p. 3879-3888, 2014.
- MAIA, L. S.; KORNIS, G. E. M. A Reorganização da atenção à saúde bucal frente aos incentivos federais: a experiência fluminense. *Revista de APS*, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 84-95, 2010.
- MEDEIROS, E. *Os centros de especialidades odontológicas como suporte da atenção básica: uma avaliação na perspectiva da integralidade*. 2007. 173 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.
- NARVAI, P. C. Saúde bucal coletiva: um conceito. *Revista do IEEE América Latina*, São Paulo, v. 3, n. 1/2, p. 47-52, 2001.
- NARVAI, P. C. *et al.* Cárie dentária no Brasil: declínio, iniquidade e exclusão social. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, DC, EUA, v. 19, n. 6, p. 385-393, 2006.
- SANTANA, V. G. D. *et al.* Análise da evolução do financiamento da assistência odontológica na média complexidade no município de Recife no período de 2000 a 2007. *Cadernos Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 527-543, 2008.
- SOARES, C. L. M.; PAIM, J. S. Aspectos críticos para a implementação da política de saúde bucal no Município de Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 966-974, 2011.
- SOUZA, L. F.; CHAVES, S. C. L. Política nacional de saúde bucal: acessibilidade e utilização de serviços Odontológicos especializados em um município de médio porte na Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 34, n. 2, p. 371-387, 2010.

---

Recebido para publicação em junho de 2015

Versão final em outubro de 2015

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Paraíba (Fapesq), processo 092/2010, projeto PPSUS

# Estudo comparativo de indicadores de saúde bucal em município do estado de São Paulo

*Comparative study of oral health indicators in primary care of a São Paulo State's city*

Laís Valencise Magri<sup>1</sup>, Geovani Gurgel Aciole<sup>2</sup>, Fernanda Gonçalves Dutra Salomão<sup>3</sup>, Elaine Pereira da Silva Tagliaferro<sup>4</sup>, Lucas Gaspar Ribeiro<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica - São Carlos (SP), Brasil.  
laisvmagri@gmail.com

<sup>2</sup> Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica - São Carlos (SP), Brasil.  
geovani.gurgel@gmail.com

<sup>3</sup> Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP), Departamento de Odontologia Social - Piracicaba (SP), Brasil.  
ferduva@gmail.com

<sup>4</sup> Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Odontologia de Araraquara, Departamento de Odontologia Social - Araraquara (SP), Brasil.  
epstag@gmail.com

<sup>5</sup> Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Departamento de Medicina Social - Ribeirão Preto (SP), Brasil.  
lucasgasparribeiro@gmail.com

**RESUMO** Comparar indicadores de saúde bucal (Rendimento, Atrição, Ênfase em Prevenção Modificado, Relação Restauração/Extração) e Relação 1ª Consulta/Urgência entre 15 Unidades de Saúde da Família e 11 Unidades Básicas de Saúde de município do interior paulista, de 2008 a 2011. Os dados foram coletados a partir do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS) e comparados os modelos de atenção por meio de série histórica, teste não paramétrico (Mann-Whitney) e estatística descritiva. Embora haja o processo de fortalecimento da Estratégia Saúde da Família o modelo assistencial representado pelas Unidades Básica de Saúde se mostra mais efetivo em alguns aspectos da saúde bucal no serviço público.

**PALAVRAS-CHAVE** Odontologia comunitária; Indicadores básicos de saúde; Sistemas de informação; Serviços de saúde bucal; Atenção Primária à Saúde.

**ABSTRACT** To compare four oral health indicators (Income, Attrition, Modified Prevention Emphasis, Restoration/Extraction) and the 1st Consultation/Urgency Relationship in 15 Family Health Units and 11 Basic Health Units, in an interior city of São Paulo State, 2008-2011. The data were collected from SIA-SUS and the indicators compared through historical series using the non-parametric test (Mann Whitney) and descriptive statistics. Although there is a strengthening process of the Family Health Strategy, the care model represented by the Basic Health Units still proves more effective in some aspects of oral health in public service.

**KEYWORDS** Community dentistry; Health status indicators; Information systems; Dental health services; Primary Health Care.

## Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem papel fundamental na estruturação dos sistemas de saúde na medida em que representa a principal ‘porta de entrada’ dos usuários a todos os níveis de cuidado: primário, secundário e terciário. Assim, representa o alicerce de toda a rede de saúde sendo responsável pela coordenação do cuidado e resolubilidade da grande maioria das demandas de usuários que buscam atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS).

Dois modelos assistenciais à saúde coexistem no âmbito da APS, representados pelas Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS). Nas USF o trabalho é desenvolvido por uma equipe de referência com formação generalista, que pode contar com o apoio matricial e que atua com base no diagnóstico da população adscrita, compreendendo cobertura populacional de no máximo 1.000 famílias. As UBS, por sua vez, possuem uma equipe com médicos especialistas e suas ações geralmente não estão baseadas no diagnóstico do território, além da cobertura populacional exceder sua capacidade de atendimento. Ambos os modelos têm como filosofia a promoção da saúde e devem produzir indicadores que avaliem a quantidade e a qualidade das ações em saúde.

Na área de saúde bucal, até a década de 1990 as ações se constituíam de forma paralela e afastada do processo de organização dos demais serviços de saúde. A partir de 1994, as ações passaram a ser integradas com as demais áreas visando prevenir doenças e promover saúde. Atualmente, a utilização de Indicadores de Saúde Bucal (ISB) tem possibilitado à odontologia, no SUS, experimentar uma prática planejada a partir do diagnóstico territorial e de avaliações periódicas. A maioria dos ISB é encontrada no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) da APS (CARNUT; FIGUEIREDO; GOES, 2010). Em 2005, a proposição de uma Política Nacional de Saúde Bucal, chamada de Brasil Sorridente, visa impulsionar a mudança da lógica assistencial do setor na direção de um

modelo centrado na saúde bucal coletiva e em práticas de promoção e prevenção com vistas a diminuir o impacto das práticas curativas e mutiladoras (AQUILANTE; ACIOLE, 2015).

Entretanto, pouco tem sido estudado a respeito do assunto devido à grande dificuldade para a incorporação da prática de registro de informações nos serviços de saúde, bem como à falta de planejamento e avaliação no desenvolvimento de ações voltadas para a saúde bucal (LOIVOS ET AL., 2006). O objetivo deste estudo foi analisar comparativamente ISB da APS entre USF e UBS de um município do interior paulista por meio de série histórica, a partir de dados obtidos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS).

## Material e métodos

Trata-se de estudo observacional descritivo de corte transversal no qual foram coletadas informações secundárias provenientes do banco de dados do SIA-SUS. O estudo foi desenvolvido segundo os princípios do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), sob o protocolo nº. 01166712.0.0000.5504. Houve dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) devido à utilização de base de dados secundária (Sistema de Informação de domínio público), sem qualquer identificação de usuários ou de equipes incluídos no estudo. A única informação disponibilizada concerne ao tipo de modelo assistencial (USF ou UBS), sem a identificação de unidade e/ou profissionais integrantes das Equipes de Saúde Bucal (EqSB).

Esta pesquisa foi realizada no município de São Carlos (SP), que é considerado de grande porte e que, em relação à saúde bucal, conta com 17 USF e 12 UBS, das quais apenas duas não possuem consultório odontológico; além de um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Este município é credenciado no Programa Brasil Sorridente desde 2006. Os critérios de inclusão utilizados foram

a presença de consultório odontológico na Unidade de Saúde (US) com inauguração antes de 2010, totalizando 15 USF e 11 UBS. Os dados odontológicos produzidos entre 2008 e 2011 foram coletados a partir do SIA-SUS, com base no Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), que traz a produção mensal em termos de procedimentos odontológicos de cada US do município.

Com os dados obtidos foram calculados os ISB propostos por Narvai (1996), a saber:

a) Indicador de Rendimento (IR), que expressa a capacidade produtiva da hora do Cirurgião-Dentista (CD) na assistência em termos de quantidade de unidade de trabalho que a compõe, considerando-se 160 horas mensais para USF e 240 horas mensais para UBS;

b) Indicador de Atrição (IA), referente ao valor percentual de quanto da população teve acesso a tratamento odontológico e efetivamente realizou todo o tratamento. Valores inferiores a 90% indicam dificuldades para atingir a população alvo;

c) Indicador Relação Restauração/Extração (IRRE), que mensura a orientação das ações para a reabilitação ou para a mutilação. Valores menores que um indicam uma prática mutiladora;

d) Indicador Ênfase em Prevenção Modificado (IEPM), que compara a proporção de procedimentos preventivos versus curativos

a fim de monitorar o modelo de atenção. O esperado é que os valores sejam próximos de um, o que representaria equilíbrio entre as práticas preventiva e curativa no modelo assistencial.

Dentre os ISB estudados, os três primeiros avaliam efetividade (IR, IA, IRRE) e o último avalia o modelo de atenção (IEPM).

Também se calculou e incluiu no estudo a Relação 1ª Consulta/Urgência (RPCU) devido à sua importância, pois embora não seja considerada um ISB avalia o acesso ao tratamento odontológico em comparação com os atendimentos odontológicos de urgência (usuários que não tiveram acesso ao tratamento odontológico). Os dados produzidos pelas USF e pelas UBS foram comparados por meio de série histórica, utilizando-se o teste não paramétrico (Mann-Whitney) e estatística descritiva, adotando-se como nível de significância 5% (Bioestat 5.0).

## Resultados

A *tabela 1* sintetiza os cinco itens de avaliação utilizados na pesquisa e apresenta os dados relativos à média, desvio-padrão, mediana, mínimo e máximo para cada ISB e RPCU. Foi encontrada significância estatística ( $p < 0,05$ ) na comparação USF/UBS apenas para o IRRE e RPCU, sendo que os melhores resultados foram observados no modelo assistencial UBS.

Tabela 1. Medidas de frequência e dispersão (desvio-padrão; mediana; mínimo; máximo) dos Indicadores de Saúde Bucal (ISB) segundo o tipo de unidade de saúde da atenção primária do município de São Carlos (SP), 2008-2011

Indicadores	Tipo de Unidade		p-valor*
	USF	UBS	
Indicador de Rendimento	18,2(12,2; 16; 0; 75)	20(10,9; 20; 0; 58)	0,20
Indicador Ênfase em Prevenção Modificado	0,12(0,33; 0; 0; 1)	0,06(0,24; 0; 0; 1)	0,59
Indicador de Atrição	0,13(0,20; 0,15; 0; 0,68)	0,07(0,17; 0; 0; 0,77)	0,17
Indicador Relação Restauração/Extração	4,7(2,1; 4; 2; 14)	5,2(1,4; 5; 0; 8)	0,016**
Relação 1ª Consulta/Urgência	0,3(0,5; 0; 0; 2)	0,7(0,6; 1; 0; 2)	0,002**

Fonte: Elaboração própria.

Notas: \* Teste de Mann-Whitney (Wilcoxon Rank-Sum Test).

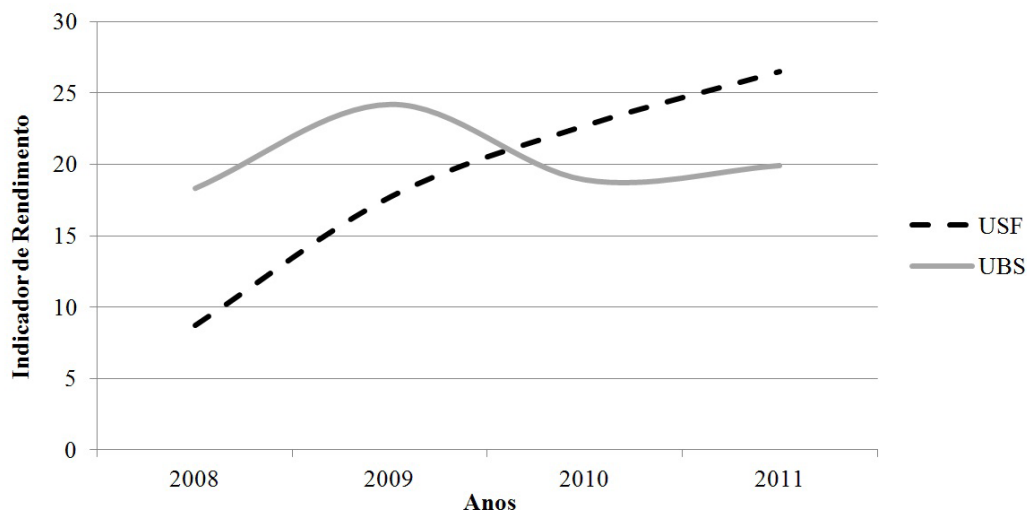
\*\* Significância estatística.

Para o IEPM o valor médio anual encontrado nas USF (0,12) foi o dobro do encontrado nas UBS (0,06). Relação semelhante foi observada para o IA com relação às USF (0,13) e UBS (0,07), embora ambos os ISB sem significância estatística.

O valor médio encontrado para o Indicador de Rendimento foi de 18,2 para USF e 20 para UBS (*gráfico 1*), demonstrando que a capacidade produtiva dos

profissionais CDs totalizou 19 procedimentos por hora trabalhada (em média). Por meio do gráfico 1 é possível verificar que, com a progressão do tempo, houve um aumento dos valores médios anuais do IR para as USF, que passou de 8,7 em 2008 para 26,5 em 2011, um aumento de 204%. Já na UBS não houve alteração significativa, pois em 2008 o valor médio era de 18,3 e em 2011 de 19,9.

Gráfico 1. Médias anuais do Indicador de Rendimento dos modelos assistenciais da atenção básica de São Carlos (SP), 2008 a 2011

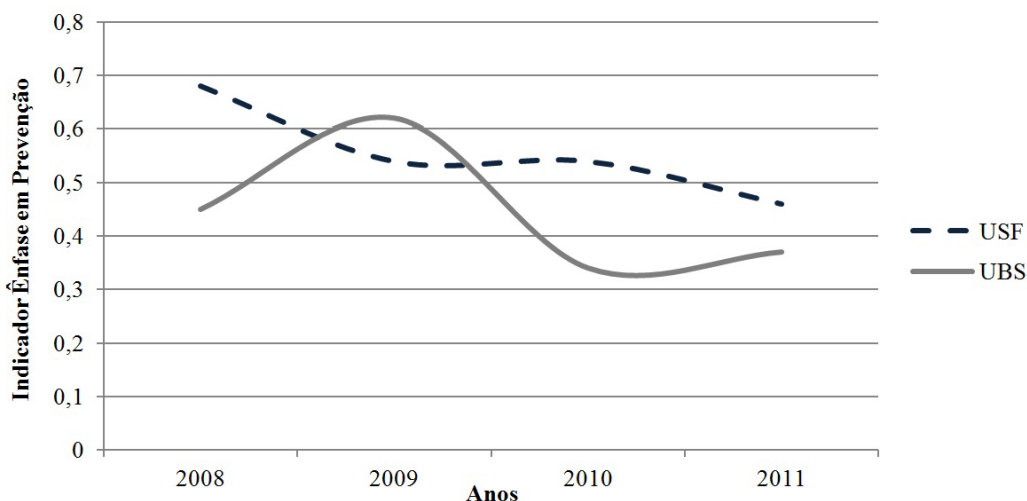


Fonte: Elaboração própria.

Os valores médios anuais do IEPM encontrados para as USF e UBS foram de 0,12 e 0,06, respectivamente, ambos ainda bastante insatisfatórios. É importante considerar que este indicador mostrou-se maior nas USF quando comparado com as UBS (dobro do valor) em praticamente todo o período

estudado, com exceção do ano 2009, conforme *gráfico 2*. De maneira geral, em ambos os modelos houve redução nos valores médios anuais destes indicadores entre 2008 e 2011: nas USF reduziu de 0,68 para 0,46 enquanto que nas UBS os valores decaíram de 0,45 para 0,37.

Gráfico 2. Médias anuais do Indicador Ênfase em Prevenção dos modelos assistenciais da atenção básica de São Carlos (SP), 2008 a 2011

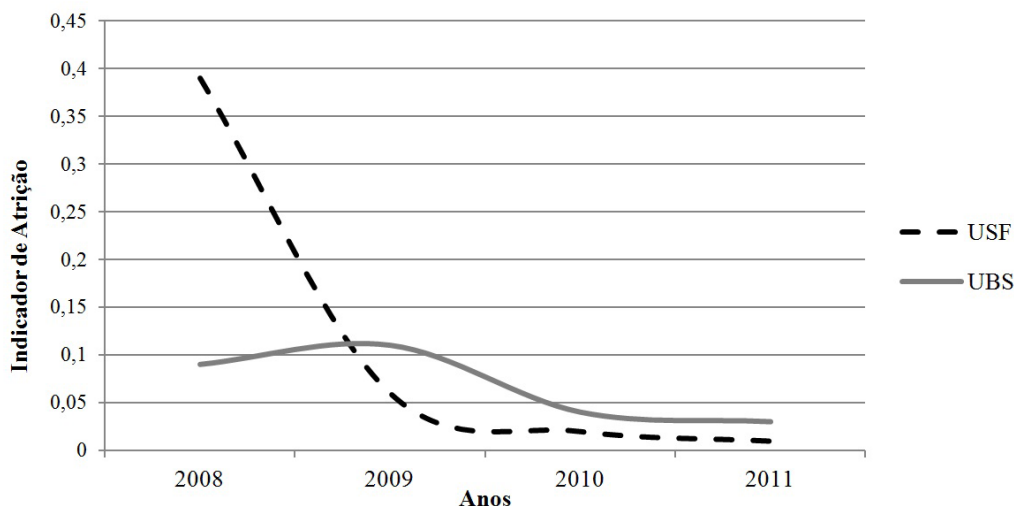


Fonte: Elaboração própria.

Por meio do gráfico 3 é possível verificar que as médias anuais do IA são bastante insatisfatórias. As USF apresentaram ao longo dos anos as médias de 0,39 (2008); 0,06 (2009); 0,02 (2010) e 0,01 (2011). Nas UBS

as médias foram de 0,09 (2008); 0,11 (2009); 0,04 (2010) e 0,03 (2011), ou seja, em ambos os modelos houve redução deste indicador ao longo dos anos, queda que se mostrou mais acentuada nas USF.

Gráfico 3. Médias anuais do Indicador de Atrição dos modelos assistenciais da atenção básica de São Carlos (SP), 2008 a 2011

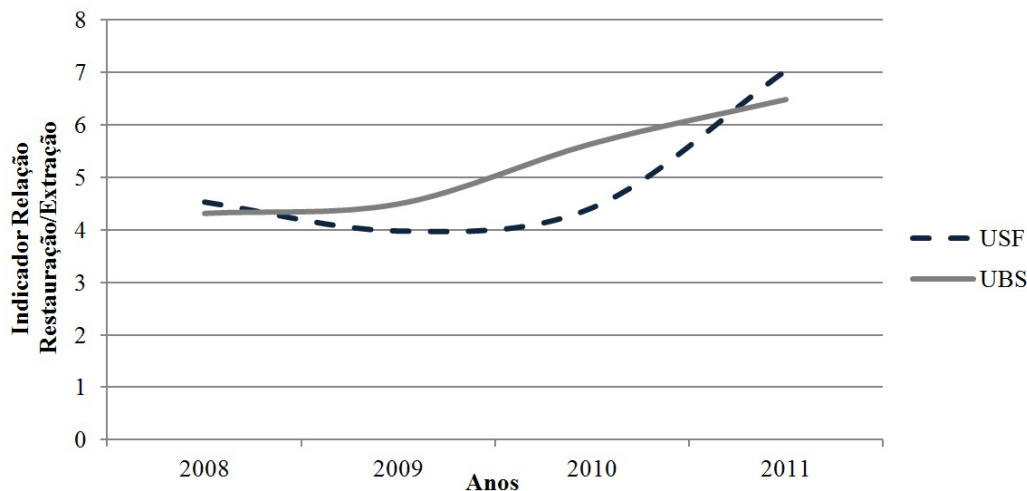


Fonte: Elaboração própria.

Em 2008, o valor médio do IRRE era de 4,53 para as USF e de 4,31 para as UBS; já em 2011 o valor médio deste indicador para as USF subiu para 7,03 (aumento de 63%) enquanto que para as UBS o valor encontrado foi de 6,48 (aumento de 50%). Por meio do *gráfico 4* é possível observar o aumento deste indicador em função

da série histórica. Mesmo os valores sendo maiores nas UBS, com significância estatística quando comparados às USF, nestas, contudo, a proporção do aumento em função do tempo foi superior, sendo que em 2011 o valor do indicador mostrou-se superior nas USF quando comparadas às UBS.

Gráfico 4. Médias anuais do Indicador Relação Restauração/Extração dos modelos assistenciais da atenção básica de São Carlos (SP), 2008 a 2011



Fonte: Elaboração própria.

Para a RPCU, o  $p$  encontrado foi de 0,002, o que denota forte significância estatística na comparação USF/UBS, havendo superioridade para as UBS. Os resultados encontrados podem sugerir que as UBS garantem maior acesso ao tratamento odontológico do que aos serviços odontológicos de urgência e emergência quando comparadas às USF. Nos quatro anos pesquisados as médias anuais desta relação foram superiores para as UBS, de modo que as USF obtiveram as seguintes médias na série histórica: 0,52 (2008); 0,83 (2009); 0,97 (2010) e 0,86 (2011), ou seja, em nenhum momento do estudo foi atingida a relação 1, o que sugere que na Estratégia Saúde da Família (ESF) há predomínio de atendimentos odontológicos de urgência.

Houve aumento desta relação para as UBS, que em 2008 apresentavam média em torno de 1 e, em 2011, diante de um aumento de 50%, a média observada foi 1,5.

## Discussão

Os ISB são de suma importância para a gestão dos serviços de saúde, pois possibilitam uma visão ampla do que foi produzido em termos de procedimentos e atendimentos odontológicos. Neste sentido, os Sistemas de Informação (SI) assumem grande importância na medida em que representam a fonte de informações para a obtenção dos indicadores (BARROS; CHAVES, 2003; PEREIRA ET AL., 2012).

O SIA compreende atualmente o SI mais utilizado no âmbito do SUS e possui informações que extrapolam a esfera financeira, constituindo-se uma importante ferramenta para a gestão dos serviços de saúde. Trata-se do SI mais indicado para a obtenção dos ISB, pois o Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) ainda passa por um processo de fortalecimento que lhe viabiliza a utilização na ESF, não podendo ser aplicado para as UBS (VOLPATO; SCATENA, 2006).

Neste estudo, que comparou alguns ISB da APS de um município do interior paulista, foi evidenciada superioridade das UBS em relação à USF ( $p < 0.05$ ) para o IRRE e para a RPCU. Estes resultados demonstram que as UBS estão mais estruturadas em seu processo de trabalho do que as USF, que são unidades de saúde mais novas e ainda em estabelecimento e construção de suas equipes. Todavia, há que se considerar uma tendência de fortalecimento da ESF no município estudado, pois em todos os indicadores, com exceção da RPCU, houve melhora significativa em função da série histórica, sendo que em 2011 os valores destes indicadores nas USF estavam superiores ou muito próximos em comparação com as UBS.

Em relação ao IEPM, os resultados encontrados neste trabalho vão ao encontro de outros trabalhos realizados no Brasil (BARROS; CHAVES, 2003; VOLPATO; SCATENA, 2006; CELESTE *ET AL.*, 2011). A relação ações preventivo/curativas ainda está longe do esperado, contudo há uma evidente superioridade da ESF que, mesmo lentamente, vem promovendo mudanças na odontologia a nível público no Brasil.

Estudos desenvolvidos nas regiões Norte e Nordeste do Brasil, que abordam os impactos das EqSB no acesso aos serviços odontológicos, também têm apontado para um fortalecimento destas ações após a incorporação da saúde bucal na ESF (EMMI; BARROSO, 2008; ROCHA; GOES, 2008). Adicionalmente, outros dois estudos avaliaram as séries temporais anuais de procedimentos odontológicos

realizados no SUS em três municípios brasileiros e encontraram grande variação nas taxas em função dos anos. Estes estudos não trazem conclusões sobre a existência de tendências temporais na saúde bucal pública brasileira (BARROS; CHAVES, 2003; VOLPATO; SCATENA, 2006).

Os resultados deste estudo mostraram que não houve significância estatística para o IR na comparação entre os modelos assistenciais ( $p = 0,20$ ). Nos dois primeiros anos (2008/2009), os valores deste indicador foram consideravelmente maiores nas UBS, todavia é necessário considerar que a maioria das USF do município foi criada a partir de 2005, portanto ainda eram bastante recentes neste biênio. De 2008 a 2011 houve um aumento de 204% no valor médio do IR nas USF, tal resultado sugere que neste período houve uma tendência de fortalecimento da saúde bucal nas USF.

Um fato bastante relevante encontrado nos dados obtidos é o fenômeno de sazonalidade das ações preventivas, pois em ambos os modelos foi verificado que apenas em determinados meses do ano se alcançou valores considerados satisfatórios (considerando o IEPM), isto pode sugerir que as EqSB da APS desempenham ações de prevenção em períodos específicos do ano (por exemplo, em escolas e/ou exames epidemiológicos), não havendo, portanto, um equilíbrio entre as ações preventivas e curativas nos demais períodos do ano.

Este padrão sazonal de distribuição das ações preventivas também foi observado para quatro das cinco regiões brasileiras no estudo de Celeste *et al.* (2011). Segundo os autores, estes padrões cíclicos estão relacionados com vários aspectos, dentre eles a organização dos serviços de saúde (férias anuais dos CDs, por exemplo) e a demanda de períodos escolares, para citar uma possibilidade.

Esta concentração de ações preventivas se reflete também no indicador IEPM, que demonstrou resultados abaixo do esperado.



Isto pode sugerir que a odontologia da APS deste município do interior paulista ainda se encontra voltada para a prática curativista e de reparo de danos.

No estudo realizado por Fernandes e Peres (2005) foi encontrado resultado parecido. A razão de procedimentos odontológicos coletivos na população entre 0 a 14 anos foi de 0,37. Considerando que esta população geralmente é a mais contemplada pelas ações coletivas de prevenção, é possível afirmar que em outras regiões do País a saúde bucal também se encontra mais voltada para práticas curativas do que preventivas.

Diversos estudos da literatura científica apontam para a importância da ESF na reorientação do modelo assistencial. Embora haja grandes expectativas de resultados com esta estratégia, na prática isto é mais complicado do que parece. Souza e Roncalli (2007) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar a incorporação da saúde bucal na ESF no estado do Rio Grande do Norte, onde a maioria dos municípios apresentou pouco ou nenhum avanço no modelo assistencial em saúde bucal. Os autores apontam para a necessidade de criação de políticas públicas que contemplem particularidades além do setor da saúde.

De fato, para que mudanças efetivas no modelo assistencial odontológico sejam possíveis, é de suma importância que haja um excelente planejamento das ações que serão desenvolvidas, bem como uma avaliação capaz de mensurar os resultados alcançados. Através da avaliação do IR e do IEPM é possível verificar que o município estudado vem aumentando a sua produção em termos de atendimentos odontológicos na APS, embora estes atendimentos provavelmente estejam direcionados para práticas assistenciais e curativista, pois as ações de prevenção e promoção da saúde (individuais ou coletivas) estão sendo deixadas de lado, de acordo com os valores obtidos para o IEPM.

Com relação ao IA, conforme indicado por

Narvai (1996), valores abaixo de 0,9 indicam dificuldade para atingir a população-alvo. Apesar de em ambos os modelos assistenciais os resultados encontrados terem sido abaixo do esperado, a média relativa aos 4 anos foi superior nas USF (0,13) quando comparada à UBS (0,07). Valores 0 foram observados com muita frequência (52% para as UBS e 38% para as USF). Estes resultados demonstram que, embora sem significância estatística, a ESF consegue finalizar mais tratamentos odontológicos garantindo, desta maneira, mais acesso aos seus usuários.

Rocha e Goes (2008) publicaram um estudo que contrapõe estes resultados. Eles avaliaram os fatores associados ao acesso aos serviços odontológicos em Campina Grande (PB), comparando áreas cobertas e não cobertas pela ESF. Verificou-se que não há associação entre residir em uma área coberta pela ESF ou não coberta com o acesso aos serviços de saúde bucal. Os usuários que residiam em áreas não cobertas pela ESF tiveram 1,5 vezes mais chances de ter acesso a serviços de saúde bucal do que usuários que residiam em áreas de cobertura da ESF.

Considerando que o IA é um indicador de efetividade, é possível afirmar que as unidades de saúde da APS do município estudado não têm sido efetivas em suas ações de saúde bucal, pois não têm atingido a sua população-alvo na prestação de atendimentos odontológicos. Tal asserção torna-se mais relevante no biênio 2010-2011.

Em contrapartida, o IRRE encontrado no município evidencia que o modelo assistencial da APS não tem um perfil mutilador, pois está mais voltado mais para restaurações dos elementos dentários do que para extrações. A média referente aos quatro anos estudados foi 4,7 para as USF e 5,2 para as UBS, sendo que na análise mês a mês houve significância estatística com superioridade das UBS ( $p=0,016$ ).

Em 2008, o valor médio do IRRE era de 4,53 para as USF e de 4,31 para as UBS

(valores próximos), já em 2011 o valor médio deste indicador para as USF subiu para 7,03 (aumento de 63%) e para as UBS o valor encontrado foi de 6,48 (aumento de 50%). Estes dados também apontam para um processo de fortalecimento da ESF, assim como evidenciado nos indicadores IEPM e IA.

Entretanto os resultados encontrados neste estudo diferem daqueles expostos por outros autores como, por exemplo, Barros e Chaves (2003) que encontraram em um município do interior da Bahia maior participação dos procedimentos cirúrgicos (23,3%) em comparação aos procedimentos restauradores (18,6%). As visitas domiciliares, a atuação multiprofissional e as reuniões de equipe constituem importantes ferramentas de planejamento da ESF (BALDANI ET AL., 2005). Neste contexto, a Odontologia vem, cada vez mais, se integrando a este cenário que tem alcançado reconhecimento internacional. O IRRE do município estudado demonstra que as mudanças nos modelos assistenciais da APS vêm acontecendo não somente em grandes centros urbanos, mas também em cidades do interior do Brasil.

Esta perspectiva de mudança não pode ser observada na RPCU. A média da APS, considerando USF e UBS, foi de 0,5, o que significa dizer que a cada primeira consulta odontológica programática são realizadas duas consultas de urgência, ou seja, o dobro. Foi encontrada significância estatística na comparação dos modelos, com superioridade para as UBS ( $p=0,002$ ), todavia os resultados são bastante insatisfatórios para ambos os modelos.

É relevante considerar que existe uma enorme demanda reprimida de usuários que precisam dos atendimentos de urgência, pois as unidades de saúde da APS ainda não conseguem atender a todas as necessidades odontológicas de sua população adscrita. Geralmente, estas unidades de saúde estão alocadas em comunidades carentes, com populações com a saúde bucal em condições ruins, o que acaba gerando mais demanda

para as EqSB e, conseqüentemente, mais consultas de urgência.

Esta problemática envolve também aspectos socioculturais, pois muitos usuários não valorizam o tratamento odontológico como forma de prevenção de problemas futuros, dando preferência ou buscando atendimento somente nos casos de condições agudas como dores de origem dentária ou traumas. Isto acaba gerando um círculo vicioso, na medida em que a saúde bucal da população continua péssima e as consultas de urgência e emergência se mantêm. Quando não há prevenção e promoção da saúde através de tratamentos odontológicos com abordagem ampla a atuação do CD fica restrita a procedimentos curativos, com isto o modelo assistencial corre o risco de tornar-se voltado para uma prática mutiladora e de reparo de danos. Some-se a isto o fato de que, para as EqSB, práticas de atenção extramuros – como visitas domiciliares e/ou ações coletivas e de promoção da saúde – ainda sejam preteridas em função das ações curativas (DE-CARLI ET AL., 2015).

Segundo Nickel, Lima e Silva (2008), as consultas de urgência são pouco resolutivas e criam mais demanda para novas consultas de urgência, pois o usuário acostuma-se a frequentar a unidade de saúde com esta finalidade. Além disso, geram maior gasto orçamentário, pois é muito mais caro para o sistema de saúde a realização de procedimentos curativos que geralmente necessitam também de encaminhamento para profissionais especialistas.

Vale lembrar que diversas dificuldades estão relacionadas com a RPCU, dentre elas: maior expectativa da população com relação às práticas curativas, insuficiência ou inexistência de serviços especializados e a ausência de técnico em saúde bucal na EqSB, por tratar-se de um profissional com caráter mais preventivo. Todas elas acabam gerando demandas excessivas para as EqSB, que acabam por concentrar seus esforços em ações com maior prioridade, ou seja,

nos atendimentos de urgência e emergência (FARIAS; MOURA, 2003).

Neste sentido, novos instrumentos de avaliação da saúde bucal no âmbito da APS têm surgido, como o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que se propõe a avaliar a qualidade da APS como uma rede prioritária, como porta de entrada resolutive para as necessidades de saúde, bem como produzir condições concretas para que ela garanta e coordene a continuidade da atenção. No conjunto de elementos do PMAQ-AB, a saúde bucal é parte integrante e já vem sendo objeto de estudos e investigações que revelam tanto incorporação de práticas quanto permanência de problemas e resistências às mudanças por parte dos profissionais da área (MENDES JÚNIOR; BANDEIRA; TAJRA, 2015; LORENA SOBRINHO ET AL., 2015).

Os ISB verificados pelo PMAQ-AB são: média da ação coletiva de escovação dental supervisionada; cobertura de primeira consulta odontológica programática; cobertura de primeira consulta de atendimento odontológico à gestante; razão entre tratamentos concluídos versus primeiras consultas odontológicas programáticas; média de atendimentos de urgência odontológica por habitante; média de instalações de próteses dentárias e taxa de incidência de alterações da mucosa oral (CASOTTI ET AL., 2014). Ou seja, é possível estabelecer uma importante coincidência entre os ISB utilizados nesta pesquisa com aqueles abordados pelo PMAQ-AB.

Casotti *et al.* (2014) realizaram um estudo com o objetivo de identificar as características da oferta de serviços de odontologia acessados pelos usuários por meio do PMAQ-AB quanto aos atributos do acesso de primeiro contato e integralidade. Os resultados obtidos indicam que 45,1% dos usuários consegue marcar consulta com o dentista, porém o acesso/tempo de espera nas especialidades ainda se constitui em problema da rede de atenção. A garantia de

continuidade de tratamento é menor nas regiões Norte e Nordeste, quando comparadas às demais regiões brasileiras.

Quanto às limitações do SIA-SUS, cabe destacar que os dados desse sistema são relativos aos procedimentos realizados, portanto não permitem investigação de perfis de morbidade. Outro aspecto importante está relacionado com o tempo destinado pelos trabalhadores da saúde para o registro diário dos procedimentos realizados e que pode ser dispendioso dentro de uma rotina de trabalho atribulada.

Apesar das limitações acima explicitadas é imprescindível a utilização dos SIs como fonte de dados para estudos na área da saúde. Neste sentido, os ISB se mostram eficientes instrumentos de análise quantitativa, pois transformam dados numéricos em informações mais fáceis de serem interpretadas e comparadas (CARNUT; FIGUEIREDO; GOES, 2010).

A valorização dos SIs é discussão recorrente na grande maioria dos municípios e regiões do Brasil. Enquanto não houver incorporação da utilização destas ferramentas no processo de trabalho corre-se o risco de atuar somente em livre demanda de atendimento, sem qualquer planejamento ou diagnóstico do território. A finalidade destes SIs não deve ficar restrita somente a previsões orçamentárias, mas sim ser direcionada para o fortalecimento das equipes e a construção de uma prática com maiores resolubilidade, equidade, integralidade e universalidade (FERNANDES; PERES, 2005).

## Conclusões

No momento em que a Política Nacional de Saúde Bucal completa uma década, estudos de avaliação dos resultados das práticas e ações desenvolvidas no âmbito da APS são fundamentais para a construção de subsídios que ponham em análise os impactos,

as potencialidades e fragilidades presentes nesta e noutras dimensões da política de saúde em que se coloca a própria sustentabilidade do SUS.

Este estudo permitiu apontar, em um cenário significativo, quanto há por avançar na consolidação de um modelo assistencial que integre práticas curativas e práticas de prevenção/promoção. Para o alcance deste objetivo, trata-se de combinar uma reorientação das práticas de saúde bucal com a expansão da atenção capilarizada pela ESF. Integração em que a saúde bucal, em particular, expressa um forte apelo simbólico – um país sorridente: o sorriso com uma aparência bucal íntegra seria uma boa imagem da garantia do direito a sorrir sem constrangimentos.

Diferenças significativas ( $p < 0,05$ ) foram observadas para IRRE e RPCU. Pode-se concluir que, embora as UBS tenham apresentado melhor desempenho do que as USF no município estudado, os resultados também indicaram um processo de fortalecimento da ESF. IEPM, IA e RPCU demonstraram resultados insatisfatórios, apontando para dificuldades de realização de ações de prevenção e promoção da saúde, além de obstáculos para atingir o público-alvo e os atendimentos odontológicos concentrados em urgências e procedimentos curativos. IR e IRRE apresentaram os melhores

resultados, indicando alta produtividade em termos de atendimentos odontológicos na atenção básica e um modelo assistencial voltado para práticas conservadoras.

Apesar do processo de fortalecimento da ESF, o modelo assistencial representado pelas UBS ainda se mostra mais efetivo em alguns aspectos da saúde bucal no serviço público, aspectos pautados principalmente com a relação restauração/extração e com atendimentos menos voltados para urgência/emergência.

Ainda que se trate do estudo de um município, com resultados que devem ser considerados dentro do limite metodológico, evidenciou-se um achado preocupante no seu potencial de significar um cenário não ocasional em termos de permanência ou persistência de um modelo assistencial centrado nos procedimentos mutiladores, tão difundido em décadas pré-SUS. Afinal, os aspectos insatisfatórios, que aparecem para ambos os modelos, são obstáculos a serem vencidos pela odontologia da APS, tais como: a efetiva realização de ações de prevenção e promoção da saúde, além da capacidade de atingir eficazmente a população-alvo modificando seus valores de uso a respeito dos dentes e sua relação com a saúde mais geral do corpo, de modo a impactar o imaginário ainda forte de que ‘os dentes podem ser substituídos’. ■

---

## Referências

AQUILANTE, A. G.; ACIOLE, G. G. Oral health care after the National Policy on Oral Health – “Smiling Brazil”: a case study. *Ciênc. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 239-248, jan. 2015. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015000100239&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000100239&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 4 mar. 2015.

BALDANI, M. H. *et al.* A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. *Cadernos Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1026-1035, 2005.

BARROS, S. G.; CHAVES, S. C. L. A utilização do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS)

como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 12, n. 1, p. 41-51, 2003.

CARNUT, L.; FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A. Saúde bucal na atenção primária brasileira: em busca de um sistema de informação em saúde. *Journal Management Primary Health Care*, Olinda, v. 1, n. 1, p. 8-13, 2010.

CASOTTI, E. *et al.* Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 140-157, 2014.

CELESTE, R. K. *et al.* Séries de procedimentos odontológicos realizados nos serviços públicos brasileiros, 1994-2007. *Ciência Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4523-4532, 2011.

DE-CARLI, A. D. *et al.* Visita domiciliar e cuidado domiciliar na atenção básica: um olhar sobre a saúde bucal. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 431-450, 2015.

EMMI, D. T.; BARROSO, R. F. Evaluation of oral health actions in the Family Health Program in the Mosqueiro district, Pará State, Brazil. *Ciência Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 35-41, 2008.

FARIAS, M. A. V.; MOURA, E. R. F. Saúde Bucal no contexto do Programa Saúde da Família do município de Iracema, no Ceará. *Revista de Odontologia da UNESP*, Araraquara, v. 32, n. 2, p. 131-137, 2003.

FERNANDES, L. S.; PERES, M. A. Associação entre Atenção Básica em Saúde Bucal e indicadores socioeconômicos municipais. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 6, p. 930-936, 2005.

LOIVOS, C. *et al.* Acesso às ações de saúde bucal versus indicadores do SIAB/SIASUS: um diálogo possível e necessário. *Revista Brasileira de Odontologia*, Rio de Janeiro, v. 66, n. 2, p. 263-269, 2006.

LORENA SOBRINHO, J. E. *et al.* Acesso e qualidade: avaliação das equipes de saúde bucal participantes do

PMAQ-AB 2012 em Pernambuco. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 136-146, 2015.

MENDES JÚNIOR, F. I. B.; BANDEIRA, M. A. M.; TAJRA, F. S. Percepção dos profissionais quanto a pertinência dos indicadores de saúde bucal em uma metrópole do Nordeste brasileiro. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 147-158, 2015.

NARVAI, P. C. *Avaliação das ações em saúde bucal*. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo: Rio de Janeiro: Oficina Saúde Bucal no SUS, 1996.

NICKEL, D. A.; LIMA, F. G.; SILVA, B. B. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. *Cadernos Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 241-46, 2008.

PEREIRA, C. R. S. *et al.* Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre indicadores de saúde bucal: análise em municípios do Nordeste brasileiro com mais de 100 mil habitantes. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 449-462, 2012.

ROCHA, R. A. C. P.; GOES, P. S. Comparison of access to Oral Health Services between areas covered and not covered by the Family Health Program in Campina Grande, Paraíba State, Brazil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2871-2880, 2008.

SOUZA, T. M. S.; RONCALLI, A. G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2727-2739, 2007.

VOLPATO, L. E. R.; SCATENA, J. H. Análise da política de saúde bucal do município de Cuiabá, estado de Mato Grosso, Brasil, a partir do banco de dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS). *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 15, n. 2, p. 47-55, 2006.

---

Recebido para publicação em agosto de 2015  
Versão final em dezembro de 2015  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# O cuidado paliativo e domiciliar em países da América Latina

*The palliative care and household in country of Latin America*

Vilma Margarete Simão<sup>1</sup>, Regina Celia Tamaso Miotto<sup>2</sup>

---

**RESUMO** O artigo analisa a assistência domiciliar em saúde dos três países da América Latina com maior gasto público social *per capita* no ano de 2013: Brasil, Argentina e Uruguai. Trata-se de estudo documental e bibliográfico sobre o cuidado paliativo em saúde na modalidade de internação domiciliar, tendo em conta as mudanças nas famílias latinas. A análise está estruturada em dois eixos: o contexto socioeconômico das famílias latinas e as características das políticas de desospitalização. Os resultados mostram pequena disponibilidade da mulher latina para o trabalho de cuidado na família e o reforço dessa modalidade de atenção às iniquidades em saúde.

**PALAVRAS-CHAVE** Cuidados paliativos; Política social; Gênero e saúde; Cuidadores; Assistência domiciliar.

**ABSTRACT** *The article analyzes home care service of the three Latin American countries with highest public social expenditure per capita in 2013: Brazil, Argentina and Uruguay. It is a documental and bibliographical study about palliative home care which takes into account the changes in Latin families. The analysis is structured along two axes: the Latin Families socioeconomic context and the de-hospitalization policies' characteristics. The results show low availability of Latin women for family care work and the strengthening of this type of attention to health inequities.*

**KEYWORDS** *Palliative care; Public policy; Gender and health; Caregivers; Home nursing.*

<sup>1</sup> Universidade Regional de Blumenau (Furb), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Blumenau (SC), Brasil.  
simaovilma@gmail.com

<sup>2</sup> Universidade Católica de Pelotas (UCPel), Programa de Pós-Graduação em Política Social - Pelotas (RS), Brasil. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - Florianópolis (SC), Brasil.  
regina.miotto@gmail.com

## Introdução

Desde 1996, o cuidado paliativo, por meio da internação domiciliar, tem sido foco de programas prioritários da Organização Mundial de Saúde (OMS). Essa modalidade assistencial vem sendo recorrentemente indicada para atender às necessidades de pessoas com doenças crônicas e dependentes e é defendida a partir de valores como o da convivência familiar e do afeto, bem como de uma presumida melhor qualidade de vida do paciente e, obviamente, da redução de custos relacionados ao leito hospitalar. Apesar de relevantes as justificativas para tal prática, outras discussões vêm confirmando que a sua adoção não pode ser realizada independentemente das análises acerca da sociedade contemporânea, especialmente da reconfiguração dos regimes de bem-estar social, a partir da edificação do bem-estar sob os preceitos do neoliberalismo. Nesse contexto de mudanças, a família ressurgiu como um ator fundamental no campo da provisão de bem-estar.

No campo do cuidado em saúde, ela é instada, apesar de suas transformações, a assumir grande parte desses cuidados, que podem vir a ser incorporados totalmente por ela, através do trabalho não pago de seus membros. (MIO-TO; DAL PRÁ, 2015, P. 168).

Na América Latina, este cenário se agrava quando é considerada a persistente desigualdade estrutural do continente e os impactos das políticas tipicamente neoliberais. De acordo com Soares (2001), a implementação de tais políticas, tanto por meio de medidas econômicas como por estratégias político-institucionais, têm efeitos duradouros e consequências sociais graves e permanentes. Nesse contexto, Sunkel (2006) salienta as transformações das famílias no continente e também a persistência do caráter 'familiarista' que permeia a sociedade e as políticas sociais latino-americanas. Historicamente,

de acordo com Aguirre (2009), o cuidado às pessoas aparece como atribuição precípua das famílias. Porém, as famílias mudam, as necessidades de cuidado não são as mesmas e tampouco as pessoas que podem prestá-lo o são. As alterações na fertilidade e o processo de envelhecimento da população têm impacto importante no tamanho, nas estruturas, na composição, nas relações e no bem-estar das famílias. Também, as transformações culturais e os processos de individualização e secularização diluem os laços tradicionais de família e afetam as demandas de cuidados e as possibilidades de satisfazê-los.

Tendo em conta tais considerações, este artigo analisa a Atenção Domiciliar (AD) em saúde como substituição das hospitalizações paliativas dos três países da América Latina com maior gasto público social *per capita* no ano de 2013 – Brasil, Argentina e Uruguai. As hospitalizações são consideradas paliativas porque as características das enfermidades crônicas, em geral, apresentam baixa expectativa de mudança e requerem a atenção continuada para evitar seu agravamento. Trata-se de estudo documental e bibliográfico sobre o cuidado paliativo na modalidade de internação domiciliar, tendo em conta as mudanças das famílias latino-americanas. Os subsídios percentuais analisados foram consultados e extraídos das bases de dados da Organização Latino Americana (OLA), Organização Internacional do Trabalho – Oficina Regional para América Latina e o Caribe (OIT-AL), Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal), Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), e das legislações em cuidados paliativos da Argentina, do Brasil e do Uruguai. Nesse debate, este trabalho foca em dois aspectos: o primeiro indica as questões populacionais e as transformações da família e do mercado de trabalho nos países sob estudo; o segundo discute como a questão do cuidado

às pessoas dependentes foi normatizado em tais países, objetivando enfatizar os cuidados paliativos. Em seguida, realizam-se as considerações finais.

## As transformações sociodemográficas e o cuidado em países da América Latina

As transformações sociodemográficas na sociedade latino-americana contemporânea indicam a crescente diminuição na fertilidade e, portanto, o decréscimo da população jovem dos países, assim como da escalada da expectativa de vida, com consequente aumento das pessoas idosas. A ampliação da população idosa tem provocado alta do número de pessoas com doenças crônicas. Então, assiste-se ao aumento crescente de demanda por cuidados em saúde nos serviços estatais, no mercado, na família. Nesse contexto, observa-se que é o envelhecimento da população que mais tem posto em evidência a questão do cuidado e destacado sua crise, atrelada, em grande medida, à luta das mulheres por autonomia e ao desvencilhamento do papel de cuidadoras da família.

De acordo com a projeção de envelhecimento publicada pela Cepal (2012) para o ano de 2050 na América Latina, o percentual da população com idade superior a 60 anos alcançará os 80%; e com mais de 80 anos, 42%. Em esperança de vida, os latinos vão alcançar, em média, 82,2 anos. Segundo a OCDE (2015), no atual *ranking* da proporcionalidade da população com mais de 65 anos na América Latina, o Uruguai ocupa o 1º lugar (25%), a Argentina o 2º lugar (19,2%), o Brasil vem em 6º (12,2%), considerado envelhecimento moderadamente avançado. O envelhecimento do Uruguai é recorde na América do Sul e próxima à dos países da Europa. Quanto à expectativa de

vida ao nascer, os três países não ocupam as melhores posições no *ranking* latino-americano: o Uruguai está em 5º lugar, com expectativa de 77 anos; a seguir, a Argentina ocupa o 7º, com expectativa de 76,2 anos; e o Brasil está posicionado no 12º lugar, com expectativa de 73,8 anos.

Juntamente com os dados sobre envelhecimento da população, merecem destaque também os percentuais relativos à posição da mulher na sociedade latino-americana, que evidenciam a tendência crescente de inserção das mulheres no mercado de trabalho e a diminuição da dedicação exclusiva ao trabalho de cuidado na família. Segundo a OIT (2014), no ano de 2013, a taxa de ocupação das mulheres no mercado de trabalho remunerado na América Latina era, em média, de 42,69% – no Uruguai, 50,8%; no Brasil, 45,7%; e na Argentina, 43,5%. Segundo a mesma agência, também em 2014, o desemprego de mulheres na América Latina era de 6,2% – na Argentina, 8,6%; no Brasil, 8,5%; e no Uruguai, 8,3%. No entanto, há que se enfatizar que o maior empregador formal de mão de obra feminina continua sendo o cuidado da família. Na região latina, a média é de 16,4%; no Brasil, essa porcentagem é de 18%; na Argentina, 17,7%; no Uruguai, 51,9%. O alto percentual do Uruguai muito provavelmente se justifica no fato de ser o país latino com maior número de pessoas com mais de 60 anos.

Seguindo a tendência de diminuição do percentual de mulheres com dedicação exclusiva aos trabalhos de cuidado à família, a base de dados da Cepal (2014) faz referência aos percentuais de trabalhos de cuidado sem vínculo empregatício: na América Latina, 5,2%; no Uruguai, 0,9% (0,8% do sexo feminino); na Argentina, 0,5% (0,3% do sexo feminino); e no Brasil, 1,3% (0,8% do sexo feminino).

Além dos dados referentes ao envelhecimento e à posição da mulher na sociedade latino-americana, outro aspecto importante na organização social do



cuidado relaciona-se ao seguro social previdenciário, considerando que, no contexto do envelhecimento, cresce o percentual de trabalhadores inativos. Dados estatísticos apresentados pela Cepal (2012) demonstram que, na América Latina, mais de 80% dos trabalhadores e trabalhadoras não possuem qualquer acesso à previdência social, o que significa forte presença do trabalho informal, decorrendo insegurança econômica. Ainda segundo a Cepal (2012), tanto nas áreas urbanas como em áreas rurais, mais de um terço das pessoas de 65 anos ou mais não dispõe de ingresso em benefícios de pensão por idade e nem aposentadoria por tempo de contribuição. Na área urbana, somente duas em cada cinco pessoas maiores de 65 anos ingressaram em seguros sociais previdenciários.

Outro indicador de fragilidade de proteção social em países latinos é a grande presença de pessoas em situação de pobreza. Segundo a Cepal (2014), em 2013, a América Latina tinha 11% de pessoas em circunstância de pobreza extrema, 28% na condição de pobreza e 28% em situação de pobreza multidimensional<sup>1</sup>; o Brasil, 5,9% de pessoas em situação de indigência, 18% na condição de pobreza e 14,5% vivenciam carência multidimensional; o Uruguai, 0,9% de pessoas em situação de pobreza extrema, índice de pobreza de 5,7% e multidimensional de 9%; quanto à Argentina, apresenta 1,7% de pessoas em situação de pobreza extrema, 4,3% de pobreza e 8,1% vivenciam situações de pobreza multidimensional. No contexto latino do ano de 2012, na média de 18 países, 14,7% das pessoas viviam em estado de indigência e 32,9% na condição de pobreza. Por outro lado, o índice Gini demonstra 48,6% de concentração de riqueza na América Latina, com médias semelhantes para Argentina (47,5%), Brasil (55,3%) e Uruguai (38,3%).

Outros dados indicadores da fragilidade da organização social do cuidado no contexto da América Latina divulgados

pela Cepal (2012, 2014) são os percentuais do Produto Interno Bruto (PIB) de gasto público social no ano de 2010: na América Latina, 19,1%; na Argentina, 27,8%; no Brasil, 26,6%; e no Uruguai, 24,2%. O montante destinado aos cuidados em saúde desses percentuais é de 4,2% na América Latina, 6,2% na Argentina, 5,1% no Brasil e 5,5% no Uruguai. Percentuais mais elevados são destinados ao financiamento da previdência e assistência social: 9,1% na América Latina, 12,9% na Argentina, 13,8% no Brasil e 12,1% no Uruguai.

Considerando os percentuais resultantes do subsídio da previdência e os índices de elevação das taxas de envelhecimento populacional, pode-se dizer que é ainda atual a análise da cobertura da previdência feita pela Cepal e publicada no ano de 2005. Segundo esse organismo, num contexto de baixa cobertura de pensões da população idosa, a alta participação dos idosos na composição da força de trabalho ativa não corresponde a uma opção voluntária; é, sim, uma necessidade de garantia de um mínimo de recursos financeiros para a sobrevivência. Os analistas da OCDE (2015) lamentam que, no caso de países de menor desenvolvimento, os idosos se insiram em empregos informais com o intuito de relativizar suas vulnerabilidades socioeconômicas.

## Cuidados paliativos

Na organização social do cuidado, o regime de bem-estar adotado pelos países tem papel de destaque, podendo aumentar ou diminuir a responsabilização das famílias pelo cuidado às pessoas. Estudos demonstram que, entre outras causas, a maior longevidade e os determinantes socioeconômicos provocam o aumento do número de pessoas acometidas de doenças crônicas e o incremento de estadias hospitalares. Os defensores da assistência médica na modalidade Internação Domiciliar (ID) sustentam que,

<sup>1</sup> “O índice considera os seguintes indicadores: condições da habitação e de saneamento, padrão de vida (possibilidades para suprir necessidades humanas básicas e carência de bens duráveis), educação, desemprego e precária proteção social” (CEPAL, 2014, p. 19).

na prática diária hospitalar, é comum a necessidade de justificações de hospitalização prolongada de pessoas com doença crônica, que são por eles correlacionadas a aumento de complicações (infecções intra-hospitalares, depressão, aumento do grau de prostração) de difícil alteração do quadro clínico. Os defensores da ID descrevem que essa situação é mais presente entre pessoas mais idosas que sobrevivem a condições médicas em graus médio ou elevado de limitação às suas vidas diárias, sendo parcial ou totalmente dependentes de cuidados para sua sobrevivência. Argumentam eles que, para essas pessoas, é frequente o uso de sondas de alimentação, oxigênio, assistência respiratória não invasiva etc., dadas as respectivas patologias, cujo cuidado ambulatorial não é simples e requer controle periódico, porém menos exaustivo que a internação hospitalar. Por outro lado, os custos do sistema hospitalar de saúde são muito altos, além de existir uma tendência mundial de deixar as camas hospitalares para patologias agudas ou descompensadas.

Então, a ID vem sendo indicada como resposta às necessidades de atenção à saúde de cidadãos com doenças crônicas ou demandantes de Cuidados Paliativos em Saúde (CPS). Desde 1996, o CPS por meio de ID é foco de programas prioritários da OMS. Portanto, essa modalidade assistencial vem sendo veiculada como uma possibilidade em saúde e de cuidado integral. Isso porque, segundo seus defensores, ela está ligada a valores como os de convivência familiar e do entorno, afeto e responsabilidade partilhados com a família, portanto não exclusivamente médicas, e de descentralização hospitalar dos adoentados.

Os programas de CPS com o uso da ID preconizam critérios na sua utilização. Para maior controle dos riscos no ambiente domiciliar, são adotadas medidas de controle na hora de selecionar as pessoas para uma internação domiciliar: condições do domicílio quanto às suas instalações e entorno

familiar na predisposição para suportar as demandas de cuidado a uma pessoa internada domiciliarmente. Para prevenir riscos e agravos, é importante a educação sanitária da pessoa internada, de seu entorno familiar e da pessoa selecionada pela família para desenvolver os cuidados diários no domicílio. Quanto à equipe de profissionais que acompanhará as internações domiciliares, recomendam-se capacidade técnica e habilidade na transmissão de conhecimentos e informações essenciais ao grupo familiar para o desenvolvimento do cuidado diário. Outra importante recomendação quanto ao âmbito domiciliar prevê que a pessoa responsável pela prestação do trabalho de cuidado no domicílio deve ter capacidade para a tomada de decisões dentro de seus limites de conhecimento e poder trabalhar sem constante supervisão.

Com base em Orlando (2007), a modalidade de ID iniciou-se no ano de 1947 em Nova York como uma extensão do hospital ao domicílio da pessoa doente. As razões para criar essa primeira unidade eram descongestionar as salas hospitalares e proporcionar aos doentes um ambiente mais humano e favorável à sua recuperação. Desde então, há experiências desse tipo tanto nos Estados Unidos como na Europa, com estruturas e procedimentos adaptados a cada sistema de saúde.

Na América Latina, a prescrição sobre cuidados paliativos vem orientada pela Opa. Dentre seus associados, estão a Argentina desde 1937, o Brasil desde 1929 e o Uruguai desde 1928. Num contexto de debates e orientações, a Opa definiu 2010 como sendo o prazo cabal para que todos os países da região tivessem implementado o serviço de CPS às pessoas dependentes. O plano da Opa, com ênfase no cuidado paliativo, por consequência de câncer, apresenta regulamentação legal e conteúdo normativo semelhante às normativas internacionais de tratamento e cuidados paliativos para os países da América Latina.

Nos países latino-americanos aqui analisados, a instituição de regulamentação para cuidados médicos na modalidade de ID foi assim estabelecida: na Argentina, em 2000, com a Resolução nº 704; no Brasil, em 2006, com a Portaria nº 2.529; no Uruguai, em 2007, com a Lei nº 18.211. Portanto, os CPS como modalidade assistencial foram normatizados recentemente e, segundo Giovanella (2013), têm desenvolvimento incipiente nos três países. Além de incipiente, a modalidade de ID é mais desenvolvida no sistema privado de saúde. Contudo, considerando os estudos comparativos da política de saúde entre os três países, o Brasil e, a seguir, o Uruguai organizam a modalidade de ID no sistema público com acesso universal.

Conforme Pastrana *et al.* (2013) na obra intitulada 'Atlas de cuidados paliativos', dentre os serviços de cuidado paliativo com AD, há 14% na Argentina, sendo que o maior percentual (53%) concentra-se em equipes de apoio hospitalar; no Brasil, são 26% e 23%, respectivamente, significando que o maior apoio aos cuidados domiciliares está na AD; no Uruguai, 30% em unidades hospitalares e 61% em equipes multinível, ou seja, em diferentes níveis de atenção.

### O cuidado domiciliar paliativo em saúde no Uruguai, na Argentina e no Brasil

Discutir os CPS nos países e sua incorporação na agenda pública possibilita o reconhecimento da orientação neoliberal no cuidado à saúde. As legislações dos países em análise incorporam o cuidado de diferentes formas e com diversas nomenclaturas. Apesar das formas e denominações diferenciadas, tais países incluem entre suas políticas públicas o cuidado domiciliar por meio da ID, e como justificativa de cuidado integral, argumentando a importância do entorno social: família, amigos, vizinhos etc. como auxiliares no bem-estar

psicossocial da pessoa do cuidado. Com a finalidade de explicitar semelhanças e diferenças, apresenta-se, nos próximos itens, uma breve revisão dos marcos das legislações do Uruguai, Brasil e Argentina.

#### URUGUAI

A Lei nº 18.211, em seus art. 2º e 4º, destaca os CPS e o Capítulo IV, que trata da *Red de Atención en Salud*, no art. 36, regula a AD no nível de atenção primária em saúde. No art. 37, descreve as ações do nível de atenção secundária centrada na hospitalização, prevista, inclusive, para pessoas com doenças crônicas que comumente são dependentes de cuidado para realização de atividades cotidianas:

[...] está constituido por el conjunto de actividades para la atención integral de carácter clínico, quirúrgico u obstétrico, en régimen de hospitalización de breve o mediana estancia, hospitalización de día o de carácter crónico. (URUGUAY, 2007).

No país uruguaio, embora as instituições de saúde já tivessem organizado o serviço de cuidado paliativo desde o ano de 1985, o incremento de equipes aconteceu a partir do ano de 2005 e a normatização estatal do serviço aconteceu em 2013, com a resolução nº 957, que define o Plano Nacional de Cuidados Paliativos. Contudo, o Estado uruguaio já vinha organizando serviços de CPS por meio do Programa Nacional de Adulto Maior, gerenciado pelo Instituto Nacional de Adulto Maior, criado pela Lei nº 18.617, promulgada em outubro de 2009 (URUGUAY, 2013). No entanto, segundo Pugliese (2011), o Estado uruguaio desenvolve assistência médica domiciliar por meio da atenção básica e não possui serviço público de cuidados domiciliares a pessoas dependentes. Tais cuidados são realizados de maneira informal e não remunerada principalmente por familiares mulheres, e de

maneira formal e remunerada por trabalhadores autônomos e empresas de serviços de acompanhamento.

O Plano Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), organizado pelo Ministério de Saúde do Uruguai, adota o conceito orientativo de qualidade de vida das pessoas dependentes de cuidado e seus familiares por meio de ações de prevenção e alívio de sofrimento. Sugere a precoce identificação da enfermidade e, conseqüentemente, de seus desdobramentos na condição de vida da pessoa e seus familiares, com alívio de sofrimento da dor física, psicológica, relacional, espiritual e outros. O público para o cuidado paliativo são pessoas que enfrentam dificuldades associadas à doença crônica ou debilidade física por idade avançada e geradora de perda de autonomia para o desenvolvimento de atividades cotidianas de autocuidado.

Quanto às modalidades de atenção médica previstas no plano, são do tipo internação hospitalar, ID ou atenção ambulatorial em domicílio. Portanto, o PNCP se propõe a assegurar cobertura universal em CPS em todas as fases da vida e tipos de doenças degenerativas da autonomia individual. Nesse sentido, o PNCP se orienta pelo princípio da integralidade do cuidado, equidade social e integração da família no processo de cuidado, e, na condição de objeto do programa, é o cuidado paliativo em saúde.

Com a regulamentação do PNCP, passa a ser exigida de todas as prestadoras de serviço de saúde a presença de equipes para prestação de CPS, de forma direta ou por meio de convênios. A composição básica das equipes deve ser de profissionais da medicina e enfermeiros, para intervenção em hospitais e ambulatorios, mais psicólogos e trabalhadores sociais para atenção à pessoa do cuidado e familiares nos diferentes espaços dos níveis de atenção.

É importante destacar a preocupação do PNCP com o cuidado dos cuidadores

familiares. Para tanto, determina a prevenção da sobrecarga de familiares e cuidadores com a designação de equipes de CPS em diferentes níveis de atenção: suporte hospitalar, ambulatorial (consultório e domicílio), unidade de saúde em cuidado paliativo integral e conectado à rede de atenção paliativa e unidades de referência para CPS. Desse modo, o PNCP propõe a formação de uma rede de assistência paliativa nacional.

Outro programa uruguaio que também contribui no CPS é o Programa Nacional de Adulto Maior (PNAM). Segundo a fonte Uruguay (2005), 30% dos adultos com mais de 60 anos sofrem de três ou mais doenças crônicas, aumentando a probabilidade de incremento da dependência – e aproximadamente 20% vivem sozinhos. Além do mais, os dados estatísticos levantados por organismos oficiais do país indicavam que de 20% a 30% dos adultos maiores de 65 anos não possuíam autonomia para o desenvolvimento de atividades diárias essenciais à sobrevivência humana – comer, higienizar-se, vestir-se, caminhar e deitar-se. Considerando tal realidade, o PNAM veio para intensificar o cuidado às pessoas idosas e, ao mesmo tempo, prestar assistência à saúde em seus diferentes níveis de atenção às pessoas maiores de 60 anos.

O cuidado desenhado pelo PNAM é intersetorial e, no que concerne ao setor da saúde, se dá por meio de serviços de centros diurnos, atenção geriátrica domiciliar, unidades de reabilitação e unidades de evolução geriátrica. Ou seja, há cuidado numa rede de serviços de atenção nos níveis primário, secundário e terciário, objetivando a manutenção ou o restabelecimento da independência do adulto maior.

Para atingir o objetivo da independência do adulto maior, o PNAM define como corresponsáveis o próprio adulto, as famílias, grupos comunitários, setor privado e o Estado em suas diferentes esferas, ou seja, família, Estado, mercado e sociedade.

É importante destacar que o PNAM

define como espaço estratégico a atenção primária de atenção à saúde de pessoas maiores. Ela é que deve fortalecer a atenção à população envelhecida. A responsabilização e, ao mesmo tempo, a centralidade da política pública no cuidado à saúde no nível da atenção básica não são particularidades do Uruguai. Afinal, a atenção primária ou básica demanda baixa complexidade tecnológica e baixo desdobramento na acumulação de capital; portanto, é pouco ou quase nada disputada pelo capitalista que mercantiliza o cuidado à saúde.

Por outro lado, os gastos públicos com o restabelecimento da saúde por meio dos serviços terciários representam dispêndio de recursos estatais e, na lógica neoliberal, o Estado deve estar organizado no máximo para o capital e no mínimo para o cuidado social às pessoas. Então, a desospitalização de pessoas acometidas de doenças crônicas é custo não retornável e geralmente demandante de recursos também disponíveis fora dos hospitais. Na existência de contrapartida do Estado e baixo retorno ao capital, é permissível o cuidado no próprio domicílio. Não isento desse contexto, o PNAM tem como objetivo a desospitalização de pessoas que muito provavelmente estarão excluídas do universo da população economicamente ativa.

Evite las internaciones inapropiadas, potenciando los sistemas alternativos de detección de ancianos frágiles en el primer nivel de atención, contando con centros diurnos, visitas a domicilio, etcétera. (URUGUAY, 2005, P. 11).

Favorecer la creación de servicios que apunten a un cambio de modelo intra hospitalario con un enfoque preventivo y rehabilitador desde la internación, que permita la reinserción del adulto mayor en la comunidad y la disminución de costos de estadía hospitalaria. (URUGUAY, 2005, P. 16).

Sobre tal intencionalidade, também

pode ser transcrita a análise da socióloga uruguaia:

La crisis de los estados latinoamericanos y los cambios en las políticas sociales en las últimas décadas tienen como efecto privatizar la responsabilidad por el bienestar, transfiriendo tareas del Estado hacia las familias. (BATHYÁNY, 2001, P. 225).

## BRASIL

A primeira normatização da ID para o sistema de saúde no Brasil é datada de 2006, com a Portaria nº 2.529 (BRASIL, 2006). Mas, em 2011, o Estado brasileiro fez alterações regulamentais e de nomenclatura, estabelecendo parâmetros para a assistência médica domiciliar em diferentes níveis de complexidade do cuidado, conforme Portaria nº 2.527, que instituiu a AD e a incluiu no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto, a desospitalização continua a ser um dos eixos centrais da assistência domiciliar. Essa portaria diz que a AD configura-se como uma modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de assistência à saúde prestada em domicílio (BRASIL, 2011).

Esta Portaria nº 2.527 foi substituída, em 2013, pela de nº 963, que também trata da organização do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), definindo-o como serviço ‘substitutivo ou complementar à internação hospitalar’ ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (Emads) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (Emaps). Com a nova regulamentação da modalidade de cuidado domiciliar, o serviço de AD poderá estender-se a todo território brasileiro. Conforme art. 10º, para organização do SAD, os municípios deverão ter população igual ou superior a 20 (vinte)

mil habitantes. Ampliando ainda mais a cobertura, de acordo com a portaria, os municípios que, agrupados, somam população igual ou superior a 20.000 habitantes, podem também constituir um SAD (BRASIL, 2013).

A partir da referida portaria, a AD, no âmbito do SUS, é definida em três modalidades – AD1, AD2 e AD3 –, segundo a caracterização da condição de saúde da pessoa do cuidado. Essa caracterização tem como base o tipo de atenção e procedimentos utilizados para realizar o cuidado. A diferença entre uma e outra é a complexidade do cuidado requerido pela condição de saúde da pessoa a quem se direcionam as ações de cuidado profissional domiciliar. Portanto, todas as ADs são dirigidas a pessoas com problemas de saúde, com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde ou que demandam ações de cuidado de profissional de saúde.

A AD1 difere-se por ser dirigida a pessoas que demandam cuidado de profissional de saúde com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde, e os profissionais responsáveis por ela são aqueles que compõem as equipes de atenção primária. Já a AD2, destina-se a pessoas que necessitam maior frequência do cuidado profissional, recursos de saúde e acompanhamento contínuos. Quanto à AD3, difere-se porque é destinada a pessoas que, além de impetrar cuidado profissional ininterrupto e sem autonomia de locomoção, fazem uso contínuo de equipamentos de saúde.

Na AD2 e AD3, a prestação de assistência é de responsabilidade da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (Emad) e da Equipe Multiprofissional de Apoio (Emap), ambas constituídas e designadas para essa finalidade. Prevenindo-se situações de emergência, deverão ser garantidas disponibilidade de transporte sanitário e retaguarda de serviços de urgência e emergência nas 24 horas do dia. Além das equipes profissionais, na modalidade de

AD2 e AD3, é indispensável um cuidador indicado pela família. Esse cuidador será orientado pela equipe de profissionais para exercer atividades de cuidado à saúde da pessoa admitida no programa de assistência domiciliar. Por cuidador, a Portaria entende a pessoa, com ou sem vínculo familiar, capacitada para auxiliar o sujeito do cuidado em suas necessidades e atividades da vida cotidiana.

A Emad é composta por um médico, um enfermeiro e um fisioterapeuta ou um assistente social com carga horária de trabalho de 40 horas semanais cada e quatro auxiliares ou técnicos de enfermagem com carga horária de trabalho de 40 horas por semana.

Quanto à periodicidade das visitas da Emad às pessoas atendidas pela AD, o art. 32 §1º determina que sejam realizadas visitas em domicílio regularmente, no mínimo uma vez por semana. Para adequado funcionamento de uma Emad, o art. 11 define como parâmetro de referência o cuidado concomitante de, em média, 60 usuários. Além da Emad, o SAD deverá contar com uma Emap composta por, no mínimo, três profissionais de saúde de nível superior com carga horária semanal mínima de trabalho de 30 horas, escolhidos de acordo com a necessidade local entre as seguintes categorias profissionais: assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico e terapeuta ocupacional.

As atividades da Emap são de matriciamento às Emads e de visitas em domicílio realizadas segundo critério clínico ou quando solicitado pela Emad.

Quanto à exclusão de usuários, é prevista para aqueles com maior exigência de assistência vinculada à tecnologia, medicação complexa e demanda cirúrgica – casos mais apropriados para internação hospitalar. Porém, há outro critério de exclusão do SAD que circunda o objeto deste artigo: inexistência de cuidador familiar contínuo. Por outro lado, a exigência de permanência, no

ambiente doméstico, de cuidador responsável em tempo integral identifica situação de dependência de outro para as atividades de cuidado diário ou mesmo de aparelhagem e de assistência médica contínua. Esse tipo de modalidade de cuidado é identificado na literatura como internação domiciliar.

Dentre as atribuições das equipes das três modalidades de AD previstas no art. 19 da Portaria nº 963, destacam-se: identificar e treinar os familiares ou cuidador dos usuários, envolvendo-os na realização de cuidados; abordar o cuidador como sujeito do processo e executor das ações; acolher demanda de dúvidas e queixas dos usuários e familiares ou cuidador como parte do processo de AD; promover treinamento pré e pós-desospitalização para os familiares ou cuidador da pessoa internada domiciliarmente. Em tais atribuições, fica claro que a equipe de profissionais terá como maior atribuição a preparação do cuidador familiar para a execução da assistência à pessoa vinculada ao SAD.

Considerando que uma pessoa incapacitada, temporariamente ou não, dependente de cuidados médicos e internada domiciliarmente precisará de um cuidador 24 horas por dia, pergunta-se: como fica a vida profissional e pessoal desse cuidador familiar que desenvolve o serviço sem reconhecimento financeiro e sem tempo para exercer atividade remunerada ou de autocuidado? Nos dias atuais, é comum que todos os membros da família exerçam atividade remunerada, e que tais rendimentos componham o orçamento familiar. No caso em que a pessoa adoecida é contribuinte da Previdência Social, sua família pode contar com a pensão previdenciária. Porém, em relação ao cuidador, a realidade tem demonstrado que o fará sem remuneração e sem proteção social, o que, na maioria das vezes, significa redução de rendimentos. Ainda concernente às finanças, a existência de doença na família geralmente implica aumento de gastos, seja com alimentação diferenciada ou com

ajustes do ambiente domiciliar às exigências do cuidado à saúde (gastos de energia elétrica pelo uso de equipamentos ‘hospitalares’, colchões e camas adequadas etc.). Com o estabelecimento do SAD, fica clara a transformação do interior do domicílio das famílias como parte da rede de serviços de saúde, contudo, sem previsão de recurso advindo do orçamento do Estado.

A difusão dessa modalidade de prestação de serviços ocorre, no setor privado, há pelo menos duas décadas. E apesar de, no Brasil, a assistência médica domiciliar no SUS ser recente, conforme informação fornecida por meio de e-mail pela Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar, em outubro de 2015 havia 309 equipes de AD implantadas.

Quanto às pesquisas a respeito de tais experiências, as publicações demonstram que a maioria concentrou-se nos processos de trabalho das equipes, algumas na sobrecarga de trabalho do cuidador responsável e outras na tipificação do trabalho de cuidador como formal e informal. Sendo assim, é possível dizer que há ausência de estudos que abordem o impacto da transferência do cuidado de pessoas em situação de dependência para as famílias contemporâneas.

## ARGENTINA

A assistência domiciliar às pessoas dependentes de trabalho de cuidados médico e de trabalho de cuidado doméstico é regulamentada na Argentina pela Resolução 7.004/2000. O serviço de ID está vinculado ao Programa Nacional de Garantia de Qualidade de Atenção Médica, gerenciado pelo Ministério da Saúde (ARGENTINA, 2000).

Segundo tal resolução, o serviço de ID argentino se propõe à prestação de assistência médica no domicílio, em rede com os outros níveis de atenção. Justifica esse procedimento afirmando que a manutenção da pessoa cuidada em seu ambiente familiar e social evita a hospitalização, que atua como fator de desestabilização familiar. Postula

claramente o seu objetivo de diminuição de dias de internação como estratégia de aumento da disponibilidade de leitos. Seus objetivos se assemelham em muito aos identificados nos programas do Brasil e Uruguai. No entanto, apresenta diferenças importantes na organização do serviço.

Na Argentina, a ID depende do nível de risco à saúde da pessoa a ser cuidada e os serviços podem ser dependentes de um hospital. Em caso do nível de risco à saúde ser classificado como I, a decisão da ID caberá à direção hospitalar. Nos casos com classificação de risco II, a decisão pela ID poderá ser realizada pela equipe de internação – programática ou ambulatorial de hospitais – com a devida avaliação das condições da família e do ambiente doméstico. Sendo assim, a ID é feita pelo nível de atenção terciária e dependerá da complexidade do cuidado demandado pela condição biopsicossocial da pessoa sob cuidado.

Além disso, existe a possibilidade de as instituições de saúde contratarem equipes externas, e não necessariamente equipes de seu próprio quadro de trabalhadores de saúde. Os serviços podem ser contratados de estabelecimentos de saúde privados, obras sociais ou de empresas de saúde privadas destinadas à prestação de serviços de ID. Por isso, a resolução exige que todos os serviços de ID que não sejam próprios dos hospitais estejam inscritos e habilitados nas diferentes jurisdições e organismos competentes para certificação e autorização da respectiva prestação de serviço (ARGENTINA, 2000).

Existem também exigências em relação à estrutura dos serviços. Para seu funcionamento, estão previstos: a) recursos físicos: além de espaço para recepção, sanitários, deve haver espaço com condições de desenvolvimento de tarefas administrativas, organização e arquivo de documentos, para instalação de equipamentos e depósito de insumos indispensáveis para seu funcionamento; b) equipamento: de comunicação rápida entre o serviço, pessoa cuidada e

familiar, equipamento e instrumental médico necessário e suficiente de acordo com o nível de risco e a complexidade em que atua; c) equipe: médico diretor, médico coordenador assistencial, médico assistencial, enfermeiro coordenador da enfermaria, enfermeiro, cinelesiólogo, nutricionista, assistente social, psicólogo, fonoaudiólogo e cuidador domiciliar (ARGENTINA, 2000). Como afirma Pastrana *et al.* (2013) no 'Atlas de cuidados paliativos', há na Argentina 21 equipes de ID devidamente autorizadas.

A resolução não prevê a exigência de transporte de emergência em caso de necessidade de reospitalização. Também não deixa claro se o trabalho do cuidador domiciliar é formal ou informal. Isso possibilita a utilização de familiar para o cuidado domiciliar, desobrigando instituições privadas do pagamento do trabalho de cuidado no domicílio, o que, pelas tarefas respectivamente designadas, exige dedicação integral. Sobre essa questão, Pugliese (2011) ressalta que a remuneração de cuidadores familiares é uma alternativa a ser estudada por formuladores de políticas públicas, em forma de subsídio, conforme política aplicada em países como Espanha e Costa Rica.

## Considerações finais

A modalidade de ID relativa aos cuidados paliativos faz parte da agenda de discussão da política de saúde para os países latino-americanos que, sendo justificada pelos altos custos das internações hospitalares, busca saída para otimização dos recursos financeiros. Se, por um lado, a ID pode diminuir gastos hospitalares, de outro, pode aumentar os custos do cuidado em saúde na família. Pesquisas mostram que as famílias latinas que usam exclusivamente sistemas públicos para o cuidado médico são aquelas com maior vulnerabilidade econômica.

Considerando as legislações dos países analisados e ponderando as questões que



circundam a família, é possível duvidar da viabilidade histórica da ID sem prejuízo do bem-estar da pessoa do cuidado e de sua família. Os dados coletados nos diferentes documentos demonstram, por um lado, a clara intenção dos Estados uruguaio, argentino e brasileiro de diminuir gastos com o cuidado a pessoas com doenças crônicas ou demandantes de cuidados paliativos e, por outro lado, a fulgente exigência de um cuidador cotidiano de responsabilidade da família. Isso significa tanto a transferência dos custos do cuidado para as famílias como a produção de significativas alterações na organização e nos modos de vida das famílias, o que implica, muito mais vezes do que se imagina, abrir mão do trabalho remunerado. Então, há de se questionar a efetividade da modalidade de ID em sistemas públicos de saúde sem suplementação de renda para o cuidador da família responsável pelo cuidado, bem como pelos custos advindos das alterações no ambiente doméstico necessárias para a ID.

Em suma, a redução do gasto público é feita por meio da transferência de custos para a família de um cuidado, que só gera despesa e não oferece perspectiva de retorno em forma de capital. Capital só é possível com a extração de mais valor; e no caso do serviço de ID, a extração envolve o trabalho informal

do cuidador familiar. Afinal, com a pessoa do cuidado hospitalizada ou desospitalizada, a indústria de medicamentos manterá os seus ganhos com o consumo de insumos medicamentosos, ou seja, com a mercantilização do cuidado paliativo.

Nessa perspectiva, a presença da ID parece constituir-se claramente numa estratégia decorrente dos preceitos neoliberais. A assunção dos custos do cuidado pela família é inversamente proporcional ao grau de compromisso do Estado com a provisão pública de benefícios à família. Essa é uma ação típica de Estados liberais, que limitam cada vez mais a política pública, tendência que domina a nova ordem econômica e social.

Os dados demonstrados ao longo do texto reafirmam o que autores (BELLO, 2009, AGUIRRE, 2009, BATTHYÁNY, 2001, DALY; LEWIS, 2000) vêm alertando: o seguro social contributivo, as políticas de privatização de serviços de saúde, a extinção de provisão pública de atenção à saúde e estratégias de contenção de gasto público, como a redução de leitos hospitalares, fazem parte das decisões de reforma neoliberal que encaixa o setor de saúde no ideário de mercado, anti-intervenção estatal e pró-responsabilização da família pelo cuidado. ■

## Referências

AGUIRRE, R. Hacia políticas de corresponsabilidad en los cuidados. In: FASSLER, C. (Org.). *Hacia un sistema nacional integrado de cuidados*. Montevideo, Uruguay: Trilce, 2009.

ARGENTINA. Ministerio de Salud. *Normas de organización y funcionamiento de servicios de internación domiciliaria*. Cuidados Paliativos: Resolución 704/2000. Buenos Aires, 2000.

BATTHYÁNY, K. El trabajo de cuidados y las responsabilidades familiares en Uruguay: proyección

de demandas. In: AGUIRRE, R; BATTHYÁNY, K. (Org.). *Trabajo, Género y Ciudadanía en los países del Cono Sur*. Montevideo: Oficina Internacional del Trabajo (OIT), UDELAR, Cinterfor Grupo Montevideo, 2001.

BELLO, A. H. El trabajo no remunerado de cuidado de la salud: naturalización e inequidad. *Rev. Gerenc. Polít. Salud*, Bogotá, v. 8, n. 17, p. 173-185, jun./dez. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.529 de 19 de outubro de 2006. Institui a Internação Domiciliar

no âmbito do SUS. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2529.htm>>. Acesso em: 13 maio 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.527 de 27 de outubro de 2011. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] União*, Brasília, 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2527\\_27\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2527_27_10_2011.html)>. Acesso em: 9 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. 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] União*, Brasília, DF, 2013. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963\\_27\\_05\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html)>. Acesso em: 9 nov. 2015.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL). *Dinámica demográfica y desarrollo en América Latina y el Caribe*. Santiago, Chile, 2005.

\_\_\_\_\_. *Panorama Social de América Latina*. Santiago, Chile, 2012.

\_\_\_\_\_. *Panorama Social de América Latina*. Santiago, Chile, 2014.

DALY, M.; LEWIS, J. The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states. *British Journal of Sociology*, v. 51, n. 2, 2000.

GIOVANELLA, L. *Los sistemas de salud de Argentina, Brasil y Uruguay en perspectiva comparada*. Rio de Janeiro: Observatorio MERCOSUR de Sistemas de Salud, 2013.

MIOTO, R. C. T.; DAL PRÁ, K. R. Serviços sociais e responsabilização da família: contradições da política social brasileira. In: MIOTO, R. C. T.; CAMPOS, M. S.; CARLOTO, C. M. (Org.). *Familismo, direitos e cidadania: contradições da política social*. São Paulo: Cortez, 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE

(OPAS). *Plano de Ação da OPAS para prevenção e controle do câncer*. Reunião de interessados diretos. Washington, DC, 2008.

ORGANIZAÇÃO PARA COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO (OCDE). *Um panorama dos sistemas previdenciários na América Latina e no Caribe*. Banco Mundial: Brasília, DF, 2015.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (OIT). *Panorama Laboral 2014*. Lima, Peru: OIT/ Oficina Regional para América Latina y el Caribe, 2014.

ORLANDO, A. *et al. Internacion domiciliaria: herramienta de la Auditoria Médica*. 2007. 21 f. Monografía (Curso de Auditoria Medica Hospital Alemán), 2007. Disponível em: <<http://auditoriamedicahoy.net/biblioteca/Internaciondomiciliaria.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2014.

PASTRANA, T. *et al. Atlas de cuidados paliativos de Latinoamérica*. Houston: IAHPC Press, 2013. (Edición cartográfica).

PUGLIESE, L. Programas y servicios para el cuidado de las personas adultas mayores dependientes. Primera parte: revisión conceptual para la caracterización de los sistemas de protección. *Asesoría General en Seguridad Social: Banco de Previsión Social*. Montevideo, Uruguay, 2011. (Comentarios de Seguridad Social).

SOARES, L. T. R. Os custos sociais do ajuste neoliberal no Brasil. In: SADER, E. (Org.). *El ajuste estructural en américa latina costos sociales y alternativas*. Grupo de Trabajo Economía Internacional. Buenos Aires: CLACSO, 2001. (Colección Grupos de Trabajo de CLACSO).

SUNKEL, G. *El papel de la familia en la protección social*. CEPAL: Division de Desarrollo Social. Chile, 2006. (Políticas Sociales, 120).

URUGUAY. Ley nº 18.211. *Sistema nacional integrado de salud normativa referente a su creación, funcionamiento y financiación*. El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, reunidos en Asamblea General, 2007. Disponível em:

<[http://www.paho.org/uru/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=146&Itemid=241](http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=146&Itemid=241)>.

Acesso em: 11 set. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministerio de Salud Pública. Dirección general de la salud. *Programa Nacional del Adulto Mayor*. Uruguay, 2005. Disponível em: <[http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Programa\\_Adulto\\_Mayor%5B1%5D.pdf](http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Programa_Adulto_Mayor%5B1%5D.pdf)>. Acesso em: 10 set. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministerio de Salud Pública. *Plan Nacional de*

*Cuidados Paliativos*. Montevideo, 2013. Disponível em: <<http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/PLAN%20NACIONAL%20CP%20VERSION%20SETIEMBRE%202013.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2014.

---

Recebido para publicação em maio de 2015  
Versão final em novembro de 2015  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# Reflexões bioéticas acerca da promoção de cuidados paliativos a idosos

*Bioethical reflections about the promotion of palliative care for elderly*

Rosely Souza da Costa<sup>1</sup>, Adriana Glay Barbosa Santos<sup>2</sup>, Sérgio Donha Yarid<sup>3</sup>, Edite Lago da Silva Sena<sup>4</sup>, Rita Narriman Silva de Oliveira Boery<sup>5</sup>

**RESUMO** Considerando o crescente número de pessoas idosas que, por vezes, são acometidas por condições crônicas de saúde e estão fora de possibilidade terapêutica, é salutar compreender a relação dos princípios da bioética nas demandas que permeiam os cuidados paliativos a pacientes idosos, na perspectiva de poder oferecer uma sobrevivência digna. A abordagem a partir dos fundamentos da bioética principialista propõe a garantia dos princípios da beneficência, não maleficência, justiça e autonomia, a fim de proporcionar dignidade, qualidade e conforto aos idosos em terminalidade da vida. Desta forma, este artigo tem como objetivo propor uma reflexão acerca dos cuidados paliativos aos idosos à luz da bioética.

**PALAVRAS-CHAVE** Cuidados paliativos; Envelhecimento da população; Saúde do idoso; Bioética.

**ABSTRACT** *Considering the growing number of elderly people who sometimes are affected by chronic health conditions and are out of therapeutic possibility, it is beneficial to understand the relationship of the principles of bioethics in the demands that permeate palliative care to elderly patients, in the view of offering a dignified survival. The approach from the fundamentals of the principialist bioethics proposes the guarantee of the principles of beneficence, non-maleficence, justice and autonomy, in order to provide dignity, quality and comfort to the elderly in terminally life. Thus, this article aims to propose a reflection about palliative care for the elderly in light of bioethics.*

**KEYWORDS** *Palliative care; Demographic aging; Health of the elderly; Bioethics.*

<sup>1</sup> Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Uesb), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde – Jequié (BA), Brasil.  
rosely-souza@hotmail.com

<sup>2</sup> Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Uesb), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde – Jequié (BA), Brasil.  
adrianaglay@hotmail.com

<sup>3</sup> Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Uesb), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde – Jequié (BA), Brasil.  
s yarid@hotmail.com

<sup>4</sup> Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Uesb), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde – Jequié (BA), Brasil.  
editelago@gmail.com

<sup>5</sup> Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Uesb), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde – Jequié (BA), Brasil.  
rboery@gmail.com

## Introdução

O estudo do envelhecimento humano é uma temática de grande relevância no meio acadêmico, pois a busca da promoção de uma velhice digna, ativa e saudável torna-se fator relevante para a sociedade e para os diversos espaços onde a pessoa idosa está inserida. Alguns idosos podem ser acometidos por condições patológicas, tais como câncer, doenças osteomusculares e neurológicas crônicas, acarretando dependência funcional para a realização de atividades básicas, que, junto ao declínio da condição de saúde, passam a necessitar de cuidados paliativos.

Na perspectiva de cuidar da condição pela qual passa o paciente e seus familiares, visto que já não há possibilidade de tratamento da doença, surgiu o cuidado paliativo, a fim de tornar a sobrevivida menos árdua (SILVEIRA ET AL., 2014).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 2014), o cuidado paliativo é aquele prestado ao paciente cuja enfermidade não responde mais aos cuidados curativos, ou seja, ele visa a melhorar a qualidade de vida do paciente e de sua família por meio da identificação e do alívio da dor, considerando a morte um processo natural, sem, no entanto, acelerá-lo ou retardá-lo, devendo, também, proporcionar o cuidado nos aspectos psicológicos, espirituais e emocionais do paciente e de sua família.

Os autores Gutierrez e Barros (2012) advertem que cuidados paliativos são aqueles prestados aos pacientes considerados fora de possibilidade de cura, cuja doença tem poucas chances de resposta positiva à terapêutica curativa, sendo imprescindível, nessa fase, o controle da dor e o alívio do sofrimento em todas as dimensões do ser humano, sejam elas físicas, psíquicas, sociais e espirituais. Desse modo, o cuidado deve ser diferenciado, individualizado, levando-se em consideração a singularidade e a necessidade de cada pessoa que se encontra em condição de dependência.

Mesmo quando preservar ou salvar a vida no sentido biológico não é mais o foco da assistência ao paciente, o viver, no que se refere às relações entre pessoas, continua sendo um tema fundamental (WITTMANN-VIEIRA; GOLDIM, 2012). Dessa forma, é possível compreender a íntima relação entre os cuidados paliativos e a bioética, principalmente no que se refere ao cuidado das pessoas idosas que estão em condição de dependência no cenário do fim da vida.

A bioética, portanto, considerada uma ciência relacionada à sobrevivência humana, voltada a defender a melhoria das condições de vida, vislumbra reflexões sobre o agir humano, buscando assegurar o bem-estar e a sobrevivência da humanidade com base em seus princípios fundamentais: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Nessa perspectiva, a bioética admite que todo avanço no campo das ciências biomédicas deve estar a serviço da humanidade e apresenta-se como uma nova consciência ética, na busca de respostas equilibradas diante dos conflitos éticos atuais (FREITAS; SCHRAMM, 2013).

Levando-se em consideração o crescente número de pessoas idosas que precisam e venham a precisar de cuidados paliativos, essa temática constitui relevante questão de saúde pública (BURLÁ; PY, 2014), sendo, portanto, imprescindível a discussão, à luz da bioética, a fim de buscar a sensibilização dos cuidadores e profissionais de saúde para essa fase do ciclo vital da pessoa humana. Dessa forma, este estudo tem como objetivo propor uma reflexão acerca dos cuidados paliativos aos idosos à luz da bioética.

## Cuidados paliativos em idosos

O aumento da expectativa de vida e a longevidade tornaram-se uma realidade importante em nossa sociedade e têm como uma de suas causas os avanços técnicos e

científicos na área da saúde. Entretanto, com a mudança do perfil demográfico da população, cresce, também, o adoecimento crônico e/ou degenerativo, a exemplo do câncer, das doenças cardiovasculares, neurodegenerativas e osteomusculares, que acometem, preferencialmente, a população idosa, causando prejuízos à sua capacidade funcional, tornando-a dependente na realização de Atividades de Vida Diária (AVDs) (BURLÁ; PY, 2014).

O acometimento da população idosa por condições crônicas de saúde e sem possibilidade de cura ocorre em decorrência do declínio das funções orgânicas, levando-a à circunstância de terminalidade da vida, o que requer a necessidade de cuidados paliativos (FRATEZI; GUTIERREZ, 2011).

Nessa condição, o paciente idoso demanda cuidados básicos como qualquer outro, tais como: cuidados higiênicos, alimentares, alívio da dor, tratamento farmacológico para alívio de sintomas (náuseas, vômitos, diarreias) e apoio emocional, tanto para os pacientes como para a família, que acompanha todo esse processo.

Sendo o cuidado paliativo um modelo interdisciplinar de cuidados ativos e integrais prestados a pacientes com doenças em fase avançada ou terminal, ele é essencial para a população idosa, que é acometida por diversas modificações fisiológicas e de saúde, o que a torna dependente de tais cuidados (GUTIERREZ; BARROS, 2012).

Nessa perspectiva, essa modalidade de cuidado vai além da condição física. Perpassa os aspectos psicológicos, sociais e espirituais, na busca da humanização, do respeito a seu semelhante e da promoção de uma morte digna, pois tem a função de garantir uma atenção à saúde que sobreponha a terapêutica curativista, na medida em que compreende a necessidade da comunicação, do respeito ao paciente e de consciência da finitude da

vida humana (WHO, 2014).

A população de pacientes idosos que necessitam de cuidados paliativos tende a ser cada vez maior em decorrência da nova tendência demográfica. Dessa maneira, torna-se salutar melhorar o acesso de pessoas idosas a essa modalidade de cuidados, pois a iniciação precoce dos cuidados paliativos a indivíduos em idade avançada impõe-se como fundamental para a garantia de melhores experiências ao fim da vida (GARDINER ET AL., 2011). Infelizmente, o cuidado paliativo ainda é pouco compreendido por grande parte dos profissionais da saúde no Brasil devido à falta de incentivo à educação paliativa, o que influencia a formação técnica e a prática profissional (GUTIERREZ; BARROS, 2012). Em sua maioria, os profissionais têm a formação na perspectiva da cura, o que não os torna preparados para lidar com questões como a finitude da vida. Quando ocorre a morte, essa é muitas vezes vista como uma falha, um insucesso.

O profissional, então, não preparado para lidar com tais situações, depara-se com o sentimento de impotência e frustração, tendo dificuldade para reconhecer que algo ainda pode ser feito, como promover qualidade de vida e cuidados. Esse tipo de sentimento poderia ser diferente se os profissionais fossem preparados por meio da implantação de programas de educação permanente acerca de cuidados paliativos, buscando valorizar as experiências práticas e o conhecimento teórico sobre o assunto (VASQUES ET AL., 2013).

Não apenas os profissionais, mas também os familiares necessitam de informações sobre o que são os cuidados paliativos, haja vista que essas são pessoas fundamentais na vida do idoso e podem contribuir, expressivamente, para a busca de melhores condições de vida durante os processos de adoecimento, dependência e morte. Compreender que esse tipo de cuidado pode ser oferecido de forma

interdisciplinar, por profissionais da Atenção Básica, da unidade hospitalar, mas também em seu próprio domicílio, é fundamental para a disseminação dessa prática.

O ato de cuidar requer um planejamento no que se refere às técnicas, mas também à atenção dispensada ao paciente e à sua família, orientando-os sobre as adversidades a serem enfrentadas e os meios para lidar com os sofrimentos que acometem os envolvidos. Para tanto, é fundamental a comunicação clara e constante entre a equipe de saúde, o paciente e a família, a fim de estabelecer uma relação de confiança, essencial na prática de cuidados paliativos (OLIVEIRA; CARVALHO, 2008).

## Abordagem a partir da bioética principialista

O termo 'bioética' surgiu a partir da segunda metade do século XX, mediante os extraordinários avanços tecnológicos nas áreas da biomedicina, sobremaneira no campo da genética, da biologia molecular, dos transplantes e, concomitantemente, dos cuidados paliativos. Com a ascendente incorporação da tecnologia e da informática, ampliaram-se de forma significativa as possibilidades de intervenção nas condições de saúde do ser humano, e, paulatinamente, surgem questões éticas derivadas da aplicabilidade dessas ciências, corroborando um poder de intervenção sobre a vida e a natureza (KOERICH; MACHADO; COSTA, 2005; NUNES, 2008).

A bioética, campo salutar da 'ética aplicada', preocupa-se com o uso correto das novas tecnologias na área das ciências médicas e da solução adequada dos dilemas morais por elas apresentados (CLOTET, 2003), possibilitando a aplicação dos princípios éticos aos problemas relativos à prática médico-assistencial (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002). Dessa forma, busca

entender e resolver os conflitos morais existentes e com implicações de práticas no âmbito do viver e da saúde, respeitando sempre os valores de uma sociedade democrática e secular (FREITAS; SCHRAMM, 2013).

Mediante essas implicações, a bioética se apropria de conflitos e dilemas morais existentes nas relações humanas, entendendo o ser humano como indivíduo possuidor de competência cognitiva e moral, capaz de atuar de forma livre e ser responsabilizado pelos seus atos. Portanto, são essas ações que podem ter, ou não, efeitos significativamente irreversíveis sobre outros humanos. E essas ações, muitas vezes, estão imbuídas de interesses ou de valores que irão refletir em conflitos entre os envolvidos (SCHRAMM, 2007).

A investigação biomédica requer uma reflexão orientada pela ética, na medida em que a bioética, enquanto nova ciência, combina características como humildade, responsabilidade, competência interdisciplinar e intercultural, além de potencializar o senso de humanidade (WITTMANN-VIEIRA; GOLDIM, 2012). A dignidade do ser humano se edifica, possibilitando suscitar outros princípios que corroboram as tomadas de decisões, intervenções e as relações interpessoais de todos os seguimentos e pessoas envolvidas de forma inequívoca (NUNES, 2008).

Para tanto, entre as várias tendências existentes na bioética, pode-se destacar a bioética principialista proposta por Beauchamp e Childress (2002), que estenderam a preocupação dos seres humanos participantes das pesquisas para a área clínico-assistencial, aplicando a ela o 'sistema de princípios', como a beneficência, a não maleficência, a autonomia e a justiça. Esses princípios, por sua vez, proporcionaram uma nova forma de dialogar com os profissionais da área da saúde.

O princípio da beneficência requer que sejam atendidos os interesses importantes e legítimos dos indivíduos e que, na medida do possível, sejam evitados danos, através da

utilização de conhecimentos e habilidades técnicas para minimizar riscos e maximizar benefícios aos pacientes idosos. A não maleficência estabelece que qualquer intervenção profissional deve evitar ou minimizar riscos e danos, o que implica não fazer o mal, em qualquer hipótese. Esse é considerado por muitos o princípio fundamental da tradição hipocrática da ética médica, que preconiza: ‘cria o hábito de duas coisas: socorrer (ajudar) ou, ao menos, não causar danos’ (BEAUCHAMP; CHILDRESS 2002; CRIPPA *ET AL.*, 2015).

O respeito à autonomia também se configura como um dos princípios e refere-se à liberdade de ação. As pessoas autônomas são capazes de escolher e agir de acordo com seus próprios anseios, e o respeito a essa autonomia é indispensável, desde que não resulte em danos aos demais. A pessoa deve possuir razoável maturidade e consciência de suas escolhas (NUNES, 2008).

O princípio da justiça diz respeito à distribuição coerente e adequada de deveres e benefícios sociais, apoiando-se na equidade voltada à distribuição de benefícios da medicina ou da saúde em geral, salientando-se que situações idênticas devem ser tratadas igualmente, e as que não são iguais, de forma diferente (CLOTET, 2003).

Portanto, conhecer esses princípios é de grande relevância para estabelecer uma relação entre a bioética e os cuidados paliativos, frente à necessidade de utilizá-los para aprimorar a qualidade de vida de idosos que se encontram em condição de fim da vida.

## Cuidados paliativos ao idoso à luz da bioética principialista

A essência dos cuidados paliativos aporta-se para aliviar os sintomas, a dor, o sofrimento de pacientes com patologias graves ou em fase final da vida, buscando oferecer melhor qualidade de vida ao paciente, assim como

à sua família. Esses cuidados voltados aos idosos, um dos grupos populacionais mais fragilizados de nossa sociedade, exigem conhecimentos e ações pautadas em princípios bioéticos, os quais irão vislumbrar a busca do bem do outro, respeitando a dignidade individual e a humanidade presentes também no idoso em terminalidade de vida.

Os autores Pessini e Bertachin (2005) destacam os princípios fundamentais dos programas de cuidados paliativos publicados pela OMS, em 1986, e reafirmados em 2002, com os quais estabelecemos uma discussão frente à vertente principialista.

Inicia-se essa alusão ao princípio da beneficência, que outorga o dever de fazer o bem, de ajudar os outros a ganhar ou a ter o seu benefício, relacionado ao cuidado paliativo, que valoriza atingir e manter um nível ótimo de dor, com acesso a toda a medicação necessária.

Os cuidados paliativos não negam a biotecnologia, como muitos pensam, pois eles oferecem uma modalidade de tratamento altamente intervencionista, que utiliza, quando necessário, avançadas propostas da farmacologia para a efetividade do controle de sintomas, que constituem uma resposta ativa aos problemas decorrentes da doença prolongada, incurável e progressiva (BURLÁ; PY, 2014).

Estudo realizado por Crippa *et al.* (2015), ao verificarem a eficácia do uso de antibióticos em pacientes portadores de câncer, em unidades de cuidados paliativos, demonstrou que a utilização desses fármacos apresentou um melhor prognóstico, principalmente, em pacientes com infecções no trato urinário, assim como a importância do uso de sedativos para alívio das dores. Contudo, é importante destacar que os profissionais precisam estar cientes das limitações do uso desses medicamentos e de que a participação dos profissionais de saúde deve oferecer a esses idosos, de forma significativa, ferramentas que amenizem sintomas, como náuseas, vômitos, depressão e outros sofrimentos,



promovendo um cuidado mais humanizado.

Entretanto, o processo de tomada de decisões com relação ao tratamento de idosos em estado terminal pode ser complexo. O que se deve buscar é a defesa do princípio da beneficência, em que o bem do paciente prevaleça, e que, dessa forma, possibilite-se uma melhora na qualidade de vida dessas pessoas.

A não maleficência é outra vertente a ser analisada frente aos princípios fundamentais da OMS, pois ela está fundamentada em não fazer o mal, não causar dano. Reforçando o já descrito, não apressam nem adiam a morte.

Desse modo, os cuidados paliativos não buscam abreviar a vida, assim como as novas tecnologias não devem prolongar a vida de forma não natural, levando o paciente a procedimentos/tratamentos muitas vezes considerados fúteis e onerosos, a exemplo das admissões muito prolongadas em unidades fechadas, que submetem o idoso à rotina de procedimentos invasivos, como uso de sondas, excessivas coletas de sangue, entre outros. Isso causa sofrimentos por vezes evitáveis, que podem se tornar maléficis na ausência da vontade do paciente idoso e que se opõem à premissa de assegurar uma melhor qualidade de vida, que prevê um final de vida natural, por meio de conforto físico, emocional e espiritual (PESSINI; BERTACHIN, 2005; NUNES, 2008).

A OMS propõe a oferta de um sistema de apoio para ajudar os pacientes a viver ativamente até o momento de sua morte, enquadrando-se, dessa forma, no princípio da autonomia, visto que os cuidados paliativos asseguram condições que capacitam e encorajam os pacientes idosos a levar o fim da vida de forma útil, produtiva e plena, sendo garantido a ele o bem-estar físico, mental e espiritual (PESSINI; BERTACHIN, 2005).

Para Tavares, Pires e Simões (2011), é importante permitir que o próprio paciente escolha o que deve ser feito com relação ao seu tratamento e que não haja nenhum tipo de manipulação ou influência que reduza a

sua liberdade de decisão. Do mesmo modo, Crippa (2015) ressalta a importância de respeitar as suas aspirações, segundo o seu plano de vida e suas crenças particulares, muito presentes na vida dos idosos.

Outro princípio a ser destacado é o da justiça, que se reflete nos cuidados paliativos aplicáveis ao estágio inicial da doença, concomitantemente, com as modificações dessas terapias que prolongam a vida (WHO, 2014). Essa reflexão se faz necessária e pertinente em meio à necessidade de oferecimento desses cuidados a pacientes com morte iminente, visto que, no tocante aos cuidados de saúde, a justiça determina que se proporcione equitativamente benefícios, levando à tomada de decisões prudentes. Para tanto, torna-se inevitável o reconhecimento das diferenças de cada paciente e a adequação dos cuidados às suas necessidades, que, de forma equitativa, irá oferecer mais atenção àqueles que mais necessitam.

Entretanto, muitos profissionais da saúde se deparam com esses dilemas éticos e buscam respostas com base na autonomia, na justiça e no respeito à dignidade, salvaguardando a dimensão humana das relações e o respeito às necessidades impostas a cada ser. Igualmente, tentam, mesmo diante de grandes dificuldades, melhorar a qualidade do cuidado e humanizar suas relações implícitas, enfrentadas no dia a dia, frente à realidade de saúde dos idosos em nosso país (ALMEIDA; AGUIAR, 2011).

## Considerações finais

A longevidade humana traz consigo implicações, especialmente sociais e de saúde, que merecem a atenção dos profissionais a quem competem, pois impõem demandas de cuidados, a partir de um dado momento, tidos como paliativos, ou seja, aqueles capazes de oferecer o cuidado básico de que o ser humano necessita. Em decorrência dessa longevidade crescente, aumenta, também,

a necessidade de melhorar o acesso ao cuidado paliativo por essa população, procurando oferecer, desse modo, dignidade e qualidade de vida à vida que se despede.

O oferecimento de cuidados paliativos aos idosos em situação de terminalidade de vida tem relação estreita com os princípios da bioética: a beneficência, a não maleficência, a autonomia e a justiça, pois as demandas que permeiam esses cuidados a pacientes idosos, fora de possibilidades terapêuticas, exigem do profissional uma atenção refinada, sensível e humanizada.

As ações de cuidados paliativos a pacientes idosos, à luz da bioética, ainda são muito incipientes, o que, sobremaneira, aponta para a necessidade de incorporação de um

olhar reflexivo sobre essas ações frente aos princípios da bioética principialista. Entre os inúmeros problemas que afetam a saúde integral ao idoso, há de se destacar uma dimensão moral, tendo em vista uma dívida sócio-histórica de pouco investimento por parte do Estado e uma incipiente formação de recursos humanos em saúde para o atendimento à população idosa.

Assim, urge a necessidade de mudanças e inovações na implementação dos cuidados paliativos voltados ao idoso, com maior efetividade e que garanta, através dos benefícios advindos da biotecnologia, a preservação da dignidade humana e uma melhor qualidade de vida, estando esta sempre atrelada aos princípios da bioética. ■

## Referências

ALMEIDA, A. B.; AGUIAR, M. G. O cuidado do enfermeiro ao idoso hospitalizado: uma abordagem bioética. *Revista bioética*, Brasília, DF, v. 19, n. 1, p. 197-217, 2011.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. *Princípios de ética biomédica*. 4. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

BURLÁ, C.; PY, L. Cuidados paliativos: ciência e proteção ao fim da vida. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 6, p.1-3, jun. 2014.

CLOTET, J. A. *Bioética: uma aproximação*. Porto Alegre: EDIPUCRS, v. 33, 2003.

CRIPPA, A. *et al.* Aspectos bioéticos nas publicações sobre cuidados paliativos em idosos: análise crítica. *Revista Bioética*, Brasília, DF, v. 23 n. 1, p. 149-160, 2015.

FRATEZI, F. R.; GUTIERREZ, B. A. O. Cuidador familiar do idoso em cuidados paliativos: o processo de morrer no domicílio. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.16, n. 7, p. 3241-3248, 2011.

FREITAS, E. E. C.; SCHRAMM, F. R. Argumentos morais sobre inclusão/exclusão de idosos na atenção à saúde. *Revista Bioética*, Brasília, DF, v. 21, n. 2, p. 318-327, 2013.

GARDINER, C. *et al.* Barrier stop providing palliative

care for older people in acute hospitals. *Age and Ageing*, Oxford, Inglaterra, v. 40, p. 233-238, 2011.

GUTIERREZ, B. A. O.; BARROS, T. C. O despertar das competências profissionais de acompanhantes de idosos em cuidados paliativos. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, v. 15, n. 4, p. 239-258, ago. 2012.

KOERICH, M. S.; MACHADO, R. R.; COSTA, E. Ética e bioética: para dar início à reflexão. *Texto & Contexto – Enfermagem*, v. 14, n. 22, p. 106-110, jan./mar. 2005.

NUNES, L. Ética em cuidados paliativos: limites ao investimento curativo. *Revista Bioética*, Brasília, DF, v. 16, n. 1, p. 41-50, 2008.

OLIVEIRA, R. A.; CARVALHO, R. T. Bioética: refletindo sobre os cuidados. In: OLIVEIRA, R. A. *Cuidado Paliativo*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. *O Mundo da Saúde*, São Camilo, ES, v. 29 n. 4, p. 491-509, 2005.

SCHRAMM, F. R. Aspectos filosóficos e bioéticos da não-ressuscitação em medicina paliativa. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Brasília, DF, v. 53, n. 2, p. 241-244, 2007.

SILVEIRA, M. H. *et al.* Percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 7-16, 2014.

TAVARES, A. R.; PIRES, C. I.; SIMÕES, J. A. Autonomia do idoso: perspectiva ética, médica e legal. *Revista Portuguesa de Bioética*, Coimbra, Portugal, v. 15, p. 329-352, 2011.

VASQUES, T. C. S. *et al.* Percepções dos trabalhadores de enfermagem acerca dos cuidados paliativos. *Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia*, v. 15, n. 3, p. 772-779, jul./set. 2013.

WITTMANN-VIEIRA, R. W.; GOLDIM, J. R. Bioética e cuidados paliativos: tomada de decisões e qualidade de vida. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 25 n. 3, p. 334-339, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *World wide palliative care alliance*. Global atlas of palliative care at the end of life. January, 2014.

---

Recebido para publicação em outubro de 2015

Versão final em novembro de 2015

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

# O cuidado em saúde mental no Brasil: uma leitura a partir dos dispositivos de biopoder e biopolítica

*The mental health care in Brazil: a reading from the biopower and biopolitics devices*

Valquiria Farias Bezerra Barbosa<sup>1</sup>, Fernanda Martinhago<sup>2</sup>, Ângela Maria da Silva Hoepfner<sup>3</sup>, Patrícia Kozuchovski Daré<sup>4</sup>, Sandra Noemi Cucurullo de Caponi<sup>5</sup>

**RESUMO** O presente artigo objetiva problematizar o cuidado em saúde mental no Brasil à luz dos conceitos de biopoder e biopolítica, enunciados por Michel Foucault. A análise das práticas de cuidado instituídas no âmbito dos serviços que compõem a rede de atenção psicossocial no Brasil, através de artigos publicados em periódicos nacionais, revelou a transversalidade do cuidado em saúde mental com relação a estratégias disciplinares e de controle das populações, limitando as possibilidades de resgate da concepção de sujeito e subjetividade no processo de produção do cuidado às pessoas em sofrimento psíquico.

**PALAVRAS-CHAVE** Saúde mental; Padrão de cuidado; Desinstitucionalização.

**ABSTRACT** *This article aims to problematize the mental health care in Brazil in the light of the concepts of biopower and biopolitics, announced by Michel Foucault. The analysis of care practices imposed in the scope of the services that compose the psychosocial care network in Brazil, through articles published in national journals, revealed the mainstreaming of mental health care regarding disciplinary and control populations strategies, limiting the possibilities of rescue of the subject and subjectivity conception in the process of care production to people in psychological suffering.*

**KEYWORDS** *Mental health; Standard of care; Deinstitutionalization.*

<sup>1</sup> Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de Pernambuco (IFPE) - Pesqueira (PE), Brasil. [valquiria@pesqueira.ifpe.edu.br](mailto:valquiria@pesqueira.ifpe.edu.br)

<sup>2</sup> Universitat Rovira i Virgili (URV), Antropología y Comunicación - Cataluña, Espanha. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) - Florianópolis (SC), Brasil. [martinhagofemanda@gmail.com](mailto:martinhagofemanda@gmail.com)

<sup>3</sup> Secretaria Municipal de Saúde - Joinville, (SC), Brasil. [angelahoepfner@hotmail.com](mailto:angelahoepfner@hotmail.com)

<sup>4</sup> Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) - Florianópolis (SC), Brasil. [patriciadare@gmail.com](mailto:patriciadare@gmail.com)

<sup>5</sup> Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) - Florianópolis (SC), Brasil. [sandracaponi@gmail.com](mailto:sandracaponi@gmail.com)

## Introdução

A reorientação do modelo de atenção à saúde mental no Brasil proporcionou notáveis avanços na organização e na concepção dos serviços. No entanto, as resistências de superação do modelo biomédico, no âmbito dos processos de cuidado, mais especificamente, nos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) têm sido amplamente debatidas.

Esse contexto exige dos profissionais de saúde, que desenvolvem sua atuação técnica e seu protagonismo social em serviços de saúde mental uma aguçada vigilância epistêmica, num constante processo de ação-reflexão-ação, no sentido de evitar a persistência do antigo modelo de poder psiquiátrico, pré-moderno e pré-capitalista, resíduo das práticas norteadas pelo poder soberano (CAPONI, 2012).

É nessa perspectiva que o presente artigo tem como objetivo tecer uma reflexão teórica sobre os aspectos limitantes dos processos de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico no âmbito dos serviços de saúde mental brasileiros, à luz dos conceitos de biopoder e biopolítica enunciados por Michel Foucault. Inicialmente faz-se uma incursão sobre a história do hospital, para compreender de que forma os manicômios tornaram-se o dispositivo central de medicalização da loucura. Na sequência, problematizam-se as condições que possibilitam ou não a consolidação do modo de atenção psicossocial no Brasil, à luz do dispositivo de segurança e da biopolítica das populações, articulando os textos clássicos em que Michel Foucault discute biopolítica e poder psiquiátrico. São também apresentados alguns autores contemporâneos que recorrem ao autor para ampliar as discussões sobre diferentes aspectos relacionados ao cuidado em saúde mental.

## A institucionalização da loucura

A institucionalização dos loucos teve início

na idade média a partir de um movimento de exclusão social. A chamada ‘Nau dos Loucos’ é um exemplo dessa exclusão. Pessoas consideradas ‘loucas’ eram colocadas nos porões dos barcos e lançadas ao mar durante as travessias transoceânicas.

A internação é uma criação institucional própria ao século XVII. [...] Como medida econômica e precaução social ela tem valor de invenção. (FOUCAULT, 2008A, P. 78).

Os hospitais existentes desde a idade média, não eram voltados para a cura, e a prática médica não fazia parte das intervenções realizadas nestas instituições. Hospitais eram destinados apenas a acolher os desabrigados, pobres e doentes, como uma instituição de caridade que prestava assistência material e religiosa e que, por consequência, contribuía para evitar a disseminação das doenças, protegendo a população. O hospital era o lugar para se receber os últimos cuidados e o último sacramento, um morredouro. No entanto, as precárias condições de higiene e a inexistência de medidas de assepsia, fizeram dos hospitais foco constante de desordem, devido às doenças que se proliferavam em seu ambiente, assim como nas cidades (FOUCAULT, 2011).

Entre os séculos XVII e XVIII, o ocidente vivenciou a transição entre duas formas de poder: o poder soberano e o biopoder. Isso quer dizer que os fenômenos próprios da vida humana entraram na ordem do saber e do poder, no campo das técnicas políticas, assumindo duas formas imbricadas de poder: i) o adestramento dos corpos como máquinas, ampliando suas aptidões para a força de trabalho, extorquindo suas forças, acentuando sua utilidade e docilidade, pela integração em sistemas de controle eficazes e econômicos, assegurado por procedimentos de poder disciplinares; ii) a biopolítica das populações, admitindo-se uma série de intervenções e controles reguladores no corpo-espécie, no corpo transpassado pela

mecânica do ser vivo e como suporte de processos biológicos (FOUCAULT, 1994).

Assim, na sociedade disciplinar, as instituições modernas – como a prisão, a escola, as fábricas e o hospital – passaram a ser o locus do adestramento dos corpos com vistas a potencializar suas forças e aumentar sua eficiência, sendo que, nesse contexto, mais precisamente em torno de 1780, o hospital passou a ser uma espécie de instrumento terapêutico, propiciando o surgimento de uma nova proposta de trabalho: a prática da visita e da observação sistemática e comparada, com o objetivo de cura. Nesse processo, a necessidade de reorganização hospitalar ganhou legitimidade uma vez que o direito à cidadania, reivindicado no contexto da Revolução Francesa, exigia que se regularizasse a situação dos enclausurados. Surge, então, “um novo olhar sobre o hospital considerado como máquina de curar e que, se produz efeitos patológicos, deve ser corrigido” (FOUCAULT, 2011, p. 101).

As práticas de reorganização hospitalar por meio da disciplina – técnica de exercício de poder – passaram a ser confiadas ao médico, o que conseqüentemente contribuiu para a transformação do saber e do exercício da medicina. Para Foucault (2011), a disciplina caracterizava-se, naquela época, como uma arte de distribuição espacial dos indivíduos; uma técnica de poder que implicava uma vigilância constante e permanente, assim como um registro contínuo de informações sobre o indivíduo; “poder de individualização que tem o exame como instrumento fundamental” (FOUCAULT, 2011, p. 106-107).

Desta forma, o médico tornou-se o responsável pela organização hospitalar que, por sua vez, tornou-se um laboratório de pesquisas, espaço de exames, tratamento, ensino-aprendizagem da medicina e saber sobre as doenças. A instituição que era filantrópica passou a ter um novo caráter: o de hospital médico. Em decorrência destas transformações nascem os primeiros hospitais psiquiátricos cujo princípio para o

tratamento dos doentes mentais passou a ser a hospitalização integral – o isolamento (FOUCAULT, 2011). A exclusão ocorre através da internação, que é o que caracteriza a institucionalização.

O contexto político e histórico de emergência da psiquiatria enquanto ciência médica foi o da sociedade disciplinar do século XVIII. Em 1809, Philip Pinel escreveu seu *‘Traité Médico-Philosophique sur l’Aliénation Mentale’*, obra que serviria de referência para os alienistas e psiquiatras dos séculos XIX e parte do século XX. Estabeleceu as bases para um novo projeto de saber bem como as estratégias de intervenção para a psiquiatria clássica, ciência e prática médica por ele fundada. Pinel fundou as premissas do ‘tratamento moral’, isto é, as estratégias disciplinares desenvolvidas no interior do asilo psiquiátrico, tais como as duchas, o cárcere, o isolamento e a camisa de força, como forma de normalizar os doentes e permitir a dominação das paixões e a recuperação da razão (CAPONI, 2012).

Quando Pinel libertou os loucos, realizou a denominada primeira reforma do tratamento da loucura, utilizando o mesmo discurso moral que ainda hoje é possível observar nas várias práticas terapêuticas (CASTEL, 1991).

Só foi possível para Pinel reconhecer a existência da loucura e propor o tratamento moral, devido ao fato de que para ele “em toda loucura permanece sempre um resto de razão” (PINEL, 1809 APUD CAPONI, 2012, p. 41).

Desde a Idade Média, com a fundação dos primeiros hospitais nos monastérios, as práticas de cuidado deixaram a privacidade dos domicílios para serem exercidas também no espaço público. Os cuidados foram institucionalizados por sua vinculação a uma instituição pavimentada por relações disciplinares de hierarquização vertical. A partir do século XVIII, com a institucionalização da loucura, os cuidados passaram a exercer uma função disciplinar (FOUCAULT, 2011).

No entanto, ressoava nessa época a questão de que a psiquiatria fosse uma medicina na qual o corpo estaria ausente, uma vez que os corpos neurológicos e anatomopatológicos lhe fogem (CAPONI, 2012). Os diagnósticos psiquiátricos buscavam, então, sustentação em três elementos: os interrogatórios, a hipnose e as drogas. Por essa razão, Foucault (2006) fala de um diagnóstico absoluto da psiquiatria em oposição ao diagnóstico diferencial da medicina clínica, de um ‘corpo ampliado’ como base para a constituição do saber-poder da psiquiatria com relação à loucura.

A psiquiatria se transformou em uma estratégia biopolítica que percorre o espaço social. O campo de ação dessa ‘psiquiatria ampliada’ refere-se, fundamentalmente, às populações. O conceito de degeneração, instaurado a partir do século XIX, marcadamente por influência de Morel (1857 APUD CAPONI, 2012), entre outros expoentes da teoria degeneracionista, como Cabanis e Magnan, embora transvertido por denominações modernas, afirmou-se como uma premissa da psiquiatria moderna kraepeliniana e neo-kraepeliniana.

Para Caponi (2012), a nova variedade classificatória de doenças e anomalias permitiu a proliferação de um conjunto de doenças relacionadas a comportamentos e à instituição de uma medicina do não patológico, uma vez que os degeneracionistas defendiam que a hereditariedade (herança mórbida) era o veículo de transmissão progressiva de toda forma de degeneração adquirida.

Entre as certezas da psiquiatria moderna, legitimadas pela teoria da degeneração podemos enumerar como características que ainda hoje persistem:

[...] o caráter hereditário [...], a impossibilidade de cura [...], a origem biológica e a localização cerebral dos transtornos psiquiátricos; a introdução do discurso sobre a prevenção e o risco no âmbito da saúde mental. (CAPONI,

2012, P. 175).

Embora as intervenções preventivas direcionadas ao tecido social, com o objetivo de antecipar e prevenir os desvios de comportamento e patologias cerebrais, fossem apreoadas pela psiquiatria moderna, não houve avanços em termos de novas terapêuticas substitutivas ao hospital psiquiátrico, posto que, como não se acreditava na cura das doenças mentais, o isolamento terapêutico continuava tendo sua legitimidade (CAPONI, 2012).

Some-se a isso a compreensão biologicista dos degeneracionistas sobre as doenças mentais, que as reduz à unicidade das causas orgânicas, restringindo a compreensão do sofrimento psíquico dos pacientes, desprezando seus relatos e a escuta terapêutica. Em outras palavras, tudo que diz respeito às questões subjetivas dos sofrimentos humanos foi considerado sem utilidade para a elaboração do diagnóstico e substituído pelas novas classificações nosológicas (CAPONI, 2012, P. 160). O mote passou a ser “conhecer para classificar” em detrimento do “conhecer para cuidar”.

Ao longo dos séculos XIX e XX, paralelamente ao desenvolvimento das instituições no modo capitalista de produção, entre as quais, na área de saúde, o hospital tem lugar central, ocorreu a consolidação do modelo asilar como hegemônico na psiquiatria. Esse modelo caracterizou-se pela ênfase nas determinações orgânicas das doenças mentais; pela negação da existência de um sujeito; pela dissociação entre o indivíduo doente, seu sofrimento e seus contextos social e cultural, fato que resultou na anulação do sujeito como participante do tratamento – eminentemente medicamentoso e dirigido ao organismo doente (AMARANTE, 2007).

Ao final da II Guerra Mundial, as condições de ausência de dignidade humana oferecidas aos pacientes psiquiátricos nos hospícios despertaram preocupações com

relação à impotência terapêutica da psiquiatria, evidenciada pelos altos índices de cronificação das doenças mentais e de incapacitação social, o que ocasionou o surgimento de movimentos de contestação do saber e das práticas psiquiátricas no cenário mundial, na tentativa de redimensionar seu campo teórico-assistencial (AMARANTE, 2007).

A história das reformas psiquiátricas aponta para um cenário de tentativas de reformulação dos modelos adotados pela psiquiatria clássica: i) a psicoterapia institucional e as comunidades terapêuticas investiram em reformas restritas ao âmbito asilar; ii) a psiquiatria de setor e a psiquiatria preventiva representaram um nível de superação das reformas referidas ao espaço asilar; iii) a antipsiquiatria e a psiquiatria democrática italiana, por sua vez, instauraram rupturas com os movimentos anteriores, colocando em questão o próprio dispositivo médico-psiquiátrico e as instituições e os dispositivos terapêuticos a ele relacionados (AMARANTE, 2007).

Essas tentativas de reformas psiquiátricas foram fundamentais no processo de fomento à crítica ao modelo asilar e à psiquiatria. Diante deste panorama, a Reforma Psiquiátrica Brasileira teve como principal influência a experiência de Franco Basaglia e colaboradores de rompimento com o sistema asilar institucional e a psiquiatria tradicional, fato que culminou na Reforma Psiquiátrica Italiana. Nesse processo, desde a década de 1970, vêm-se discutindo as práticas centradas no modelo hospitalocêntrico e a implantação de modelos substitutivos no Brasil, sob fortes debates, buscando gradativamente promover a superação do modelo asilar, pois a saúde “não é a medrosa luta contra a ‘doença’ ou o ‘desvio’, mas produção de vida, arte de (de)subjetivação, potência do encontro” (LANCETTI, 2008, p. 11).

## Reflexões sobre o processo

## de cuidado em saúde mental à luz dos conceitos de biopoder e biopolítica em Michel Foucault

Os processos de desospitalização e desinstitucionalização que se desenvolveram a partir desse período produziram um deslocamento do encarregar-se das populações mediante o isolamento ‘terapêutico’ em instituições totais, nas quais a internação poderia perdurar por toda a vida, para uma nova noção de continuidade mediante o tratamento comunitário. Produziu-se uma relação espaço-temporal descontínua, expandindo-se a proteção da saúde mental para o espaço social, a fim de assegurar a totalidade das intervenções sobre uma pessoa, desde a prevenção até a pós-cura (CASTEL, 1987). O locus de atuação do psiquiatra não estaria mais situado no hospício, mas na cidade, no território (BONNAFÉ 1960 APUD CASTEL, 1987).

Esse movimento deixou-nos como legado a possibilidade de ressignificação social da loucura, mas, sobretudo, nos apresentou o desafio de rever os paradigmas que até então deram base às práticas assistenciais no campo da psiquiatria. Foi a partir desse contexto que cada campo científico, seja o da saúde, seja o das ciências sociais precisou investir esforços na produção de novas formas de enfrentar as questões relativas ao sofrimento psíquico, de modo a atender às novas concepções introduzidas pelas políticas de saúde mental. Não obstante, Amarante (2007) faz pensar que, ao mesmo tempo em que se configurou a possibilidade de estabelecer um paradigma radicalmente novo, é também verdade que por muitas vezes houve transposições mecânicas que não transcenderam a essência do modelo asilar, mesmo que sob novas fisionomias.

Nessa perspectiva de contradições e disputas inscritas num contexto social e do saber em estruturação, passou a ser proposta a problematização do processo de cuidado às



peças em sofrimento psíquico na rede de serviços substitutivos brasileira no sentido de avançar em busca de sua mais ampla compreensão, a partir da identificação de seus aspectos limitantes e potencializadores.

Para o alcance desse objetivo selecionamos seis artigos publicados em periódicos nacionais, que discutem a prática cotidiana da atenção psicossocial nos dispositivos prioritários da rede de atenção psicossocial brasileira. Uma vez que se trata de uma análise ancorada em referencial teórico foucaultiano, a intenção foi atender à recomendação do autor de nunca perder de vista a referência a um exemplo concreto que sirva de campo para a análise, de modo a elaborar reflexões históricas, teóricas e conceituais que permitam compreender esses exemplos referidos a nosso presente.

O estudo de Tavares *et al.* (2003) com a equipe multiprofissional de um Caps da cidade de Niterói, Rio de Janeiro, identificou que, entre as tecnologias de cuidar desenvolvidas no Caps, as que ocorriam com maior frequência eram “atividades que indicam que a prática de cuidar ainda é influenciada pelo modelo tradicional de atendimento” (TAVARES *ET AL.*, 2003, P. 345). O autor conclui que, embora exista uma mudança na relação dos usuários com o serviço, fazendo-os sair de uma posição passiva para uma condição mais ativa, as atividades desenvolvidas no Caps priorizam a medicalização e o atendimento individual, em detrimento da oferta de tecnologias geradoras de maior autonomia do usuário (TAVARES *ET AL.*, 2003).

Em outra investigação realizada no município de São Carlos, São Paulo, sobre as práticas de inclusão social dos serviços substitutivos em saúde mental, Leão e Barros (2008) identificaram algumas dificuldades desses serviços no que se refere à reabilitação psicossocial, por ainda centralizarem as ações em atendimentos clínicos e ambulatoriais e, em menor, proporção nas práticas de reinserção social. Os autores sinalizaram que embora alguns conceitos e afirmações

em torno da doença mental estivessem de acordo com a proposição do novo modelo de atenção psicossocial, também foram desveladas nas frases temáticas muitas concepções representativas do modo tradicional psiquiátrico (LEÃO; BARROS, 2008).

Ambos os estudos estão em concordância com a pesquisa realizada por Martins e Amarante (2008) num Caps do município do Rio de Janeiro, que objetivou verificar a forma como se organiza o cotidiano desse serviço e as possibilidades de suas ações, tanto no seu interior quanto com relação ao território. Os autores observaram que a temática da atuação territorial era pouco presente nas discussões dos técnicos e no cotidiano do serviço. Para os autores isso seria decorrente de uma dinâmica institucional na qual as atividades encontravam-se centradas na clínica tradicional. Os profissionais não estavam envolvidos o suficiente para promover a participação da equipe nos contextos vivenciados cotidianamente pelos usuários, assim como não havia mobilização de pessoas para a articulação de redes sociais, responsabilidades e potenciais de ação (MARTINS; AMARANTE, 2008).

Desta forma, estes autores sugerem que o Caps se coloca como um serviço que convive com o manicômio e o realimenta. É justamente essa discussão política e estratégica da relação com o território que se encontra ainda pouco presente no entendimento do papel do Caps, que se posiciona como intermediário na relação com o hospital psiquiátrico, pois

da arquitetura hospitalar, que exerce seu poder de controle e de formação de corpos dóceis pela anulação das possibilidades de existência própria, ao espaço aberto do território, o tema ainda é a convivência com um poder invisível e onipresente, e a ampliação da capacidade de singularização de pessoas e de grupos. (MARTINS; AMARANTE, 2008, P. 106).

Na mesma direção, Yasui e Costa-Rosa (2008) fazem uma reflexão sobre os desafios

cotidianos das instituições de saúde mental que buscam implantar o novo modelo assistencial, apesar de se depararem com práticas hegemônicas do paradigma que tentam superar. Para eles esse tipo de organização da assistência hierarquizada, não é capaz de produzir

qualquer impacto na lógica hospitalocêntrica; pelo contrário, produziram um aumento na demanda de internações ao ampliar o acesso da população às consultas psiquiátricas. (YASUI; COSTA-ROSA, 2008, P. 31).

Seguem afirmando que a divisão social do trabalho no campo da saúde gera uma hierarquização das relações, na qual o saber médico persiste em imperar sobre outros saberes, que cumprem um papel secundário, o que reproduz a divisão típica do modo capitalista de produção. A consulta do psiquiatra continua a ser tomada como a atividade prioritária e essencial, fato esse que gera uma agenda exagerada, atendimentos de curta duração visando à produtividade, medida pelo número de consultas médicas realizadas. Além disto, a consulta ou as atividades com outros profissionais da equipe reproduzem modelos tradicionais de atendimento, a exemplo do psicólogo que repete o modelo da prática liberal típica, geralmente, atendendo individualmente, o que gera uma longa lista de espera, assim como, as atividades em grupos de orientação, coordenados pela enfermeira ou pela assistente social, com conotação apenas pedagógica, o que negligencia na maior parte das vezes as demandas subjetivas específicas dos sujeitos (YASUI; COSTA-ROSA, 2008).

As práticas tradicionais dos profissionais de saúde têm se delineado em detrimento de outras formas de cuidado compatíveis com o paradigma da desinstitucionalização, tais como o estímulo à constituição de redes de cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico no território que fortaleçam alianças de solidariedade entre os sujeitos, as famílias e

a comunidade (YASUI; COSTA-ROSA, 2008).

No Caps Arthur Bispo do Rosário, localizado no Complexo Juliano Moreira na cidade do Rio de Janeiro, foi realizada uma pesquisa com os profissionais, cujo objetivo foi compreender a transição entre os modelos assistenciais por meio dos sentidos, do imaginário e das experiências de prazer e sofrimento presentes na realização do trabalho em saúde mental. Os profissionais sentem-se sobrecarregados ante o desafio de transformar as práticas em saúde mental. A falta de investimento profissional, com as restrições de recursos agrava as vivências de sofrimento, constituindo-se em mais um obstáculo para a mudança das práticas, uma vez que a precariedade das condições de trabalho permanece (VASCONCELLOS; AZEVEDO, 2010). Nesse sentido, pode-se afirmar que há ainda uma grande ineficiência nos modos de gestão dos serviços de saúde, o que denota uma dissociação entre políticas de governo e políticas públicas.

Numa abordagem apresentada por Coelho Sampaio *et al.* (2011) sobre o trabalho em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica no estado do Ceará, é possível refletir sobre as transformações ocorridas na organização dos processos de trabalho, em decorrência dos avanços referentes à implantação dos serviços substitutivos ao modelo psiquiátrico clássico e à reconfiguração do objeto de intervenção e das práticas. O autor chama atenção para as contradições identificadas no funcionamento dos Caps, evidenciadas por dissonâncias entre as diretrizes da política de saúde mental e a operacionalidade dos serviços, apontadas pelos trabalhadores.

Entre os diversos problemas que têm limitado a resolutividade dos Caps foram mencionados:

a ausência de uma rede de saúde mental estruturada e devidamente articulada com as demais redes assistenciais, [...] a dificuldade de contenção de crises [...]. (COELHO SAMPAIO

ET AL., 2011, P. 4691)

resultando em reinternações psiquiátricas; conflitos entre as dimensões da autonomia do sujeito, da tutela e do assistencialismo das políticas de assistência social; entre o modelo de formação e a atuação na atenção psicossocial; dificuldade na gestão do território e na gestão dos projetos terapêuticos individuais e coletivos; e terapêutica predominantemente centrada na erradicação de sintomas mediante a prescrição massificada de drogas.

A pesquisa realizada por Severo e Dimenstein (2011) em um Ambulatório de Saúde Mental (ASM) de um município nordestino, destinado a receber usuários egressos dos Caps II e sua articulação com a rede de serviços do Sistema Único de Saúde identificou que,

a grande demanda por consultas e psicotrópicos, bem como a preocupação com a desassistência em psiquiatria por parte dos técnicos e usuários quando se fala em alta, indica a predominância do modelo médico no ASM. (SEVERO; DIMENSTEIN, 2011, P. 647).

Frente a isso, sugerem que é necessária uma grande reflexão sobre o assunto, pois a partir desse contexto, de produção de novas estratégias de acolhimento e cuidado, os dispositivos precisam ser constantemente revistos (SEVERO; DIMENSTEIN, 2011).

Na pesquisa de Martinhago e Oliveira (2012) sobre a percepção dos profissionais com relação à sua prática nos Caps II do estado de Santa Catarina, os autores identificaram que, em situações de crise, a prática predominante adotada segue o modelo clássico da psiquiatria, centrado no controle dos sintomas, vinculado ao controle do sujeito, tendo como principais práticas a contenção, a medicação e, principalmente, a internação em hospitais. Concluem que os Caps são induzidos, de acordo com a realidade que vivenciam,

a trabalharem no limiar da institucionalização, uma vez que os usuários não têm o suporte necessário para uma progressão no processo de aquisição de mais autonomia fora das instituições. (MARTINHAGO; OLIVEIRA, 2012, P. 593).

Todas essas questões confirmam o que foi referido anteriormente por Amarante (2007), segundo o qual, apesar do advento de um paradigma radicalmente novo, é possível identificar a persistência de práticas vinculadas ao modelo asilar nos serviços substitutivos em saúde mental.

Evidencia-se no campo empírico dessas pesquisas, representativo do dispositivo de saúde mental brasileiro, as formas de biopoder e biopolítica materializadas no contexto atual de nossas práticas, a saber, a medicalização dos sofrimentos cotidianos, a reprodução de práticas clínicas disciplinares remanescentes do modelo biomédico hospitalocêntrico, a compreensão do território apenas quanto à sua abrangência geográfica, a verticalidade das relações profissionais e a concepção biologicista do processo saúde-adoecimento mental.

Configura-se o que Lancetti (2008, P. 47) denominou como “Caps burocrático” visto que os profissionais procuram adaptar os usuários às especialidades, aos modelos terapêuticos já vivenciados. Os usuários é que precisam se adaptar aos serviços oferecidos, não havendo uma preocupação em buscar novas estratégias clínicas.

Tal linha de ação foi criando uma corrente tecnocrata e burocrática: os Caps envelhecem prematuramente, segmentarizam-se, sua vida torna-se cinzenta, infantilizada e os profissionais, regidos pelas dificuldades, se enclausuram em diversas formas de corporativismo. (LANCETTI, 2008, P. 47).

Quanto a essa questão, das condições de possibilidade e impossibilidade da consolidação do modo de atenção psicossocial no

Brasil, as categorias de biopoder e biopolítica das populações, enunciadas por Foucault em ‘Segurança, Território e População’ (2008B), oferecem perspectivas elucidativas quanto aos processos de cuidado, tendo em vista a acepção de que as práticas de cuidado possuem um atributo relacional e, portanto, inscrevem-se num contexto de relações de poder.

Para que sejam empreendidas as análises, no âmbito deste artigo, é preciso lembrar que o poder, para Foucault, refere-se a um conjunto de mecanismos ou procedimentos

que tem como papel ou função e tema manter – mesmo que não o consigam – justamente o poder. É um conjunto de procedimentos [...], parte intrínseca de todas as relações, são circularmente o efeito e causa delas [...]. (FOUCAULT, 2008B, P. 4).

Os conceitos de biopoder e biopolítica estão vinculados a uma forma de governamentalidade que se estabeleceu nas sociedades ocidentais entre os séculos XVII e XVIII, quando se deu a transição entre o poder soberano e o biopoder, como já apresentado no início deste trabalho. Enquanto as tecnologias disciplinares estiveram essencialmente centradas nos corpos individuais, a partir da metade do século XVII, a biopolítica passou a se dirigir ao corpo-espécie, ao conjunto da população afetada pelos fenômenos da vida. As técnicas disciplinares não se extinguíram, ao contrário, passaram a compor as novas tecnologias da vida, uma vez que a biopolítica tinha como foco os fenômenos relacionados à natalidade, à morbidade e à mortalidade possibilitando a formatação de uma medicina que teria por função a higiene e a saúde públicas (FOUCAULT, 1994).

As análises de séries estatísticas tiveram papel preponderante nesse processo, pois possibilitaram cálculos, previsões, estimativas e, conseqüentemente, políticas direcionadas ao conjunto da população, embora necessariamente articuladas com as formas

disciplinares (CAPONI, 2012).

Nesse contexto, o preventivismo representou um projeto de medicalização da ordem social, expandindo os preceitos médico-psiquiátricos para o campo das normas e dos princípios sociais; uma atualização e uma metamorfose do dispositivo de controle e disciplinamento social, estabelecendo um continuum entre a política de confinamento dos loucos e a moderna promoção da saúde mental; um novo modelo de gestão dos homens (CASTEL, 1991).

Nessa transição de um modelo de cuidados institucionalizado para um modelo comunitário de cuidados em saúde mental, outros elementos e atores passaram a operar de forma a permitir que se pudesse lograr êxito, tais como a família, a comunidade e uma rede de instituições implicadas.

Se os estudos de Michel Foucault são enunciativos de que o cuidado está implicado nesse processo como um componente das estratégias disciplinares e biopolíticas no âmbito da psiquiatria, que se dirigem às populações na profilaxia de processos degenerativos psíquicos, é preciso que questionemos o estatuto do cuidado nesse novo modelo de atenção comunitária em saúde mental.

Sobre a coexistência dos dispositivos legal, disciplinar e de segurança, Foucault (2008B) analisa que não há uma série na qual os mecanismos jurídico-legais (código legal com divisão binária entre o permitido e o proibido), os mecanismos disciplinares (mecanismos de vigilância e de correção) e os mecanismos de segurança (dispositivo que insere um fato numa série de acontecimentos prováveis) vão se suceder de forma que um mecanismo apareça e faça seus predecessores desaparecerem. “Não há a era do legal, a era do disciplinar, a era da segurança” (FOUCAULT, 2008B, P. 106-107). Há, ao contrário, um sistema de correlação entre os três mecanismos anteriormente mencionados, de forma que o corpus disciplinar é amplamente ativado e fecundado pelo estabelecimento

de mecanismos de segurança. Por sua vez, ocorre uma verdadeira inflação do código jurídico-legal para fazer o sistema de segurança funcionar.

Os argumentos acima formulados levam-nos a questionar: quais posicionamentos pretendemos assumir sobre os processos de cuidado com o sujeito em sofrimento psíquico? O que de fato significa cuidar? Ficaremos afiliados às ideias reducionistas que limitam o campo dos sofrimentos psíquicos a causas orgânicas? Vamos restringir a compreensão dos relatos dos usuários e da escuta terapêutica a meras formalidades de uma consulta da clínica tradicional ou autorizamo-nos ao comprometimento com o cuidado integral dos sujeitos, numa clínica ampliada, considerando as causas orgânicas, mas não nos restringindo a elas?

Responder a essas questões não é tarefa fácil e para tentar encontrar algumas respostas pode ser de grande ajuda buscar subsídios na ética. O termo grego *Éthos* está relacionado à concepção moralizante, designando adesão às regras ou padrão de comportamento social. Refere-se ao sentido de clínica que nas práticas tradicionais em saúde tem uma conotação marcadamente assistencial, inerente ao uso médico do termo originário do adjetivo grego *klínikós*, segundo o qual alguém administraria seu saber para reabilitar alguém incapacitado de cuidar de si. Por sua vez, o termo *Éthos*, empregado pela cultura helênica em seus primórdios, significa morada, abrigo, refúgio, lugar onde somos autênticos e despidos de defesas, onde estamos protegidos, abrigados, e podemos receber o outro, no sentido que os seguidores de Epicuro deram à expressão grega *clinamen*, entendida como a capacidade que cada homem tem para introduzir, a qualquer momento, um desvio no curso de sua vida que permita desencadear a criação de uma nova ordem (MÜLLER-GRANZOTTO; MÜLLER-GRANZOTTO, 2007).

Propomos, então, a retomada da noção de cuidado, fortalecendo aquilo que para nós é

fundamental: uma clínica baseada no *clinamen*, uma clínica que inclui o sujeito no seu processo de cuidado, de forma ampliada.

Faz-se mister significar cuidado enquanto um horizonte ético que possa proporcionar as condições necessárias para que os Caps sejam, nas palavras de Lancetti (2008), ‘turbinados’<sup>1</sup>, mediante um conjunto de proposições filosóficas, éticas e políticas que reafirmem o compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como bem comum (AYRES, 2006).

Na percepção de Lancetti (2008, p. 50),

a ação combinada, a socialização do conhecimento e a distribuição de saberes têm a potência necessária para arrancar os Caps de sua reclusão tecnocrática e de sua tristeza burocrática,

uma vez que um Caps turbinado é um Caps paradoxal, onde a prática ocorre, ao mesmo tempo, dentro e fora das unidades de saúde, no território geográfico e no território existencial, no domicílio e nos serviços.

Nessa mesma direção, Ayres (2006) lança luz sobre essa questão do cuidado como prática de saúde, inserindo-o no movimento humano de se lançar ao mundo, numa reconstrução constante de si mesmo e desse mundo. O autor admite que, no campo operativo das práticas de saúde é possível considerar como cuidado uma atitude terapêutica que busque ativamente seu sentido existencial, dando ao termo cuidado a

designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde. (AYRES, 2006, p. 22).

Conforme discutem Schneider e colaboradores (2009), o cuidado em saúde mental no

<sup>1</sup> O autor usa o termo turbinar no sentido de dar prioridade às pessoas que estão em situação mais difícil, em maior risco de morte ou de violência, a quem está em grande dificuldade de desenvolvimento pessoal e social ou de exercício de cidadania, produzindo saúde mental de modo intenso, complexo e sempre renovado. (LANCETTI, 2008, p. 52).

âmbito da rede de atenção psicossocial deve ser vivenciado mediante configurações em rede. Pressupõem que se estabeleçam redes de cuidado que ampliem as possibilidades de acolhimento do usuário e de seus familiares, potencializando o exercício da cidadania e da inclusão social. Tais redes devem ser compostas por entes institucionais (representados pelos serviços de saúde), ressaltando-se a importância da requalificação das equipes multiprofissionais de saúde, mas também e principalmente por entes não-institucionais (representados por associações e grupos comunitários, entre outros) situados no território do usuário, de forma a garantir a continuidade do cuidado, para além dos muros dos serviços de saúde.

## Considerações finais

No cenário atual do campo da saúde mental brasileira, é preciso investir e ampliar os espaços de reflexão e de invenção de práticas que contemplem o cuidado dos sujeitos em sofrimento psíquico, no cotidiano dos serviços, potencializando a constituição da rede de atenção psicossocial. Para que esse desafio seja transposto, é preciso desnaturalizar as práticas inversamente desenvolvidas, que ampliam a medicalização dos sofrimentos cotidianos, de acordo com um modelo assistencial, cada vez mais encrudescido, conforme a tradição oriunda do

termo originário do adjetivo grego *klinikós*.

Sendo assim, evidenciamos a necessidade de uma constante vigilância crítica sobre os modelos de cuidados propostos, a fim de que possa ser evitada a reprodução das práticas tradicionais do antigo modelo psiquiátrico, baseado no poder disciplinador.

No campo da saúde mental, a intersecção entre o biopoder e a biopolítica pode ser considerada como limitante ao desenvolvimento de uma clínica ampliada, que contribua para uma nova compreensão do processo saúde-sofrimento-adoecimento psíquico, bem como com a invenção de novas práticas de cuidado, consoantes às proposições da Política Nacional de Saúde Mental e de acordo com as especificidades de cada território na rede de atenção psicossocial.

A intersectorialidade apresenta-se como uma estratégia relevante para ampliar o alcance das redes de cuidado, mediante parcerias com as áreas de educação, justiça, assistência social, segurança, entre outras.

A proposta deste trabalho foi a de apresentar as categorias foucaultianas de biopoder, biopolítica e dispositivo de segurança como formas de aplicação aos estudos sobre o cuidado em saúde mental, permitindo sua eventualização, sua desnaturalização e a elucidação de sua episteme, na tentativa de favorecer novas formulações de cuidado enquanto conceito chave para as práticas de saúde no âmbito da Atenção Psicossocial. ■

---

## Referências

AMARANTE, P. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, set./dez., 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902004000300003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902004000300003&script=sci_arttext)>. Acesso em: 28 maio 2013.

CAPONI, S. *Loucos e degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

CASTEL, R. *A Gestão dos Riscos: da antipsiquiatria à pós-psicanálise*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora S. A., 1987.

\_\_\_\_\_. *A Ordem Psiquiátrica: A Idade de Ouro do Alienismo*. 2. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1991.

- COELHO SAMPAIO, J. J. *et al.* O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. *Ciênc. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4685-4694, dez. 2011.
- FOUCAULT, M. *História da loucura na idade clássica*. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 2008a.
- \_\_\_\_\_. *História da Sexualidade I. A vontade de saber*. Lisboa: Relógio D' Água, 1994.
- \_\_\_\_\_. *Microfísica do Poder*. 29. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2011.
- \_\_\_\_\_. *O poder psiquiátrico*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- \_\_\_\_\_. *Segurança, Território, População*. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.
- LANCETTI, A. *Clínica peripatética*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
- LEÃO, A.; BARROS, S. As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 95-106, mar. 2008.
- MARTINHAGO, F.; OLIVEIRA, W. F. A prática profissional nos Centros de Atenção Psicossocial II (CAPS II), na perspectiva dos profissionais de saúde mental de Santa Catarina. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 583-594, out./dez. 2012.
- MARTINS, Q. R.; AMARANTE, P. A ação territorial do Centro de Atenção Psicossocial em sua natureza substitutiva. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 99-107, jan./dez. 2008.
- MÜLLER-GRANZOTTO, M. J.; MÜLLER-GRANZOTTO, R. L. *Fenomenologia e Gestalt-Terapia*. São Paulo: Summus, 2007.
- SEVERO, A. K.; DIMENSTEIN, M. Rede e intersetorialidade na atenção psicossocial: Contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental. *Psicol., Ciênc. Prof. (Impr.)*, Brasília, DF, v. 31, n. 3, p. 640-655, 2011.
- TAVARES, C. M. M. *et al.* Análise de implementação de tecnologias de cuidar em saúde mental na perspectiva da atenção psicossocial. *Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 342-350, dez. 2003.
- VASCONCELLOS, V. C.; AZEVEDO, C. S. Sentidos do trabalho e imaginário organizacional em um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 563-76, jul./set. 2010.
- YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A estratégia atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de saúde mental. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 27-37, jan./dez. 2008.

---

Recebido para publicação em julho de 2015

Versão final em setembro de 2015

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

# Promoção da saúde e participação: abordagens e indagações

*Health promotion and participation: approaches and inquiries*

Rosilda Mendes<sup>1</sup>, Juan Carlos Aneiros Fernandez<sup>2</sup>, Daniele Pompei Sacardo<sup>3</sup>

**RESUMO** Este ensaio discute as diferentes abordagens da promoção da saúde e da participação e suas implicações no sentido de contribuir para a construção de novas práticas e compromissos em torno da produção social da saúde. Defende a ideia de que práticas de promoção da saúde podem ser ativadoras de potência de ação para construir medidas que resultem em fortalecimento dos sujeitos e das coletividades, na ampliação da autonomia e no fomento da participação e das redes. A intenção deste artigo é compartilhar ideias, além de ser um convite a afastarmos-nos das receitas e das reproduções, a fim de inventarmos nossos próprios modos de construir a promoção da saúde.

**PALAVRAS-CHAVE** Promoção da saúde; Participação social; Autonomia.

**ABSTRACT** *This essay discusses the various approaches to health promotion and participation and its implications in the sense of contributing to the construction of new practices and undertakings around the social production of health. It defends the idea that health promotion practices can be power activators of actions to construct measures which result in the strengthening of subjects and collectivities, in the increase of autonomy and in the increasing of participation and networks. The intention of this article is to share ideas, as well as being an invitation to move away from revenues and reproductions, in order to invent our own methods of constructing health promotion.*

**KEYWORDS** *Health promotion; Social participation; Autonomy.*

<sup>1</sup> Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), campus Baixada Santista, Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva – Santos (SP), Brasil. [rosilda.mendes3@gmail.com](mailto:rosilda.mendes3@gmail.com)

<sup>2</sup> Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Saúde Coletiva – Campinas (SP), Brasil. [aneirosfernandez@gmail.com](mailto:aneirosfernandez@gmail.com)

<sup>3</sup> Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Saúde Coletiva – Campinas (SP), Brasil. [danielesacardo@gmail.com](mailto:danielesacardo@gmail.com)



## Promoção ou promoções da saúde?

A provocativa indagação traz em si a ideia de que a promoção da saúde pode ser analisada a partir de diferentes abordagens. Nosso intuito é mostrar que esse permanece um campo em construção e convive com uma pluralidade de concepções (modos de pensá-la) e de agir (intervenção). É também nossa intenção apresentar significados que possam contribuir para a construção de novas práticas e compromissos públicos em torno da produção social da saúde.

Com a finalidade de reforçar um conceito mais amplo de promoção da saúde, nosso ponto de partida é questionar a ideia de que suas práticas se limitem a identificar os efeitos nocivos de determinados comportamentos e hábitos, e, assim, atuar sobre os indivíduos mais expostos ao risco, normatizando seus estilos de vida.

Vamos refletir um pouco mais sobre essa ideia. Não é incomum na prática em saúde o pensamento de que, quando um ‘desvio’ aparece, basta educar as pessoas, pois a inteligência, a ciência e a razão seriam suficientes para corrigir essas irregularidades. O raciocínio que está por trás é o de que, a partir de um diagnóstico da situação – o que as pessoas desconhecem ou conhecem erroneamente –, teríamos o tratamento: o conteúdo, as técnicas e os métodos educativos persuasivos necessários para corrigir a conduta. A não adesão à ideia se deveria à ignorância e à falta de informação (MELO, 1987). Se tomarmos como exemplo o tabagismo – cujo uso está associado à incidência de câncer e doenças cardiovasculares, evidência científica aceita por vários trabalhos científicos –, a despeito das inúmeras campanhas sanitárias de aconselhamento e controle, constataremos que persistem comportamentos inalterados de pessoas que, mesmo obtendo informações sobre suas implicações nocivas, ainda assim, continuam fumando.

Isso faz pensar que não basta conhecer o funcionamento das doenças e eleger mecanismos para o seu controle, supondo haver apenas falta de conhecimento das informações técnico-científicas adequadas. Percebe-se, também, que lidamos com temas complexos e singulares, como a saúde e a vida, relacionados amplamente com o contexto social, a cultura e com as subjetividades, cuja magnitude as evidências científicas parecem não alcançar.

Esse e outros tantos exemplos, como os de ações contra o sedentarismo ou em favor de uma alimentação mais saudável, poderiam, também, ser citados por seguirem esta mesma lógica: focalizar o fazer (intervir) na aquisição das informações científicas e na transformação dos comportamentos dos indivíduos. Reforçam-se, assim, discursos e práticas que objetivam delegar cada vez mais aos sujeitos e grupos sociais específicos a tarefa de cuidarem de si mesmos. Isso poderia ser positivo apenas se não estivesse acompanhado de uma desresponsabilização do Estado na oferta das condições para esse cuidado e se considerasse, de fato, as escolhas dos sujeitos.

A cultura normativa própria dessa abordagem é ainda bastante expressiva no setor da saúde, onde tudo é sempre regulado por normas centralizadas e onde se estabelece o que deve ser feito e como deve ser feito, reforçando atitudes hierarquizadas e autoritárias, de responsabilização das pessoas nas mudanças de condições sanitárias e na maneira de viver. Sofisticam-se estratégias de culpabilização dos indivíduos pelos males que os acometem e de persecutoriedade (STOTZ; ARAÚJO, 2004). Uma perigosa armadilha é a de, mesmo sem querer, transformarmos os ‘sujeitos’ em ‘objetos’ de intervenção, retirando sua capacidade de refletir, de escolher, de decidir, de transformar, de analisar e (por que não?) de discordar de nossas ‘boas intenções’ enquanto profissionais da saúde.

Discutir criticamente esses enfoques

centrados na informação para a mudança de comportamento traz a necessidade de refletir sobre os processos comunicacionais e educativos que permeiam e são mediadores das práticas em saúde. ‘Ninguém escapa da educação’, lembra bem Brandão (1981). Mas de que educação estamos falando? Queremos reforçar posições circunscritas ao universo da prescrição e das normas ou desejamos apoiar posições inclusivas, dialógicas, que propiciem a participação e a implicação na tomada de decisões?

Muitas dessas visões a respeito da promoção da saúde vêm sendo historicamente construídas e se valem de conceitos clássicos que orientam a produção do conhecimento na área de saúde, especialmente da medicina. Historicamente, a promoção da saúde foi referida pelo sanitarista Henry Sigerist, em 1946, como uma das quatro funções da medicina, ao lado da prevenção de doenças, do tratamento e da reabilitação de doentes. Nos anos de 1960, ganha destaque o preventivismo, do modelo da História Natural da Doença, de Leavell e Clark, que trouxe a discussão da doença como um processo e sua múltipla causalidade.

Os objetivos finais de toda atividade médica, odontológica e de saúde são a promoção da saúde, a prevenção de doenças e o prolongamento da vida. (LEAVELL; CLARK, 1976, P. 11).

Os autores localizaram a promoção da saúde no primeiro nível das medidas preventivas, portanto, antes da instalação da doença no indivíduo.

Não é sem motivo, portanto, a recorrente discussão sobre as aproximações e distinções entre a prevenção de doenças e a promoção da saúde, pois, nessa perspectiva, mantém-se o foco sobre as doenças e não sobre os aspectos salutogênicos, de proteção à saúde (ANTONOVSKY, 1996), que caracterizam a promoção da saúde. Fundamentadas no modelo de Leavell e Clark (1976), as práticas de promoção da saúde resumir-se-iam

a recomendações voltadas às mudanças de hábitos. Resultariam em aconselhamentos e educação sanitária adequada ao comportamento ‘mais saudável’ de indivíduos e grupos, dando às práticas um sentido instrumental e normativo.

Esse modelo ganhou hegemonia ao longo do século XX e fundou-se na objetividade, na neutralidade e na universalidade do saber científico, bem como nos modelos clássicos de explicação do processo saúde-doença, pressupostos que sustentam a prescrição como única escolha possível para o alcance do bem-estar das pessoas, independentemente das suas inserções sócio-histórica e cultural. Campo fértil para proliferação de discursos e práticas preventivistas, o próprio sistema capitalista conduz à concepção de que a doença seja vista como

[...] a própria razão de ser do sistema produtivo, isto é, como um desequilíbrio constitutivo, levando, por isso, à permanente e obrigatória produção do retorno ao status quo ante, na medida em que esse retorno significa a preservação da vida. (LEFÉVRE; LEFÉVRE, 2007, P. 17).

Por outro lado, reconhece-se a diversidade de formatos, experiências, projetos, programas, ações e iniciativas de promoção da saúde sendo levados a cabo que, invariavelmente, busca potencializar processos de mudança ao vincular a promoção da saúde à construção da autonomia dos sujeitos, à participação, a incessantes movimentos instituintes, a processos de subjetivação e atribuição de significados e sentidos para as experiências vividas.

Podemos, também, pensar a promoção da saúde do ponto de vista da relação entre o saber e o fazer, ou na perspectiva da inter-relação entre teoria e prática. Esse par teoria/prática nos remete, sobretudo, a uma perspectiva política e crítica, dando lugar privilegiado aos sentidos da palavra ‘reflexão’ e a expressões como ‘reflexão crítica’, ‘reflexão emancipadora’, ‘reflexão sobre

prática e não prática' (BONDÍA, 2002).

Isso tudo pode ser suficientemente conhecido, posto que, embora possa persistir em nosso meio certa separação entre a teoria e a prática – o que é próprio da racionalidade moderna –, reconhece-se que nos últimos anos tem havido empenho do campo da promoção da saúde em buscar articular e aproximar essas duas vertentes, concebendo-as de maneira integrada enquanto uma 'práxis ético-política'. Práxis essa que busca articular, também, as práticas cotidianas aos sentidos que atribuímos a elas, que, por sua vez, são histórica e socialmente construídos e legitimados, resultantes de interesses e concepções em disputa (IGLESIAS; DALBELLO-ARAÚJO, 2011).

A abordagem da promoção da saúde que dialoga com essa concepção não pretende 'resolver' as tensões e ambiguidades que possam existir no âmbito da temática, mas dar lugar e reconhecê-las como parte da 'construção de sentidos' para cada um desses conceitos colocados lado a lado e tantos outros que dizem respeito à promoção da saúde: produção social da saúde, determinação do processo saúde-doença, intersectorialidade, participação, autonomia, riscos, vulnerabilidades, territórios, construção de redes, atenção à saúde, corresponsabilidades etc.

Bondía (2002) nos lembra que as palavras produzem sentidos, criam realidades e, às vezes, funcionam como 'potentes mecanismos de subjetivação', pois é com elas que damos sentido ao que somos e ao que nos acontece, de como correlacionamos as palavras e as coisas, de como nomeamos o que vivemos ou o que sentimos. Nomear o que fazemos ou intitulamos 'promoção da saúde' como um 'referencial', uma 'prática', uma 'práxis ético-política' ou como 'experiência dotada de sentido' não é somente uma questão terminológica. Trata-se de uma opção ou escolha entre paradigmas, reconhecendo os riscos implicados nessa ação.

Czeresnia (2003, p. 49) nos alertou que "promover saúde envolve escolha e isso não é da esfera do conhecimento verdadeiro, mas do valor". Partindo dessa consideração e

seguindo com ela, abre-se espaço para que a promoção da saúde se inscreva definitivamente no campo da ética, e, conseqüentemente, a emoção, o afeto, a subjetividade e os sentimentos passionais não apenas componham, mas tornem-se imperativos nos seus pressupostos, desenvolvimento e 'práxis'.

Segundo a mesma autora, tratar-se-ia de buscar por meio da promoção da saúde

a renovação de velhas filosofias que foram esquecidas e marginalizadas pela crença desmedida na razão e no poder de controle e domínio do homem. (CZERESNIA, 2003, p. 44).

Com esse argumento, apoiamo-nos em Espinosa, filósofo da alegria e da liberdade, conforme expressão usada por Chauí (1995), o qual defende o deslocamento do âmbito 'político' para o campo da 'ética' e desta para o das 'emoções'.

É impulsionado pelos afetos e pela paixão que o julgamento pode decidir que um determinado comportamento corresponde ao bem e que determinada ação deva ser evitada. (ESPINOSA APUD SAWAIA, 2001, p. 124).

Para ele, a capacidade do homem de ser afetado e o modo como o é, é determinante à constituição dos valores éticos, pois o que faz algo ser bom ou mau é o afeto do qual deriva. Sua ideia de 'bom' corresponde ao desejo de ser feliz e à valorização de tudo que sirva à expansão da vida, o que, no nosso caso, equivaleria à produção da saúde, à ampliação da qualidade de vida, à defesa da vida.

As proposições espinosianas fundamentam-se no conceito de potência de ação, "entendido como o direito que cada indivíduo tem de ser, de se afirmar e de se expandir" (SAWAIA, 1999, p. 111), cujo desenvolvimento é condição para se atingir a liberdade.

A promoção da saúde como potência trata da passagem da passividade à atividade, da heteronomia à autonomia, da técnica à ética, da razão à emoção, do instituído ao instituinte.

Isso não significa colocar cada uma dessas palavras-conceitos em posições antagônicas e, com isso, ter de decidir por um 'ou' outro polo. Ao contrário, significa o reconhecimento de inter-relações dinâmicas que são, ao mesmo tempo, objetivas e subjetivas, que há tendências ora para tencioná-las, ora para colocá-las lado a lado.

Algumas recentes proposições de promoção da saúde guardam estreitas afinidades com essa perspectiva mais ampliada (IGLESIAS; DALBELLO-ARAUJO, 2011; SILVA ET AL., 2013). Ao afirmar que promoção de saúde “acontece a partir da oportunidade que os sujeitos têm de ouvir a si mesmos e aos outros, e de reformular, recriar seus modos de pensar e de estar no mundo, confrontando concepções por vezes enrijecidas e adoecedoras”, Silva *et al.* (2013, p. 1005) apontam a relevância de se produzir espaços de 'bons encontros' que potencializem sujeitos e promovam saúde.

Adotar como objetivo fundamental da promoção da saúde a ativação da potência de ação significa construir ações, iniciativas, programas ou projetos que de fato resultem em fortalecimento dos sujeitos e das coletividades para 'lutar contra a servidão', ou seja, para passar da passividade para a atividade, pelo desejo de ser livre e de ser feliz. Significa, também, ampliar a autonomia e o poder dos atores locais e das instâncias locais de gestão; conhecer profundamente as dinâmicas territoriais; estabelecer pactos e parcerias locais; fomentar a participação e as redes de ação intersectorial, incluindo novos atores na gestão; desenvolver métodos e técnicas de trabalho, experimentá-los, revisá-los e modificá-los. Significa, ainda, criar e recriar sentidos e significados acerca de nossas práticas e, sobretudo, dar espaços para as incertezas, para a experiência, para novos começos.

## Sobre a perspectiva participativa da promoção da saúde

Poderíamos parafrasear Canguilhem (1995) afirmando que a participação é um conhecimento vulgar, com o mesmo sentido que esse autor confere ao conhecimento da saúde, isto é, que todo mundo ou qualquer um de nós sabe o que ela é. Em razão disso, habituamo-nos a refletir sobre a participação, sua importância, alcance e limites, sem considerar, necessariamente, sua historicidade. Com frequência, convocamos e somos convocados a participar de algo, e isso tem a ver com o tempo em que estamos vivendo.

Desde a transição democrática, ocorrida nos anos 1980, há uma forte constância do tema participação no discurso político nacional. As políticas públicas e as agendas sociais que se desenvolveram a partir desse período, por exemplo, reafirmam a ideia da participação como pressuposto, como método e como resultado a ser alcançado (WESTPHAL ET AL., 2013).

Em meados da década de 1970, o cenário que envolve o tema sofreu uma inflexão mobilizada por três ordens de fatores isolados ou combinados de diferentes formas: uma tangível desilusão das populações com relação às instituições políticas construídas nesse longo período histórico; o surgimento de 'novos grupos de interesses' e movimentos de caráter identitário; e as reformas nos Estados e em suas estruturas burocráticas (CORTES, 1996).

O contexto que influencia a participação nesse período leva, por um lado, ao desenvolvimento da perspectiva da participação social, descentrada – de um lócus privilegiado da relação indivíduo-instituições políticas – e policentrada – em diversos espaços públicos abertos pelas práticas sociais cotidianas. Por outro lado, influencia contemporaneamente três tipos de abordagens bastante frequentes da participação social, sobretudo no âmbito da saúde (VIANNA; CAVALCANTI; CABRAL, 2009), quais sejam: o estímulo à ampliação da cidadania e ao empoderamento dos participantes; a qualificação da gestão/boa governança; a ampliação do autocuidado/controlado da própria vida (e saúde).

Essas abordagens, em diálogos com as situações empíricas ou com as experiências desenvolvidas, acabam por conformar a problemática da participação em torno do sentido que ela pode ter com relação à conservação e/ou transformação das condições sociais dadas, isto é, nossos repertórios herdados e nossas instituições.

Assim, no tocante ao primeiro grupo de abordagens referentes à cidadania e ao empoderamento, a problemática se daria em torno do caráter ‘regulador’ ou, contrariamente, ‘emancipador’ da dimensão pedagógica da participação (SANTOS, 1993). No segundo grupo, referente à gestão/governança, a dimensão de controle social da participação teria de distinguir entre a tomada de decisões ou a legitimação de decisões tomadas por outros (MILANI, 2008). Por fim, no terceiro grupo de abordagens relativas ao autocuidado/controle, uma dimensão produtora de expertise da participação teria que separar a construção de ações autônomas da combinação deletéria entre (des)

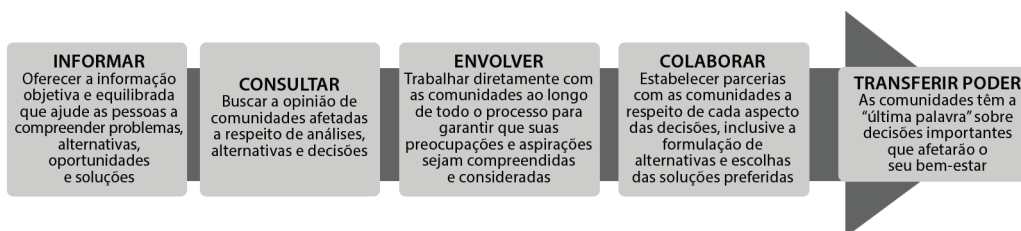
responsabilização do Estado e corresponsabilização dos cidadãos, como destacamos anteriormente.

Ao discutir a prática das políticas sobre os determinantes sociais da saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que

a participação das comunidades e da sociedade civil no desenvolvimento de políticas públicas, no monitoramento de sua implementação e na avaliação de seus resultados é essencial para qualquer conjunto de ações sobre os determinantes sociais. (OMS, 2011, p. 18).

Após considerar o valor intrínseco e o valor instrumental da participação e chamar a atenção para a necessidade de se enfrentar os históricos de exclusão social mediante o fomento a ela, esse mesmo texto apresenta a *figura 1*, a seguir – adaptada de outras fontes –, que nos parece esclarecedora da problemática que gira em torno da

Figura 1. Técnicas para se obter a participação das comunidades no processo de formulação de políticas



Fonte: OMS (2011).

participação propriamente dita e, também, da discussão sobre essa temática.

Podemos, com certa facilidade, perceber tudo o que está implicado no trajeto representado por essa figura, que vai do ‘informar’ ao ‘transferir poder’ (BRASIL, 2013), entretanto, parece menos fácil perceber

o que, de fato, precisamos conhecer ou validar como conhecimento para fazer valer esse trajeto, para fazer com que aquilo que parece tão óbvio e promissor possa estar mais presente entre nós.

Por essa razão, realizamos, a seguir, uma discussão conceitual sobre a participação,

que pretende fornecer uma base sólida para desenvolvê-la nessa perspectiva promissora para a promoção da saúde.

## Uma definição de participação e suas implicações

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPS; OMS, 1999) afirma que a participação é um processo social inerente à saúde e ao desenvolvimento.

Selecionamos essa definição pelo que ela informa acerca de uma concepção abrangente da participação que nos interessa discutir. Devemos considerar diferentes elementos vinculados a esse entendimento para mais bem compreender o que ele, de fato, significa. Isso quer dizer que precisamos considerar tanto a ideia de ‘processo’ vinculada à participação quanto nossas noções de saúde e de desenvolvimento, além de quanto essas noções são inseparáveis da participação.

Quanto à ideia de processo, caberia destacar que essa é uma das marcas ou características fundamentais da promoção da saúde e das ações desenvolvidas em seu âmbito. Quer se trate de pensar sobre a transformação das condições de vida e saúde dos indivíduos e populações, quer se trate de construir novas formas de intervenção, mecanismos ou programas de atenção e cuidado, a promoção da saúde valoriza sempre os processos em que isso se dá e operacionaliza, isto é, ela tem sua atenção voltada também para aquilo que se produz à medida que se está pretendendo produzir alguma coisa.

A experiência vivida e significada pelos atores/sujeitos em cada iniciativa, as novas ou modificadas relações que se estabelecem a partir dessa vivência, as aprendizagens e descobertas que decorrem dela são, nesse sentido, tão importantes quanto é chegar aos resultados previstos ou esperados por essa mesma experiência.

Considerar os ‘processos’ é, portanto, perceber que as iniciativas transcorrem em um determinado tempo, sob dadas condições e em meio a diferentes interesses, desejos e lógicas de ação, razão pela qual as intercorrências, surpresas, inovações, ‘idas e vindas’, sucessos e insucessos sejam a expressão da participação de diferentes sujeitos da ação social e política que essas iniciativas ensejam.

Dessa forma, considerar o processo de uma dada iniciativa é uma oportunidade de ultrapassar a mera lógica do ‘estímulo/resposta’ que ela pode representar, ou seja, promover uma ação ‘x’ para obter um resultado ‘y’, para alcançar uma lógica de produção social, isto é, um alargamento do espaço público no qual a sociedade produz a si mesma. Apenas assim podemos esperar que as iniciativas contribuam para a transformação não apenas do ‘outro’ – o paciente, o usuário, o cliente –, mas de uma dada realidade social, na qual ele e também nós vivemos.

As ações ou iniciativas da promoção da saúde, nessa perspectiva, deixam de corresponder apenas a inovações de ordem técnica na oferta e na prestação de serviços para se converterem na instauração de espaços para a produção social de saúde, informadas como são pela ideia de que os indivíduos e grupos, de fato, participam desses processos, atribuindo sentidos, animando ou esvaziando a importância dos conteúdos e ações propostas, fazendo seus juízos e enviando mensagens direta ou indiretamente a respeito do que sejam suas necessidades e desejos.

Com esse entendimento a respeito da participação como um processo, um ‘fazer fazendo’ que decorre da experiência vivida por sujeitos, podemos mais bem compreender sua inerência relativa à saúde e ao desenvolvimento a que se refere a definição da OMS que destacamos acima.

Detenhamo-nos, primeiramente, ao exame dessa inerência com relação à saúde pelo que ela tem de oportuno, para reforçarmos a concepção de saúde com a qual se

alinha a área da promoção da saúde e da qual pode extrair potentes insumos para promover transformações desejadas nas condições de vida e saúde das populações.

Referimo-nos à ideia da positividade da saúde que se contrapõe ao seu entendimento como a mera ausência de doenças. Quer seja partindo da definição de saúde como um estado de bem-estar físico, social e espiritual – tal como desenvolvido pela OMS –, quer seja como capacidade para enfrentar as adversidades do viver – tal como desenvolvido por Canguilhem (1995) –, o entendimento a respeito do que seja a saúde requer a participação dos sujeitos (indivíduos e grupos).

O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas. O mesmo, aliás, pode ser dito das doenças. Aquilo que é considerado doença varia muito. Houve época em que masturbação era considerada uma conduta patológica capaz de resultar em desnutrição [...]. Houve época, também, em que o desejo de fuga dos escravos era considerado enfermidade mental: a drapetomania (do grego drapetes, escravo). (SCLIAR, 2007, P. 30).

Não obstante o espetacular desenvolvimento técnico-científico dos conhecimentos em saúde que o Ocidente, de modo geral, promoveu nos últimos cinco séculos, sobretudo com relação ao conhecimento de doenças e formas de enfrentá-las, a saúde como tal segue sendo percebida a partir da experiência subjetiva e cultural dos indivíduos. É tanto no âmbito de nossa cultura e sociedade que entendemos o que é ser saudável quanto na experiência idiossincrática de cada um na definição de um sentido para o bem-estar e para o sofrimento (CAPONI, 2003).

Considerar a saúde em uma dimensão positiva corresponde a incluir elementos que

vão além do aspecto biológico dos órgãos, tecidos e funções do ‘corpo vivo’, alcançando aspectos relacionados ao ‘corpo vivido’ (ORTEGA, 2008), isto é, à experiência dos indivíduos. Nessa experiência estão presentes fatores estressores e protetores decorrentes das diversas formas que indivíduos e grupos encontraram para estabelecer relações com eles mesmos, com os outros e com o seu meio.

Por essa razão, todo o conhecimento técnico-científico em saúde pode não ser o bastante, mas apenas um dos elementos para a construção de um projeto de intervenção ou terapêutico adequado a cada caso ou situação. Junto a esse elemento deve ser colocada a experiência dos sujeitos, isto é, deve ser considerada sua participação, se o que se pretende é, de fato, a produção de projetos de sucesso prático e felicidade (AYRES, 2001), ou seja, a construção de projetos de vida saudáveis.

Se essa argumentação já parece suficiente para compreendermos por que a participação é um processo inerente à saúde, podemos prosseguir com a definição que tomamos como referência para nossa reflexão e examinar, então, as razões pelas quais a participação seria, também, inerente ao desenvolvimento.

Entendemos que seja o caso de explorar a ideia do desenvolvimento humano, ainda que as relações entre participação e desenvolvimento econômico tenham sido objeto de interesse de várias abordagens em torno da questão. O que nos interessa de modo particular é a dimensão da participação que remete diretamente às escolhas. É em torno disso que entendemos ser possível compreender a participação em perspectiva tão ampla quanto seja necessário.

A escolha a que nos referimos é a tomada de decisões. Decisões corriqueiras e/ou inesperadas, simples e/ou complexas, tomadas por gestos ‘mecânicos’ e/ou mediante reflexão, em ações que realizamos sós e/ou acompanhados, lembrando um passado e/

ou imaginando um futuro, baseando-nos nas tradições e/ou nos desejos de mudanças, repetindo e/ou criando situações.

Talvez fosse possível inventariar as naturezas, os tipos, as formas e os contextos das decisões/escolhas, ainda que isso não pareça ser uma tarefa recomendável. Já as escolhas propriamente ditas jamais poderão ser encerradas em um inventário.

Como seres da cultura, aprendemos desde o processo de socialização primária (BERGER; LUCKMAN, 1991), quando somos ainda muito pequenos, a responder às situações criadas, a fazer escolhas e a tomar decisões. E quando aprendemos a fazer isso, jamais paramos de fazê-lo. Partimos sempre de um dado repertório colocado a nossa disposição por nossa cultura e, ao utilizá-lo, vamos transformando-o de modo a torná-lo mais adequado a nossas necessidades e aspirações.

Não é uma escolha em particular, qualquer que seja ela, o que mais importa, mas, sim, o próprio ato de escolher. Se pensarmos nas outras culturas, nos outros de nossa cultura e, por fim, nos outros possíveis de nós mesmos, perceberemos com maior clareza o quanto esse gesto tem sido responsável pelo desenvolvimento da diversidade de nossa espécie, pelo desenvolvimento humano como tal.

A participação como processo social inerente ao desenvolvimento encontra, assim, sua fundamentação. É a participação dos indivíduos e grupos usando, julgando e transformando seus repertórios culturais herdados o que os trouxe até os pontos nos quais se encontram. E é mantendo esse processo que eles conferem um sentido a seu presente e vão construindo o seu futuro.

Exploremos, então, o que decorre de considerar a participação nos termos acima expostos, que procuraram compreendê-la como 'um processo social inerente à saúde e ao desenvolvimento'. Para tanto, poderíamos colocar a seguinte questão: que diferença pode fazer uma argumentação como essa que vimos desenvolvendo?

Conforme entendemos, com essa abordagem não caberia qualquer hesitação com relação a desencadear as ações de promoção da saúde voltadas aos mais variados públicos em uma perspectiva participativa. Se os indivíduos e grupos elaboram sucessiva e permanentemente os significados de suas experiências, deflagrar processos de natureza participativa corresponde menos a uma inauguração que dependa do idealizador ou responsável pela experiência e mais a uma oportunidade de potencializar os efeitos que essa experiência pode ensejar.

De acordo com o dicionário Aurélio, 'encontro' significa a posição face a face com uma pessoa ou coisa ou a colisão de dois corpos. O encontro, como um embate entre duas forças, é o momento vital para a formação e a criação de qualquer coisa ou evento (ANDRADE; SACARDO; FERNANDEZ, 2010).

O reconhecimento de que todos participam da atribuição de significados faz com que nos voltemos mais para o lugar dos 'encontros' do que para o das 'prescrições' (já muito questionado por nós). A diferença, nesse caso, é que em tal abordagem o 'outro' deixa de ser o objeto da ação e/ou transformação que julgamos necessária e passa a ser um sujeito reconhecido e legitimado da ação e/ou transformação. Da mesma forma que não se trata de considerar apenas como o outro pode 'lidar' com um tema, assunto, medida, iniciativa ou o que quer que seja, mas, sim, de considerar o que nosso encontro com relação a isso pode produzir, e, de fato, produz. É nisso, no encontro, que reside a potencialização da experiência.

Com essa abordagem, nós já não podemos reduzir a análise sobre processos participativos à responsabilização do outro por aquilo que ele não sabe, não percebe e sobre o que não tem consciência. O que é preciso considerar a partir dela é o quanto, de fato, compreendemos sobre as escolhas, decisões e participação do outro; se ouvimos ou estamos interessados em ouvir o que ele diz; se consideramos poder aprender quando nos



encontramos com ele; se criamos as condições para sua participação tão livre quanto possível; se queremos participar de um processo de desenvolvimento ou se queremos que ele desenvolva nosso projeto.

Ao considerarmos questões desse tipo, podemos perceber como uma concepção tão ampla de participação se aplica a nossas situações cotidianas e profissionais. Por mais que pareça distante a concepção da participação como inerente à condição humana daquela participação que identificamos, ou que não conseguimos identificar, corriqueiramente, nossas chances de promover transformações se ampliam à medida que incluímos, de fato, o outro como um sujeito de potência nesses processos.

Infelizmente, o inverso disso, ou seja, a despotencialização do outro, vem informando, ao longo da história, parte considerável das ações nos âmbitos social, cultural e político – e também no da saúde –, cujo resultado tem sido a manutenção das estratégias de dominação e exclusão.

Se nos ativermos a isso, podemos mais bem compreender o sentido de se definirem ações à revelia dos interesses daqueles a quem essas ações se destinam, ou seja, sem a participação dos envolvidos por ela. O sentido de mobilizar indivíduos e grupos sem conferir a eles o poder de decidir sobre as questões em pauta ou desconsiderar suas decisões quando foram solicitadas. E, também, a delimitação rígida do lugar onde participar, do tempo em que se deve fazê-lo, do objeto sobre o qual se deve ater o participante ou da forma adequada de participar.

Podemos facilmente identificar e lembrar situações nas quais lógicas como essas tenham sido empregadas, e, ao fazermos isso, não podemos renunciar à reflexão sobre o impacto que elas produzem ou podem ter produzido sobre a manutenção do status quo e, conseqüentemente, ao apego e ao envolvimento de indivíduos e grupos em processos desse tipo.

Pensemos sobre a ‘força’ dessa lógica

utilizando como metáfora uma moeda. Em uma das faces da moeda, poderíamos ler: ‘fica tudo como está’. Em outra face da moeda, leríamos: ‘isso tudo não me interessa’. O valor da moeda, por fim, corresponderia a que ‘a falta de interesse mantém as coisas como estão’. É uma lógica de despotencialização o que podemos perceber a partir dessa metáfora. É um foco que recai sobre o que falta no outro, o interesse, e, conseqüentemente, sobre a sua culpabilização.

Inversamente, numa lógica de potência, que a abordagem aqui desenvolvida parece ensejar, o valor da mesma moeda poderia ser: ‘para ficar como está, isso tudo não me interessa’. Nesse caso, a falta de interesse não é tida como uma qualidade do outro, mas como a ‘resposta’ que ele dá a uma dada situação de manutenção do status quo. O foco, então, deveria recair sobre a transformação dessa situação, pois é ela que deve ser julgada e não o sujeito que a julgou.

Comparando o emprego das duas lógicas, podemos perceber que a diferença no resultado não é pequena e, também, que é toda ela devida ao lugar que reservamos aos outros e, conseqüentemente, a nós mesmos, e vice-versa. Podemos explorar isso relativamente em diferentes situações. É o caso de considerarmos o quanto nossas convicções acerca de nossos gestos, ações, projetos, programas e conhecimentos parecem poder prescindir do julgamento feito por outrem. Da mesma forma que é o caso de considerar o quanto podemos agir e realizar baseados em lugares legitimados de poder que ocupamos sem nos preocuparmos com os contextos dessa legitimação, isto é, ingenuamente, dirigir-se ao diálogo esquecendo-se de que já se é parte dele (AYRES, 2001).

Evidentemente, não se trata de modificar a ‘curvatura da vara’ para o lado oposto, transformando toda a problemática da participação, antes referida ao outro, em problemática referida a nós mesmos. O que esta abordagem persegue é a promoção de encontros, a implicação dos diferentes sujeitos, a

ocupação do espaço público – aquele espaço entre dois (ARENDETT, 2007), que é o lugar para a ‘concertação’. O que esta abordagem descarta é o recurso a qualquer alibi para não se empreenderem os processos participativos em todas as situações. Nesta abordagem, esses processos participativos são considerados essenciais para o empoderamento de indivíduos e grupos.

Ao trazermos para a reflexão questões que dizem respeito a nós – que somos aqueles para os quais a participação tem grande importância, devendo, portanto, ser estimulada e facilitada –, o que pretendemos é destacar a existência de um contexto que atinge a todos e que, não sendo considerado, transforma-se em armadilhas. Trata-se do contexto das relações entre o instituído e o instituinte, isto é, de uma dinâmica das instituições (CASTORIADIS, 1987; LOURAU, 1975; MAFFESOLI, 1997).

Nosso lugar como agentes públicos da saúde, nossas especialidades profissionais, os conhecimentos e as evidências científicas sobre as quais nos baseamos, nossos projetos e aquilo com o que nos comprometemos seriam apenas alguns exemplos daquilo que nos acompanha em nossas ações e iniciativas.

Pensar na participação, portanto, requer o exame sobre que enfrentamento institucional se está realizando, isto é, examinar se estamos reproduzindo, resignificando ou criando instituições e se o fazemos baseados na autonomia ou submetidos à heteronomia. E as armadilhas a que nos referimos há pouco consistem em ignorar que as instituições são construções humanas, que somos responsáveis por sua manutenção ou transformação e, principalmente, que uma “sociedade só pode ser autônoma, isto é, livre para optar e se governar, se seus membros têm o direito e os meios de escolher e jamais renunciam a esse direito nem o entregam a outros” (BAUMAN, 2000, P. 141).

Bauman (2000) destaca que havia, na antiga Grécia, um preâmbulo a todas as leis criadas que dizia: ‘é considerado bom pelo conselho e pelo povo...’. O sentido disso é

que a instituição, no caso, a lei, foi julgada como pertinente, mas, também, que ela cabe apenas enquanto for julgada como pertinente, ou seja, a instituição não estaria dada para sempre, mas deveria ser permanentemente examinada, sendo que a isso corresponde uma ação autônoma.

A tarefa de examinar permanentemente as instituições cabe a todos, e não fazê-lo tende a manter as coisas como elas estão, pois as instituições tendem a se autoconservar e se defender dos ataques a seus postulados para assegurar certa ordem e grau de previsibilidade para a ação humana, que, por certo, traduziram ou traduzem uma aspiração instituinte que as criou (CASTORIADIS, 1987). Sem esse exame, todos os atores ficam sem saber se estão fazendo escolhas e podem, inadvertidamente, apenas reproduzir aquilo que gostariam, na verdade, de transformar.

Assim, quando nos interessamos pela participação, o que deveria chamar nossa atenção são as relações de poder consolidadas, as estruturas e os aparelhos técnico-burocráticos que inibem as iniciativas de ação, os modelos disciplinadores e de controle que impedem a expressão livre da sociedade, as estratégias de preconceito e criação de estigmas com relação a determinados grupos, o peso das tradicionais divisões do papel que cabe a cada um desempenhar e do que informam como competências e incompetências.

## Considerações finais

Historicamente, como profissionais da saúde, procuramos obter e oferecer respostas, mas o desafio que se coloca na contemporaneidade vai na direção de descobrir perguntas. No caso da promoção da saúde, ocorre o mesmo, e encontrar novas perguntas não nos parece uma questão simples, tampouco fácil ou confortável. Requer, no mínimo, interesse em se aproximar da realidade para conhecê-la e, talvez, compreendê-la para transformá-la.

A intenção deste artigo talvez se aproxime

mais de algo que buscamos compartilhar – ideias, dúvidas e incertezas –, o que pode significar inovação e ser potente para nos transformar e aos sujeitos com quem interagimos. Não se trata, portanto, de mais uma tentativa de ‘reinventar a roda’, tampouco de ‘fazê-la girar mais rápido’. Quiçá o convite seja para que o leitor embarque num veículo em movimento e, como um estrangeiro com um ‘olhar’ curioso, assustado ou encantado, possa se surpreender com o que vê, com o que escuta, com o que percebe, com o que toca e ativa sua potência de ação para construir seus próprios projetos de promoção da saúde.

Entretanto, cabe a indagação: por que ‘um olhar estrangeiro’ se a promoção da saúde parece algo tão familiar e parte do cotidiano das ações do setor sanitário? Em geral, o estrangeiro enxerga o que o olho dos ‘nativos’ já havia se habituado a enxergar: o mesmo, o igual, o trivial, o que é conhecido. Um ‘olhar de estranhamento’, somado a ‘atitudes de estranhamento’ do que parece familiar, no nosso caso, ações, iniciativas, programas e

projetos de promoção da saúde, pode possibilitar a transformação do familiar em estranho e do estranho em familiar; uma possibilidade de reconhecer na experiência do ‘outro’ formas diferenciadas de soluções para problemas comuns e, ao mesmo tempo, de descobrir, quando se olha para a própria experiência, um certo grau de ‘miopia’, por estarmos acostumados a naturalizar nossa experiência a partir dos nossos pré-conceitos. O estrangeiro está no olho de quem vê e não naquilo que é visto. Por isso, ‘ser’ estrangeiro implica abertura a uma mudança de olhar, de perspectiva, novas tentativas, dúvidas, acertos e erros.

Finalmente, fica o convite para afastarmos-nos das receitas, dos modelos, das reproduções para aguçarmos nosso ‘olhar’ motivados a inventar nossos próprios modos de construir a promoção da saúde como uma obra inacabada e em permanente elaboração, buscando refletir sobre os desafios, os paradoxos, as ambiguidades encontradas e, especialmente, os sentidos e significados das experiências vividas. ■

---

## Referências

- ANDRADE, E. A.; SACARDO, D. P.; FERNANDEZ, J. C. A. O “encontro” como espaço de experimentação e elaboração. In: FERNANDEZ, J. C. A. *et al.* (Org.). *Juventude e Segurança*: PROTEJO Osasco. São Paulo: Hucitec: Cepedoc Cidades Saudáveis, 2010, p. 85-100.
- ANTONOVSKY, A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promot. Int.*, Oxford, v. 11, n. 1, p. 11-18, 1996.
- ARENDT, H. *A condição humana*. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.
- AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.
- BAUMAN, Z. *Em busca da política*. Rio de Janeiro: Zahar, 2000.
- BERGER, P.; LUCKMANN, T. *A construção social da realidade*: tratado de sociologia do conhecimento. Petrópolis, RJ: Vozes, 1991.
- BONDÍA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. *Rev. Bras. Educ.*, Rio de Janeiro, n. 19, p. 20-28, abr. 2002.
- BRANDÃO, C. R. *O que é educação?* São Paulo: Brasiliense, 1981.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças

- e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Curso de Extensão em promoção da saúde para gestores do SUS com enfoque no Programa Academia da Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde: CEAD: UnB, 2013.
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p. 55-77.
- CASTORIADIS, C. *Encruzilhadas do labirinto II: domínios do homem*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- CHAUÍ, M. *Espinosa: uma filosofia da liberdade*. São Paulo: Moderna, 1995.
- CORTES, S. M. V. As origens da participação na área da saúde. *Saúde em Debate*, Londrina, n. 51, p. 30-37, jun. 1996.
- 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.
- IGLESIAS, A.; DALBELLO-ARAÚJO, M. As concepções de promoção da saúde e suas implicações. *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 291-298, 2011.
- LEAVELL, H. R.; CLARK, E. G. *Medicina preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill; Rio de Janeiro: FENAME, 1976.
- LEFÉVRE, F.; LEFÉVRE, A. M. C. Saúde como negação da negação: uma perspectiva dialética. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 15-18, abr. 2007.
- LOURAU, R. *El analisis institucional*. Buenos Aires: Amorrortu, 1975.
- MAFFESOLI, M. *A transfiguração do político: a tribalização do mundo*. Porto Alegre: Sulina, 1997.
- MELO, J. A. C. Educação sanitária: uma visão crítica. *Cadernos do CEDES*, v. 4, p. 28-43, 1987.
- MILANI, C. R. S. O princípio da participação social na gestão de políticas públicas locais: uma análise de experiências latino-americanas e europeias. *RAP*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, p. 551-579, maio/jun. 2008.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Conferência mundial sobre os determinantes sociais da saúde. *Diminuindo as diferenças: a prática das políticas sobre os determinantes sociais de saúde: documento para discussão*. Rio de Janeiro, out. 2011. Disponível em: <[http://www.who.int/sdhconference/discussion\\_paper/Discussion\\_Paper\\_PT.pdf](http://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion_Paper_PT.pdf)>. Acesso em: 29 mar. 2015.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPS); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Planificación local participativa: metodologías para la promoción de la salud en América Latina y el Caribe*. Washington, DC, 1999 (PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud, 41).
- ORTEGA, F. *O corpo incerto: corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea*. Rio de Janeiro: Garamond, 2008.
- SANTOS, B. S. O social e o político na transição pós-moderna. *Lua Nova*, São Paulo, n. 31, p. 181-203, dez. 1993.
- SAWAIA, B. B. Participação social e subjetividade. In: SORRENTINO, M. (Coord.). *Ambientalismo e participação na contemporaneidade*. São Paulo: Educ: Fapesp, 2001, p. 115-134.
- SAWAIA, B. B. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In: SAWAIA, B. B. (Org.). *As artimanhas da exclusão: uma análise ético-psicossocial*. São Paulo: Vozes, 1999, p. 97-118.
- SCLIAR, M. História do conceito de saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, abr. 2007.
- SILVA, G. G. S. *et al.* Momento dedicado à espera e à promoção da saúde. *Psicologia: ciência e profissão*,

Uberlândia, v. 33, n. 4, p. 1000-1013, 2013.

STOTZ, E. N.; ARAÚJO, J. W. G. Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso. *Saúde soc.*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 5-19, ago. 2004.

VIANNA, M. L. T. W.; CAVALCANTI, M. L.; CABRAL, M. P. Participação em saúde: do que estamos falando? *Sociologias*, Porto Alegre, v. 11, n. 21, p. 218-251, jan./jun. 2009.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de

doenças. In: CAMPOS, G. W. S. *et al. Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 635-667.

WESTPHAL, M. F. *et al.* Práticas democráticas participativas na construção de agendas sociais de desenvolvimento em municípios do sudeste brasileiro. *Ambiente & Sociedade*, v. 16, p. 103-128, 2013.

---

Recebido para publicação em maio de 2015

Versão final em novembro de 2015

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

# Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal

*The Brazilian Sanitary Reform Movement: a civilizatory project of alternative globalization and construction of a post-abysal thought*

Lúcia Regina Florentino Souto<sup>1</sup>, Maria Helena Barros de Oliveira<sup>2</sup>

**RESUMO** O objetivo deste artigo é compreender os desafios colocados à efetivação do direito à saúde, proclamado na Constituição de 1988, na perspectiva dos valores afirmados pelo projeto civilizatório do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB). Inicialmente destacamos a dimensão civilizatória do MRSB e enfatizamos o seu caráter contra-hegemônico, nas dimensões política e epistemológica. Demarca um processo constituinte de direitos e a criação/produção de um novo campo de conhecimento, a saúde coletiva, o que permite, na nossa opinião, alinhá-lo no pensamento pós-abissal, uma ecologia de saberes.

**PALAVRAS-CHAVE** Democracia; Direito à saúde; Reforma dos serviços de saúde; Saúde pública; Ecologia de saberes.

**ABSTRACT** *The goal of this article is to understand the challenges to the effectuation of health rights, as stated in the 1988 Constitution, from the perspective of the civilizatory project of the Brazilian Movement for Sanitary Reform (MRSB). Initially we highlight the civilizational dimension of the MRSB and try to emphasize its counter-hegemonic character in the political and epistemological dimensions. Delimits a constituent process of rights and the creation/production of a new field of knowledge, Collective Health, which allows, in our opinion, align it into post-abysal thought, an ecology of knowledge.*

**KEYWORDS** *Democracy; Right to health; Health care reform; Public health; Ecology of knowledge.*

<sup>1</sup> Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Direitos Humanos, Saúde e Diversidade Cultural. Rio de Janeiro (RJ) – Brasil. [luciafsouto@yahoo.com.br](mailto:luciafsouto@yahoo.com.br)

<sup>2</sup> Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Direitos Humanos, Saúde e Diversidade Cultural. Rio de Janeiro (RJ) – Brasil. [mhelen@ensp.fiocruz.br](mailto:mhelen@ensp.fiocruz.br)

Perguntei ao homem o que era o Direito. Ele me respondeu que era a garantia do exercício da possibilidade.  
(Oswald de Andrade)

## Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um pensamento pós-abissal, uma ecologia de saberes

Segundo Paim (2007, p. 21),

no Brasil, surgiu em meados da década de 70, um movimento postulando a democratização da saúde, justamente num período no qual novos sujeitos sociais emergiram nas lutas contra a ditadura.

O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) constituiu-se no processo de amplas mobilizações da sociedade brasileira pela redemocratização. Expressou a indignação da sociedade frente as aviltantes desigualdades, a mercantilização da saúde (AROUCA, 2003) e, configurou-se como ação política concertada em torno de um projeto civilizatório de sociedade inclusiva, solidária, tendo a saúde como direito universal de cidadania.

A partir dessa compreensão é possível dialogar com algumas das reflexões de Santos (2007A, p. 3):

[...] que as linhas cartográficas abissais que demarcaram o Velho e o Novo mundo na era colonial subsistem estruturalmente no pensamento moderno ocidental e permanecem constitutivas das relações culturais excludentes mantidas no sistema mundial contemporâneo. A injustiça social global estaria associada à injustiça cognitiva global, de modo que a luta por uma justiça social global requer a construção de um pensamento 'pós-abissal'.

Destacamos dimensões do MRSB como, a dimensão civilizatória, a democrática participativa, a epistemológica que, no nosso entendimento, permitem alinhá-lo como constitutivo de um pensamento pós-abissal, uma ecologia de saberes sendo parte das disputas globais, históricas, políticas e epistemológicas. Conforme Santos (2007A, p. 3-4)

O pensamento moderno ocidental é um pensamento abissal. Consiste num sistema de distinções visíveis e invisíveis, sendo que as invisíveis fundamentam as visíveis. As distinções invisíveis são estabelecidas através de linhas radicais que dividem a realidade social em dois universos distintos: o universo 'deste lado da linha' e o universo 'do outro lado da linha'. A divisão é tal que 'o outro lado da linha' desaparece enquanto realidade, torna-se inexistente, e é mesmo produzido como inexistente. Inexistência significa não existir sob qualquer forma de ser relevante ou compreensível. Tudo aquilo que é produzido como inexistente é excluído de forma radical porque permanece exterior ao universo que a própria concepção aceite da inclusão considera como sendo o Outro.

Na dimensão civilizatória, destacamos o caráter contra-hegemônico do projeto civilizatório do MRSB, ao afirmar a saúde como direito universal de cidadania, na contramão do projeto de globalização neoliberal com sua agenda de restrição de direitos, de focalização das políticas sociais, preconizadas pelas agências internacionais (Banco Mundial, Fundo Monetário Internacional), como única saída para a crise fiscal das décadas de 1970/1980.

Na dimensão democrática participativa, destacamos o processo constituinte de ampla e plural participação, marca indelével da construção do direito à saúde no Brasil, expressa no texto da Constituição de 1988.

Na dimensão epistemológica, a criação do plural e aberto campo da saúde coletiva que vem possibilitando a emergência

de múltiplos saberes, e de uma justiça cognitiva pelo exercício real de uma ecologia de saberes, constituindo-se como um dos valores do projeto do MRSB de resistência e construção de alternativas, frente ao projeto de uma globalização neoliberal excludente e monocultural.

A construção do campo da saúde coletiva, invenção genuinamente brasileira, tem origem a partir da crítica realizada à medicina preventiva, por Arouca (2003) em sua tese de doutorado 'O dilema preventivista'. Paim (2007, p. 20) ressalta que

a partir da crítica à medicina preventiva ocorreu uma aproximação teórico-conceitual com a medicina social, evoluindo para a constituição da saúde coletiva, enquanto campo científico comprometido com a prática teórica.

A crítica realizada por Arouca (2003) ao discurso liberal da medicina preventiva, instigou o desafio à sua superação, propiciando o ineditismo da criação compartilhada do campo da saúde coletiva no Brasil. A compreensão da determinação social do processo saúde/doença, entre outros conceitos, produziu repercussões na reflexão política, nas múltiplas práticas de saberes da saúde em contraste com a hegemonia monocultural do paradigma biomédico. Como comenta Santos (2010, p. 157),

A ecologia de saberes procura dar consistência epistemológica ao saber propositivo. Trata-se de uma ecologia porque assenta no reconhecimento da pluralidade de saberes heterogêneos, da autonomia de cada um deles e da articulação sistêmica, dinâmica e horizontal entre eles. A ecologia de saberes assenta na independência complexa entre os diferentes saberes que constituem o sistema aberto de conhecimento em processo constante de criação e renovação. O conhecimento é interconhecimento, é reconhecimento, é autoconhecimento.

Para Santos (2010, p. 157) como o conhecimento científico não está distribuído socialmente de forma equitativa, as intervenções no real que privilegiam são as dos grupos sociais que detêm o conhecimento científico. "A injustiça social assenta na injustiça cognitiva. A ecologia de saberes é a epistemologia da luta contra a injustiça cognitiva". O campo da saúde coletiva permitiu substituir monoculturas por ecologias o que nos permite operar com o que Santos (2010) denomina sociologia das ausências, ou seja, tornar presente as experiências desperdiçadas, através de múltiplas formas de produção social de ausências como: o ignorante, o residual, o inferior, o local, e o improdutivo. Em cada um desses domínios, a sociologia das ausências se exerce substituindo monoculturas por ecologias.

O 'ignorante': nesse domínio trabalha com o princípio da incompletude dos saberes, não há ignorância em geral nem saber em geral; o 'residual': nesse domínio confronta a lógica da monocultura do tempo linear partindo da ideia de tempos e temporalidades distintos para cada sociedade e que culturas distintas geram diferentes regras temporais, o que permite libertar as práticas sociais do estatuto residual atribuído pelo cânone temporal hegemônico. No domínio do 'inferior', confronta a desqualificação colonizadora que identifica a diferença com desigualdade, propondo nova articulação entre os princípios da igualdade e diferença, a ecologia de diferenças iguais feita de reconhecimentos recíprocos. No domínio do 'local', a sociologia das ausências opera a (des)globalização do local em relação à globalização hegemônica e explora a possibilidade de o (re)globalizar como forma de globalização contra-hegemônica; o 'improdutivo', nesse domínio confronta o que a ortodoxia produtivista capitalista busca ocultar, ao recuperar e valorizar sistemas alternativos de produção das organizações econômicas populares, cooperativas de trabalhadores, empresas autogeridas da economia solidária e, com isso, amplia o espectro da realidade social pela experimentação



e pela reflexão sobre alternativas econômicas realistas para uma sociedade mais justa.

Segundo Nunes (2008, p. 60):

A contribuição de Santos para o debate epistemológico do Norte [...] caracteriza-se pela identificação de um conjunto de processos e de manifestações de crise que são interpretados no quadro de uma crise mais geral do projeto da modernidade. Uma compreensão do mundo que não se esgota na compreensão ocidental do mundo.

A constituição do campo da saúde coletiva situa-se no campo de disputa epistemológica ao promover a emergência e visibilidade de outros saberes, populares, de povos tradicionais, até então desqualificados, pelo monopólio do saber da ciência moderna, como pensamentos não científicos, e muitas vezes objeto de um verdadeiro epistemicídio (SANTOS, 1998).

No que se refere à epistemologia o pensamento abissal funda-se no que Santos (2007A) designa de linha abissal epistemológica que distingue saberes científicos daqueles da 'não ciência', e prossegue na desqualificação, seja pela apropriação de alguns desses saberes, seja eliminando-os através de diferentes formas de epistemicídio (NUNES, 2008).

A emergência da saúde coletiva permite escapar dos cânones epistemológicos hegemônicos da ciência moderna, valoriza práticas e saberes produzidos coletivamente, abrindo caminho para uma justiça cognitiva ao se contrapor à distribuição não equitativa de conhecimentos, em suas múltiplas formas, a projetos tanto de apropriação privada de conhecimentos e saberes como, a desqualificação, eliminação desses saberes.

A transformação do saber e do conhecimento em algo que pode ser objeto de apropriação privada, separado dos que o produzem, transportado, comprado, vendido, sujeito à forma de direito de propriedade estranhas ao contexto em que esse saber ou conhecimento foi

produzido e apropriado coletivamente corresponde, de fato, a uma operação de eliminação obscurantista de saberes e de experiências em nome da sua racionalização e da sua subordinação aos cânones epistemológicos associados à ciência moderna. Esse resultado pode ser obtido, assim, através de dois caminhos: o da assimilação da destruição física, material, cultural e humana, e o da incorporação, cooptação. (SANTOS, 2007B, p. 9).

O projeto civilizatório do MRSB contribuiu para que as experiências de vida dos oprimidos lhes sejam inteligíveis por via do que Santos (2010) denomina uma epistemologia das consequências.

A ecologia de saberes não concebe os conhecimentos em abstrato, mas antes como práticas de conhecimento que possibilitam ou impedem certas intervenções no mundo real e deixa de conceber a ciência como referência ou ponto de passagem para o reconhecimento de todos os saberes e conhecimentos. Deste modo, é a própria concepção do que é a epistemologia que é radicalmente transformada. Um pragmatismo epistemológico é, acima de tudo, justificado pelo fato de as experiências de vida dos oprimidos lhes serem inteligíveis por via de uma epistemologia das consequências. No mundo em que vivem, a consequência vem sempre primeiro que as causas. (SANTOS, 2007A, p. 28).

Podemos caracterizar o processo do MRSB como um processo de resistência contra as linhas abissais e parte de uma articulação latinoamericana de saúde pública/medicina social e a nascente saúde coletiva, na perspectiva de tecer um pensamento pós-abissal em escala global.

Muitas das experiências subalternas de resistência são locais ou foram localizadas e assim tornadas irrelevantes ou inexistentes pelo conhecimento abissal moderno, o único capaz de gerar experiências globais. Contudo, uma

vez que a resistência contra as linhas abissais tem de ter lugar a uma escala global, é imperativo desenvolver algum tipo de articulação entre as experiências subalternas através de ligações locais globais. Para ser bem-sucedida, a ecologia de saberes tem de ser trans-escalar. (SANTOS, 2007A, P. 27).

Consideramos a experiência do MRSB como relevante contribuição do Sul global na perspectiva de uma epistemologia do Sul, e, de uma articulação local/global de globalização contra-hegemônica.

O pensamento pós-abissal pode ser sintetizado como um aprender com o Sul usando uma epistemologia do Sul. Confronta a monocultura da ciência com uma ecologia de saberes. (SANTOS, 2007A, P. 22).

## Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: dialogando e aprendendo com o Sul

Ao recordar o MRSB o faremos de um lado, pelo (re)conhecimento de seu significado como experiência que traz à tona um Brasil popular, protagonista indiscutível da construção de políticas públicas, dos direitos sociais e políticos no País, de forma democrática, participativa, com suas diversas expressões locais, como os movimentos comunitários pelo direito à saúde, herdeiros de tantos outros, que revelam um Brasil, não da falta, mas de uma potência criativa. Por outro lado, pela sua insubordinação intelectual e capacidade política de realizar o milagre de iniciar algo inteiramente novo, de escapar do previsível, no sentido trabalhado por Arendt (1990, 2009) e Souto (2012), construindo no processo constituinte de 1988, um projeto civilizatório de transformações sociais e, do campo da saúde, na contramão

da tendência mundial, hegemonizada por propostas de reformas de cunho neoliberal.

A ditadura militar com seu processo de modernização autoritária (SINGER, 1976; BRESSER-PEREIRA, 2014) adota uma estratégia de aliança entre o governo, o capitalismo nacional e o internacional e, implementa uma política de desenvolvimento econômico que exclui os trabalhadores. O chamado milagre brasileiro, crescimento econômico com arrocho salarial e perda do poder aquisitivo do salário-mínimo, enfatiza uma histórica concentração de renda, aumento das desigualdades sociais e também o aumento da dívida externa do País. Na área da saúde, a configuração é de uma cisão entre a saúde pública e individual, sendo o Ministério da Saúde, fragilizado financeiramente, responsável pela promoção da saúde, prevenção de doenças, pelo enfrentamento das grandes endemias e atendimento aos chamados indigentes, e o Ministério da Previdência, através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), responsável pela atenção individual aos portadores de carteira de trabalho. Nesse período, a saúde transforma-se em bem de consumo com o fomento à expansão do mercado de planos e seguros-saúde, e correspondente deterioração dos serviços públicos.

Como comenta Escorel (2008, P. 324)

Até 1964, a assistência médica previdenciária era prestada, principalmente, pela rede de serviços próprios dos IAPs, compostos por hospitais, ambulatórios consultórios médicos. A partir da criação do INPS, alegando a incapacidade de a rede própria de serviços fornecer assistência médica a todos os beneficiários, foi priorizada a contratação de serviços de terceiros. A orientação de privilegiar o setor privado de serviços de saúde, foi no âmbito da previdência social, a expressão da diretriz estabelecida na Constituição de 1967 e reiterada na Constituição de 1969, consubstanciada no Decreto-Lei n. 200/1968 sobre a Reforma Administrativa.

O arbítrio se difunde em exemplos como a interferência da censura na divulgação de dados sobre a epidemia de meningite e, o emblemático ‘massacre de Manguinhos’, a cassação dos direitos políticos e aposentadoria compulsória de dez pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz, sob a égide do AI-5. Não por acaso, o lema chave do MRSB foi: ‘Saúde é Democracia’.

Em um contexto de aprofundamento da crise política, econômica, social, de legitimidade da ditadura militar, cresce e se irradiam por todo o País as mobilizações pela redemocratização, pela constituinte e pelas eleições diretas para presidente da república. As iniciativas de mobilização se multiplicam como as memoráveis greves do ABC paulista em maio de 1978, os movimentos comunitários País afora, com sua pauta de direitos sociais de cidadania como saúde, moradia, transporte, educação cultura, o movimento Diretas Já, que culmina num histórico comício de mais de um milhão de pessoas na Candelária, Rio de Janeiro, em 10 de abril de 1984. No campo, o movimento de trabalhadores rurais luta pelo direito à terra e pela reforma agrária.

O movimento estudantil e a academia reforçam uma agenda de reformas democráticas para a Assembleia Nacional Constituinte. Estava posto o desafio de elaborar uma Constituição que encarnasse o espírito da época, que traduzisse a potência política do momento em direitos de cidadania. As possibilidades aí inauguradas são consistentes e, não é por mero acaso, que a Constituição de 1988 torna-se a Constituição Cidadã e a República é denominada Nova República. A Constituição Cidadã de 1988 inaugura um novo momento na cena política do País, da democracia de massas, a aprovação do voto do analfabeto realiza a inclusão de todos os brasileiros no processo político. São estabelecidos os direitos sociais universais de cidadania e, incorporados no seu texto elementos de democracia direta, participativa, para além da democracia representativa.

No mesmo período prospera em nível mundial um debate no campo da saúde motivado tanto pelos altos custos da assistência médica, sem o correspondente impacto sobre as condições de saúde da população, quanto pelo fato da crescente participação dos governos no financiamento, seja nos sistemas públicos ou nos de natureza privada. Com importante influência dos Estados Unidos nasce então a ‘medicina preventiva’, como método a ser incorporado à prática médica liberal visando racionalizar gastos e produzir impactos sobre as condições de saúde.

A crise fiscal do período 1970/80 repercutiu globalmente na agenda da saúde, e, como comenta Almeida (2008), vários autores de origens políticas e ideológicas distintas, convergem para um mesmo diagnóstico formulando um homogêneo discurso conservador que se opõe às políticas universais com uma agenda de gerenciamento da crise através do receituário de ajustes macroeconômicos de organismos internacionais (Banco Mundial, Fundo Monetário Internacional), cortes de gastos e menos Estado. Essa agenda de reformas da saúde persiste até hoje, subordinada à perspectiva do projeto neoliberal de construção de uma sociedade orientada para o mercado.

Ao mesmo tempo, a influência de governos sociais-democratas de países europeus produz renovação da Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo eleito para presidir a (1973-1988) o médico dinamarquês Halfdan T. Mahler. Nesse contexto, a OMS organiza a XXX Assembleia Mundial da Saúde, em 1977, quando é lançado o movimento Saúde Para Todos no Ano 2000. Como marco inicial, é realizada em setembro de 1978 a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde na cidade de Alma-Ata, no Cazaquistão, que reafirma a saúde como um direito humano fundamental e como uma das mais importantes metas mundiais para a melhoria das condições de vida e redução das desigualdades. Coloca-se, então, uma visão crítica tanto, aos programas verticais

desenvolvidos na América Latina e África, como, ao hegemônico modelo biomédico de atenção à saúde enfatizando a determinação social do processo saúde-doença.

O MRSB significa, nesse contexto, uma experiência contra-hegemônica, na contra-mão da tendência hegemônica de reformas de cunho neoliberal e, afirma a indissociável conexão entre a reforma democrática/republicana da saúde e um projeto de desenvolvimento inclusivo para o País.

A compreensão política do processo, o espírito libertário, a ousadia intelectual criativa de pensar o nunca antes pensado, a ação concertada, permeiam as várias iniciativas e, assim, o movimento sanitário ganha forma e, se delinea o projeto político civilizatório da Reforma Sanitária Brasileira.

Como diz Cordeiro (2004, p. 345)

No turbilhão de autores, discutidos no fim de tarde à beira de alguma birôsca da moda, iam sendo urdidas ideias, projetos, soluções nem sempre exequíveis e [...] da confluência entre a Academia e a práxis, entre as críticas ao complexo médico-empresarial e o exercício de propostas de descentralização e municipalização, brotavam rabiscos de alternativas que, muitas vezes, se traduziam em novos cursos, seminários, documentos, reuniões no Sindicato dos médicos ou no Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes). Um momento estratégico para a organização da Reforma Sanitária foi o 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, com debate e aprovação do documento a 'Questão democrática na área da saúde', apresentado pela diretoria nacional do Cebes, transformando-se em documento base para as conclusões finais do encontro.

O caráter crítico do documento aprovado no I Simpósio de Política Nacional de Saúde em outubro de 1979 ao regime autoritário pode ser visto no excerto:

Política que substitui a voz da população pela sabedoria dos tecnocratas e pelas pressões

dos diversos setores empresariais; política de saúde que acompanha em traçado as linhas gerais do posicionamento socioeconômico do governo-privatizante, empresária e concentrada renda, marginalizando cerca de 70% da população de benefícios materiais e culturais do crescimento econômico [...]. Política de saúde, enfim, que esquece as necessidades reais da população e se norteia exclusivamente pelos interesses de minoria constituída e, confirmada pelos donos das empresas médicas e gestores da indústria da saúde em geral. (CEBES, 1980, p. 47).

Nesse documento como observa Cordeiro (2004), já estão contidos alguns dos princípios que seriam adotados pela reforma sanitária como direito universal e inalienável, a determinação social do processo saúde/doença, a descentralização, regionalização, hierarquização, participação popular e controle social e entre as medidas iniciais se destaca "Criar o Sistema Único de Saúde" (CORDEIRO, 2004, p. 346). E ressalta um ponto fundamental:

[...] negador de uma solução meramente administrativa ou 'estatizante'. Evita-se [...] uma participação de tipo centralizador, tão cara ao espírito corporativo e tão apto a manipulações que cooptam um Estado fortemente centralizado e autoritário, como tem sido tradicionalmente o estado brasileiro. (CORDEIRO, 2004, p. 47).

## **VIII Conferência Nacional de Saúde - uma Constituinte Popular de Saúde - tecendo uma ecologia de saberes**

Nessa teia de iniciativas vai se configurando um movimento enraizado e organizado nacionalmente. São criados múltiplos ambientes de encontros, profissionais, comunitários, legislativos, debates, fóruns locais, regionais, nacionais, plenárias de saúde. As discussões proliferam em simpósios, seminários, cursos e, criam-se veículos de comunicação

alternativos. Esse amplo processo de mobilização e construção coletiva do direito à saúde se expande tanto em pré-conferências estaduais como em pós-conferências nacionais temáticas com uma pluralidade de temas como as Conferências Nacionais da Saúde da Mulher (10-13/10/1986), Saúde da População Indígena (26-24/11/1986), Saúde do Trabalhador (1-5/12/1986) Saúde Mental (25-28/06/1987). Esse rico processo participativo tem como momento culminante a VIII Conferência Nacional de Saúde (17-21/03/1986) com a participação de cerca de 5 mil pessoas, a metade oriunda de movimentos sociais, uma verdadeira Constituinte Popular da Saúde, uma celebração emocionante de felicidade pública, uma festa popular multicultural democrática/republicana. Num clima de efervescente criatividade e compromisso, povos indígenas, movimento feminista, grupos de pacientes, movimentos comunitários, trabalhadores rurais e urbanos, debatem durante cinco dias em cento e trinta e cinco grupos de trabalho, e numa assembleia final que durou mais de 24 horas, aprovam o projeto político da Reforma Sanitária Brasileira, que foi base do capítulo da saúde na Constituição de 1988. É bom lembrar que não foram poucos os que apostaram que naquela 'balburdia' polifônica nada se produziria. Também no processo da Constituinte, o movimento organiza espaços inovadores como a Plenária das Entidades de Saúde e a Comissão Nacional da Reforma Sanitária que transformou o texto da Constituição na Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080 de 19/09/1990.

O significado político da VIII Conferência Nacional de Saúde transcende o âmbito da luta pelo direito à saúde e está no âmbito dessas práticas que marcam as possibilidades políticas de um tempo. Como bem compreende Arouca (1986, p. 35) na sua fala de abertura à VIII Conferência, 'Democracia é Saúde':

Inicialmente eu também gostaria de dizer que,

infelizmente por condições absolutamente arquitetônicas, existe um fosso entre a mesa e a plateia, quando na realidade toda a nossa intenção, ao contrário de colocar jacarés, crocodilos e demais espécies peçonhentas no fosso, sempre foi de conseguir uma integração bastante clara, transparente, objetiva na discussão das questões de política de saúde. Por isso, eu gostaria de solicitar que na realidade nós estivessemos o mais próximo possível nessa discussão sobre políticas de saúde. Em segundo lugar, eu gostaria também de pedir desculpas aos sanitaristas, aos médicos, aos profissionais da área, aos pesquisadores, aos funcionários que trabalham no Ministério da Saúde, mas, na realidade, hoje, nesta 8ª Conferência Nacional de Saúde, acho que temos um convidado, um participante que conseguiu um lugar nesta Conferência, com bastante sacrifício, e que é a sociedade brasileira organizada. Eu acho que é muito para eles que eu gostaria, hoje, quase que dedicar estas palavras. Acho que o fato de estar aqui na 8ª Conferência Nacional da Saúde, a representação de confederações nacionais de trabalhadores, de estarem aqui representados e pedindo direito à voz e a voto o movimento popular da saúde de Recife, pelo fato de estarem aqui participando associações de bairro e outras entidades da sociedade brasileira como a CNBB, a ABI, a OAB, enfim o conjunto de entidades que conseguimos identificar num mapeamento quase que exaustivo da sociedade brasileira, eu gostaria de considerá-los como membros privilegiados desta 8ª Conferência Nacional da Saúde. E a eles quero dedicar a discussão sobre essa questão de 'Democracia é Saúde' que vamos enfrentar.

Cabe ressaltar que a capacidade de pensar o novo, a coragem de correr riscos, de experimentar, de constituir espaços públicos de participação ativa e radicalmente democrática/republicana, foi o que permitiu desbravar novos caminhos, teóricos e políticos que lastrearam a fundação de algo inédito, o

projeto da Reforma Sanitária Brasileira.

Essas características fundadoras do MRSB permitem, na nossa opinião, compreendê-lo como parte constituinte e constitutiva de um processo de globalização alternativa, de um pensamento pós-abissal e de exercício de uma ecologia de saberes.

## **O direito à saúde: entre o passado e o futuro – o giro de volta aos valores do projeto civilizatório do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira**

Pensamos ser crucial para enfrentar os desafios à efetivação do direito à saúde, proclamado na Constituição de 1988, realizarmos um giro de volta aos valores fundantes do MRSB, ou seja, compreendê-los na perspectiva de um projeto civilizatório e político de reforma democrática/participativa e republicana do Estado e sociedade brasileiros e, não o rebaixar a uma mera reforma gerencial, burocrática, administrativa da área da saúde. Como comenta Arouca (2002, p. 19) “nós temos que retomar o conceito de reforma sanitária para retomar políticas dentro do sistema sem burocratizá-lo”.

A capacidade do MRSB de se contrapor ao hegemônico projeto neoliberal, com sua agenda de primazia do mercado no campo da saúde, só foi possível, pela ação política concertada, pela potência de um pensamento crítico que permitiu escapar do previsível e, inaugurar algo inteiramente novo, o milagre do novo começo, tal como o concebe Arendt (1999, 2009). Na mesma direção expõe Teixeira (2009, p. 46)

O movimento que impulsionou a Reforma Sanitária Brasileira colocou como projeto a construção contra-hegemônica de um novo patamar civilizatório, o que implica uma profunda mudança cultural, política e

institucional capaz de viabilizar a saúde como bem público.

Como pano de fundo para melhor compreendermos os desafios que se colocam buscamos luzes nas reflexões de Arendt (1990) sobre a crise da modernidade ocidental e, em Santos (2010) sobre a crise do contrato social da modernidade e a emergência do fascismo social.

Para Arendt (1990), a cadeia de catástrofes deflagradas pela Primeira Guerra Mundial, com o surgimento dos regimes totalitários, com o genocídio, a descartabilidade humana na produção industrial do extermínio, a tragédia e os horrores das desnacionalizações de populações inteiras e as desnaturalizações em massa a criar uma multidão de apátridas, sem direito a ter direitos, descortinou uma realidade dos sem nação, sem território, sem cidadania, expulsos da humanidade, refugio de todos os Estados Nações, evidenciando a falácia da promessa das Declarações de Direitos Humanos surgida com o advento das Revoluções da Era Moderna e a crise do seu corpo político, o Estado-Nação.

É como se a humanidade se houvesse dividido entre os que acreditam na onipotência humana (e que julgam ser tudo possível a partir da adequada organização das massas num determinado sentido) e os que conhecem a falta de qualquer poder como a principal experiência de vida. (ARENDRT, 1990, p. 11).

Para ela, o século XX presenciou o declínio do político, seja pela violência devastadora do fenômeno totalitário, seja pela transformação estrutural da esfera pública, privatizada pelo primado do econômico, da necessidade do ‘ganhar a vida’, reduzindo o cidadão a trabalhador/consumidor. As sociedades administradas de massas, com sua uniformização e isolamento dos indivíduos. A ação, atributo da política, para Arendt (1990), é substituída pelo comportamento repetitivo, previsível, a hegemonia da racionalidade do

consumo em nome do consumo, produzindo uma sociedade de indivíduos voltados para si mesmos, sua satisfação e, se protegendo das hostilidades do mundo, quando o ponto central de toda a política é o comprometimento com o mundo pela ação concertada.

Em Santos (2010) destacamos a reflexão sobre a crise contemporânea do contrato social, que tem presidido a organização da sociabilidade econômica, política e cultural das sociedades modernas e, a emergência do fascismo social, uma nova forma de estado de natureza que prolifera à sombra da crise do paradigma do contrato social que tem presidido a organização da sociabilidade econômica, política e cultural das sociedades modernas.

Como comenta Santos (2010), esse paradigma do contrato social do Estado-Nação Moderno, de produção de quatro bens públicos: legitimidade de governar, bem-estar econômico e social, segurança e identidade cultural, com todas as suas variações de critérios de inclusão/exclusão, vem atravessando um período de grande turbulência, tão profunda, que aponta para uma convulsão de época e uma transição paradigmática. As transformações do contrato social têm produzido diferentes e profundas mudanças em seus três dispositivos operacionais, a socialização da economia, a politização do Estado, a nacionalização da identidade cultural que são decorrentes, direta ou indiretamente, do consenso liberal.

O consenso econômico neoliberal, o chamado Consenso de Washington de 1989, embora desgastado por contradições, oposições e críticas, configurou-se como um contrato social entre os países capitalistas centrais que, estabeleceu as grandes transformações político-econômicas do capitalismo mundial nas últimas décadas. Este consenso expresso em dez regras, entre as quais disciplina fiscal, redução dos gastos públicos, abertura comercial, juros de mercado, câmbio de mercado, privatização das estatais, desregulamentação das leis

econômicas e trabalhistas, direito à propriedade intelectual, apresentadas como condições inexoráveis, forças naturais, as quais os outros países deviam se subordinar.

Este consenso neoliberal com seus significados, entre outros, de retirada do Estado da regulação social, de privatização dos serviços públicos é tratado por Santos (2010) como governo indireto, quando poderosos atores não estatais adquirem o controle sobre as vidas e o bem-estar de vastas populações, seja pelo controle dos cuidados de saúde, da terra, das sementes, da floresta ou da qualidade ambiental. A esse regime social de relações de poder extremamente desiguais que permite o poder de veto dos mais fortes sobre a vida e maneira de viver dos mais fracos é descrito como ascensão do fascismo social, caracterizado em lógicas, aqui brevemente apresentadas. Como por exemplo: 'o fascismo do apartheid social', a segregação social dos excluídos, dividindo zonas selvagens urbanas, do estado natureza hobbesiano, de guerra civil interna, e, zonas civilizadas do contrato social que vivem sob ameaça das selvagens; 'o fascismo contratual', o projeto neoliberal de transformação do contrato de trabalho em contrato de direito civil, frequente nas privatizações dos serviços públicos; 'o fascismo territorial', a retirada do Estado do controle de territórios onde atuam atores de forte poder econômico e patrimonial que exercem a regulação social sem a participação e contra os interesses de seus habitantes; 'o fascismo financeiro', a mais violenta forma de sociabilidade fascista, a lógica de lucro especulativo que confere ao capital financeiro um poder discricionário, praticamente incontrolável, poderoso o suficiente para abalar em segundos a economia real ou a estabilidade política de qualquer país. Como informa Santos de cada cem dólares que circulam diariamente no mundo, noventa e oito pertence a essa economia de cassino e, apenas dois por cento à economia real.

As consequências do projeto neoliberal

para a humanidade são devastadoras como mostra o recém-divulgado estudo da organização não governamental britânica Oxfam (*Oxford Committee for Famine Relief*) sobre a evolução da desigualdade no mundo, com base em dados do *Credit Suisse*. O estudo mostra que a parcela da riqueza mundial nas mãos do 1% mais rico da humanidade cresceu 44%, do total em 2009 para 46% em 2014. A continuar esse processo de concentração, a projeção é de que o 1% mais rico terá mais de 50% dos bens e patrimônios existentes no mundo e pode, já em 2016 concentrar uma riqueza maior do que o resto dos 99% combinados. O estudo também mostra que a concentração é mais intensa no topo, como o fato de que em 2010 as 80 pessoas mais ricas do planeta tinham uma riqueza conjunta de US\$ 1,3 trilhão e em 2014 o valor já era de US\$ 1,9 trilhão. Ao mesmo tempo o patrimônio da metade mais pobre do mundo é menor do que em 2009. Outro dado mostra que em 2013/2014 a riqueza do 1% está concentrada em setores como finanças e seguros com grande crescimento do mercado global da saúde, serviços médicos e indústria farmacêutica (CALEIRO, 2015).

No Brasil, o processo democrático participativo que impulsionou a conquista da Constituição Cidadã de 1988, plataforma para o enfrentamento das desigualdades estruturais do País (BARROS; HENRIQUES; MENDONÇA, 2000), transitou entre forças políticas contraditórias dificultando a afirmação de um projeto desenvolvimentista com inclusão social e distribuição de renda.

A desintegração do pacto democrático popular, como o denomina Bresser-Pereira (2014), que presidiu a transição democrática, interrompe a oportunidade de retomada do projeto social desenvolvimentista, repetindo o problema de desacelerações e crises econômicas cíclicas do desenvolvimentismo brasileiro, conforme analisa Fiori (2015).

A partir da década de 1990, o projeto neoliberal chega tardiamente ao Brasil, e, sob a insígnia do fim da era Vargas se desarticula o

Estado regulador com a proposta de centralidade do mercado e Estado mínimo. Mesmo com fortes resistências de movimentos sociais e políticos, se implementam políticas de informalização e precarização das relações de trabalho, privatização irresponsável do patrimônio público, subalternidade da política externa e financeirização da economia.

A ascensão de governos pós-neoliberais na América Latina nos anos 2000, representou um contraponto importante à hegemonia neoliberal liderada pelos Estados Unidos, considerada por Chomsky (2015) como uma das resistências mais importantes ao assalto neoliberal no mundo. A criação da Unasul (União das Nações Sul-Americanas), Celac (Comunidade de Estados Latino-Americanos e Caribenhos), do bloco econômico do Brics (Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul) são iniciativas representativas de um complexo processo de construção de alternativas a hegemonia neoliberal.

O Brasil a partir de 2003 realiza uma mudança na perspectiva de um projeto de desenvolvimento com inclusão social e a implementação de políticas de redução das desigualdades, com a retirada de milhões de pessoas da miséria, aumento real do salário-mínimo, menor taxa de desemprego da série histórica do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) com impactos, entre outros, sobre os determinantes sociais da saúde.

Realizamos essa breve contextualização para melhor compreendermos os desafios colocados à realização efetiva do direito universal à saúde, sua inerente articulação com outro padrão de desenvolvimento e, suas conexões com o aprofundamento de uma radical reforma democrática participativa do Estado e sociedade brasileira, que promova a consolidação do projeto de desenvolvimento inclusivo e solidário capaz de enfrentar as desigualdades estruturais do País na perspectiva dos valores do projeto civilizatório do MRSB e, do que Santos (2010) denomina



a reinvenção solidária e participativa do Estado.

A atualidade da disputa de projetos no campo da saúde, a nível global/local, é clara, como revela o Relatório Mundial da Saúde de 2010 (OMS, 2010), 'Financiamento dos Sistemas de Saúde: o Caminho para a Cobertura Universal', uma clara manifestação do pensamento neoliberal de restrição de direitos, focalização das políticas sociais, subordinação da saúde e, da vida dinâmica do mercado, difundido em uma série de artigos sobre o tema, publicados na prestigiada revista inglesa 'Lancet', um dos quais dizia que 'cobertura universal de saúde' corresponderia a uma terceira transição sanitária global. Em dezembro de 2012 o tema foi levado à Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) e incorporado como um dos itens da Resolução A/RES/67/81 – Saúde Global e Política Externa (NORONHA, 2013).

O Brasil, em que pese os avanços que nos colocam na condição de referência latino-americana de sistema universal de saúde, como reconhece a Alames (Associação Latino-Americana de Medicina Social) (ALAMES; CEBES, 2013) convive com desafios estruturais para a consolidação do direito universal à saúde que repercutem nos desafios à construção de um outro padrão de desenvolvimento tão bem sintetizado por Furtado (1998, p. 64-65):

Devemos nos empenhar para que esta seja a tarefa maior dentre as que preocuparão os homens no correr do próximo século: estabelecer novas prioridades para a ação política em função de uma nova concepção de desenvolvimento, posto ao alcance de todos os povos e capaz de preservar o equilíbrio ecológico. O espantinho do subdesenvolvimento deve ser neutralizado. O principal objetivo da ação social deixaria de ser a reprodução dos padrões de consumo das minorias abastadas para ser a satisfação das necessidades fundamentais do conjunto da população e a educação concebida como desenvolvimento das

potencialidades humanas nos planos ético, estético e de ação solidária. A criatividade humana, hoje orientada de forma obsessiva para a inovação tecnológica a serviço da acumulação econômica e do poder militar, seria reorientada para a busca do bem-estar coletivo, concebido este como a realização das potencialidades dos indivíduos e das comunidades vivendo solidariamente.

A busca para superação das desigualdades estruturais e dos riscos do fascismo social pela erosão do contrato social exige uma compreensão que nos impulse a escapar do previsível e realizar o milagre do novo começo pela ação concertada (ARENDR, 1990, 2009), da ação não conformista, rebelde, a ação-com-clinamen como denomina Santos (2010), na perspectiva da reinvenção solidária e participativa do Estado pós-neoliberal, do Estado de Bem-Estar Social.

São múltiplas as dimensões abordadas por Santos (2010) da reinvenção solidária e participativa do Estado superando sua privatização patrimonialista, como a refundação democrática das relações entre administração pública e organizações não governamentais, entre democracia representativa e participativa, entre sociabilidades alternativas. Uma das condições destacadas diz respeito à democracia redistributiva com a afirmação de uma solidariedade fiscal, e uma fiscalidade participativa.

Apesar de o Brasil estar realizando esforços, já significativos, na busca da redistribuição da riqueza produzida são notórias as resistências internas na direção de outro padrão tributário, progressivo, de uma maior visibilidade e transparência financeira, que permitam avançar para um padrão de justiça tributária, como a taxação de grandes fortunas e, assim, identificar as barreiras ao desenvolvimento solidário, como, a financeirização da economia reorientando recursos para políticas sociais estratégicas ao enfrentamento das desigualdades, como o direito universal à saúde.

Os desafios são complexos, pois trata-se de enfrentar a hegemonia da lógica do mercado no campo da saúde, sua colonização pelo modelo biomédico de atenção com as consequentes desigualdades econômicas, culturais, epistemológicas, expressas em situações persistentes como os exemplos do subfinanciamento crônico do sistema público de saúde e a injustiça tributária na transferência de recursos públicos para subsidiar os lucros do mercado de planos de saúde. Os dados mostram que apesar de o Brasil ter avançado de 4,1% em 2000 para 7,9% em 2012, do orçamento nacional para a saúde, persistem não só o subfinanciamento, como a iniquidade revelada no volume da renúncia fiscal em 2006 de R\$ 12,5 bilhões equivalentes a 30% dos gastos do governo com saúde (OKCÉ-REIS, 2012).

O giro de volta aos valores contra-hegemônicos do MRSB, como a defesa intransigente da saúde como direito universal de cidadania e o exercício de uma ecologia de saberes, proporcionada pela invenção/construção do campo da saúde coletiva, são valores que podem nos iluminar no aprofundamento dessa reinvenção solidária e participativa do Estado.

Um dos temas que já vem sendo objeto dessa reinvenção no campo da saúde é a atenção ao parto e nascimento, uma celebração da vida, que colonizada pelo modelo industrializado (SANTOS, 2002; SOUTO, 2012) de atenção, transformou o Brasil em recordista mundial de cesarianas desnecessárias (LEAL, 2014). O revigoramento do movimento de mulheres, casais e profissionais pelo giro de volta ao protagonismo das mulheres, nesse momento único de suas vidas, vem reescrevendo uma nova narrativa de escolha ativa das mulheres e casais com implicações profundas na reorientação radical do modelo de atenção.

Nesse momento de mudança de época nada como revisitar o que Santos (2010) chama o otimismo trágico e transgressivo da subjetividade de Nuestra América, encarnada em

tantos como José Martí, Oswald de Andrade no Manifesto Antropofágico, Darci Ribeiro no Povo Brasileiro, Zumbi de Palmares, Nise da Silveira, na capoeira, no carnaval, na música, nas danças, nas diversas artes, saberes, sabores, lutas, em tantas e genuínas manifestações políticas e culturais como, o próprio MRSB.

Nuestra América que antes de se tornar um projeto político é uma forma de subjetividade e de sociabilidade. É uma forma de ser e de viver permanentemente em trânsito e na transitoriedade, cruzando fronteiras, criando espaços de fronteiras, habituada ao risco – como o qual viveu longos anos, muito antes de o Norte global ter inventado a ‘sociedade do risco’ [...] – habituada a viver com um nível baixo de estabilização das expectativas causado pelas brutais desigualdades sociais e pela colonialidade do poder. Mas paradoxalmente, também capaz de tirar do risco de viver a pulsão para um otimismo visceral perante a potencialidade coletiva. (SANTOS, 2010, P. 204).

Que a pulsão criativa revigore a mobilização em torno das bandeiras civilizatórias do MRSB como a vigorosa XV Conferência Nacional de Saúde em 2015, o Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública, o Saúde Mais 10, as articulações protagonizados por movimentos históricos da reforma sanitária como Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), em defesa e pela consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) como sistema universal de saúde. Momento privilegiado para ressignificar o pensamento pós-abissal do MRSB, afirmando o seu caráter de parte constitutiva e constituinte de uma globalização alternativa, uma sociedade inclusiva, radicalmente democrática, participativa, onde, prospere uma ecologia de saberes. ■

## Referências

- ALMEIDA, C. Reformas de sistemas de saúde: tendências internacionais, modelos e resultados. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- ASSOCIAÇÃO LATINO-AMERICANA DE MEDICINA SOCIAL (ALAMES). CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS EM SAÚDE (CEBES). Afirmación de los sistemas universales de salud en Latinoamérica. *Congreso brasileiro de política, planejamento e gestão em saúde, 2.*, [Internet], 1 out. 2013. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/03/afirmacion-de-los-sistemas-universales-de-salud-en-latinoamerica.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2014.
- ANDRADE, O. *A utopia antropofágica*. São Paulo: Globo, 1990.
- ARENDDT, H. *A condição humana*. São Paulo: Forense Universitária, 1999.
- \_\_\_\_\_. *Entre o passado e o futuro*. São Paulo: Perspectiva, 2009.
- \_\_\_\_\_. *As origens do totalitarismo*. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.
- AROUCA, A. S. Democracia é saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. *Anais...* Brasília: DF, 1986. p. 35-42.
- \_\_\_\_\_. *O dilema preventivista*. São Paulo: Unesp: Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- \_\_\_\_\_. Radis entrevista: Sérgio Arouca. *Radis comunicação e saúde*, Rio de Janeiro: Fiocruz, n. 3, out. 2002.
- BARROS, R. P.; HENRIQUES, R.; MENDONÇA, R. A estabilidade inaceitável: desigualdade e pobreza no Brasil. In: HENRIQUES, R. (Org.). *Desigualdade e pobreza no Brasil*. Rio de Janeiro: Ipea, 2000.
- BRESSER-PEREIRA, L. C. *A construção política do Brasil*. São Paulo: Editora 34, 2014.
- CALEIRO, J. P. 4 gráficos que mostram a explosão da desigualdade no mundo. *Exame.com*, [Internet], jan. 2015. Disponível em: <<http://exame.abril.com.br/economia/noticias/4-graficos-que-mostram-a-explosao-da-desigualdade-no-mundo>>. Acesso em: 10 jun. 2015.
- CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). A questão democrática na saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 9, p. 47-48, 1980.
- CHOMSKY, N. Dizia-se que os EUA são um Estado de um só partido (o partido dos negócios) com duas facções (democratas e republicanos), *O diário.info*, 3 mar. 2015. Entrevista concedida a Miguel Mora. Disponível em: <<http://www.odiario.info/?p=3573>>. Acesso em: 15 jun. 2015.
- CORDEIRO, H. O instituto de medicina social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à história do SUS. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 343-362, 2004.
- 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 sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- FIORI, J. L. Ciclos e crises. *Valor econômico* [Internet]. São Paulo, abr. 2015. Disponível em: <<http://www.valor.com.br/opiniaio/4028888/ciclos-e-criSES>>. Acesso em: 17 dez. 2015.
- FURTADO, C. *O capitalismo global*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.
- LEAL, M. C. *Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.
- NORONHA, J. C. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. *Cad. Saude Publica*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 847-849, maio 2013.
- NUNES, J. A. O resgate da epistemologia. *Revista Crítica de Ciências Sociais*. Lisboa, n. 80, p. 45-70, mar. 2008.

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

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Financiamento dos Sistemas de Saúde: o caminho para a cobertura universal*. Disponível em: <www.who.int/whr/2010/whr10\_pt.pdf>. Acesso em: 18 out. 2015.

PAIM, J. S. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para compreensão crítica*. 2007. 300 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

SANTOS, B. S. *A gramática do tempo: para uma nova cultura política*. São Paulo: Cortez, 2010.

\_\_\_\_\_. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, Lisboa, n. 79, p. 3-46, out. 2007a.

\_\_\_\_\_. *Reinventar a democracia*. Lisboa: Gradiva, 1998.

\_\_\_\_\_. *Renovar a teoria crítica e reinventar a emancipação social*. São Paulo: Boitempo, 2007b.

SANTOS, M. L. *Humanização da assistência ao parto e nascimento*. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

SINGER, P. *A crise do milagre*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

SOUTO, L. *O direito à saúde e a reforma democrática do Estado brasileiro: uma construção social republicana*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

TEIXEIRA, S. M. F. Retomar o debate sobre a reforma sanitária para avançar o Sistema Único de Saúde. *Rev. adm. empres.*, São Paulo, v. 9, n. 4, p. 472-480, out./dez. 2009.

---

Recebido para publicação em julho de 2015  
Versão final em outubro de 2015  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# Política de saúde no Brasil: produção científica 1988-2014

## *Health policy in Brazil: scientific production 1988-2014*

Jamilli Silva Santos<sup>1</sup>, Carmen Fontes Teixeira<sup>2</sup>

---

**RESUMO** O objetivo deste trabalho é mapear a produção científica em política de saúde no Brasil, na base SciELO, no período 1988-2014. Foram identificados 769 artigos, classificados em três grupos: a) análises políticas em saúde (10,2%) com predominância de estudos que analisam a reforma sanitária brasileira; b) estudos sobre financiamento, gestão, organização e infraestrutura do sistema de saúde (28,8%); c) estudos sobre análises de políticas de saúde específicas (49%). Constatou-se aumento da quantidade de publicações ao longo do tempo e concentração de estudos no último grupo, evidenciando a progressiva substituição de análises do processo político mais geral por estudos de políticas específicas.

**PALAVRAS-CHAVE** Política de saúde; Sistema Único de Saúde; Reforma dos serviços de saúde; Atividades científicas e tecnológicas.

**ABSTRACT** *The aim of this study is to map the scientific production in health policy in Brazil, at the SciELO base, in the period 1988-2014. 769 articles, divided into three groups, were identified: a) policy analysis in health (10.2%) with a predominance of studies that analyze the Brazilian health reform; b) studies on financing, management, organization and infrastructure of the health system (28.8%); c) studies about analysis of specific health policies (49%). It was found an increase in the number of publications over time and concentration of studies in the last group, highlighting the progressive replacement of analysis of the more general political process by studies of specific policies.*

**KEYWORDS** *Health policy; Unified Health System; Health care reform; Scientific and technical activities.*

<sup>1</sup> Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – Salvador (BA), Brasil.  
jamillyss@hotmail.com

<sup>2</sup> Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – Salvador (BA), Brasil.  
carmen@ufba.br

## Introdução

A revisão do estado da arte na área de Política, Planejamento e Gestão em Saúde (PPGS) é primordial para o desenvolvimento de estudos científicos, pois permite conhecer tendências, lacunas e desafios que se colocam para os pesquisadores, estudantes e gestores do sistema de saúde (LEVCOVITZ *ET AL.*, 2003; PAIM; TEIXEIRA, 2006; TEIXEIRA *ET AL.*, 2014).

Especificamente no que diz respeito a estudos sobre política de saúde, tomou-se como ponto de partida o conceito proposto por Paim (2003), segundo o qual ‘política de saúde’ é a resposta social (ação ou omissão) do Estado aos problemas e necessidades de saúde da população, contemplando, portanto, a intervenção sobre a produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde, inclusive o ambiente. Desse modo, abrange as questões relativas ao ‘poder’ em saúde (natureza, estrutura, relações, distribuição e lutas), bem como as que se referem ao estabelecimento de ‘diretrizes, planos e programas’ de saúde. Ou seja, contempla tanto os planos de ação governamental (KINGDON, 2011) quanto a análise das relações de poder em saúde (TESTA, 1995).

Enquanto disciplina acadêmica, política de saúde inclui estudos sobre o papel do Estado, as relações Estado-sociedade, movimentos sociais em saúde, as relações entre políticas de saúde e políticas econômicas e sociais (PAIM, 2003; LEVCOVITZ *ET AL.*, 2003) e outros aspectos relativos à análise dos processos políticos que ocorrem em diversos espaços sociais. Também abarca estudos que tratam da formulação e implementação de políticas específicas no âmbito governamental, abordando, por exemplo, a conformação da agenda política em saúde, a elaboração de propostas de intervenção sobre problemas de grupos populacionais específicos, bem como a gestão, implantação e avaliação de planos, programas e projetos.

O presente estudo tem por objetivo mapear a produção científica em política de saúde

no Brasil no período pós-constituinte (1988-2014), considerando que, a partir de 1988, com a incorporação do direito à saúde na Constituição Federal, fruto de um amplo processo de Reforma Sanitária Brasileira (RSB) (PAIM, 2008), tem ocorrido um aumento do interesse dos pesquisadores da área em investigar diversos aspectos do processo político em saúde (TEIXEIRA *ET AL.*, 2014), partindo da seguinte pergunta de investigação: quais os principais temas e questões abordadas nos estudos realizados nesse período? Quais as características da evolução temporal dessa produção? É possível identificar alguma correlação entre as temáticas abordadas, o processo de RSB e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) nesse período?

Desse modo, definiram-se como objetivos específicos: a) identificar os principais temas e questões abordadas; b) classificar os estudos que tratam de políticas específicas e os que tratam do processo político em saúde; c) analisar a correlação entre os estudos realizados e o processo político em saúde no período 1988-2014.

## Estratégia metodológica

Trata-se de estudo de revisão sistemática da literatura mediante a aplicação de métodos explícitos e sistematizados de busca, apreciação crítica e síntese da informação selecionada (SAMPAIO; MANCINI, 2007). A estratégia para mapear a produção científica sobre a temática de política de saúde foi concebida a partir de uma revisão bibliográfica que permitiu identificar três trabalhos de relevo no estudo de tendências da produção científica brasileira desde a década de 1970 (LEVCOVITZ *ET AL.*, 2003; PAIM; TEIXEIRA, 2006; TEIXEIRA *ET AL.*, 2014). A análise da tipologia das áreas e subáreas temáticas construídas em cada um desses estudos permitiu construir uma quarta tipologia que constituiu o referencial para a busca e seleção

de documentos na base de dados SciELO (*Scientific Electronic Library Online*).

O ponto de partida para o mapeamento da produção científica implicou, em primeiro lugar, na definição dos descritores de assunto, com consulta a especialistas na área, bem como análise dos descritores disponíveis nos trabalhos anteriores, aliados ao recurso ao vocabulário controlado do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e à própria estratégia de indexação na SciELO. Mediante utilização dos descritores ‘política de saúde’, ‘Sistema Único de Saúde’ e ‘direito à saúde’, foram então acessados os artigos na SciELO *homepage* do Brasil por abrigar em seu acervo a coleção recente de periódicos científicos brasileiros.

Foram identificados 824 artigos, dos quais foram extraídos 55 que apareceram

repetidos em função do uso de três descritores correlatos. Com isso, obteve-se um total de 769 artigos publicados no período 1988 a 2014, os quais foram submetidos a uma reclassificação a partir da leitura do título do estudo, levando-se em conta a especificidade do objeto de estudo conforme a tipologia descrita no *quadro 1*. Foram incluídos no primeiro grupo os estudos que tratam de análise política em saúde (*politics*), em um segundo conjunto, os estudos que abordam a dinâmica política em torno dos diversos componentes do sistema de saúde – o financiamento; gestão/participação e controle social; modelos de atenção; recursos humanos; informação, ciência e tecnologia em saúde –, e em um terceiro, os estudos que tratam de análises de políticas de saúde específicas (*policy*).

Quadro 1. Componentes das sete dimensões do ACIC

Áreas	Definição
1. Análise política em saúde	Política de saúde em uma perspectiva internacional; Reforma Sanitária Brasileira; processo de construção do SUS; relações entre o público e o privado (SUS-Sams).
2. Componentes do sistema de saúde	Financiamento da saúde (volume de recursos, formas de distribuição, custos etc.); Gestão de sistemas de saúde (descentralização, regionalização, modalidades alternativas de gestão); Participação e controle social; Modelos de atenção em saúde; Recursos humanos em saúde; Ciência, tecnologia e inovação.
3. Análise de políticas de saúde específicas	Políticas voltadas a grupos populacionais específicos (mulher, criança, idoso, trabalhador etc.) ou ao enfrentamento de problemas específicos (Aids, dengue, hipertensão arterial, tuberculose etc.).

Fonte: Elaboração própria.

Uma vez realizada essa reclassificação, tomou-se cada um dos três conjuntos de artigos e procedeu-se a uma subdivisão temática, buscando-se identificar os subtemas abordados pelos autores. Com isso, foram construídas tabelas que apontam o mosaico de questões selecionadas pelos diversos autores. Nessa perspectiva, os estudos que tratam de análise política ao nível macro (internacional ou nacional) foram reagrupados segundo o tema abordado. O mesmo foi feito

com relação aos estudos sobre componentes do sistema de saúde (KLECZKOWSKI; ROEMER; VANDERWERFF, 1984), reclassificados segundo o componente analisado. Por fim, também foram reagrupados os estudos que tratam de análise de políticas específicas, sendo que, nesse caso, adotou-se uma classificação derivada da pesquisa realizada no site do Ministério da Saúde que permitiu a identificação de ‘políticas’ elaboradas e formalizadas em documentos institucionais no período 2003-2014.

## Resultados e discussão

A produção científica sobre política de saúde registrada no SciELO no período 1988-2014 totaliza, conforme explicitado anteriormente, 769 artigos, distribuídos, segundo a tipologia adotada neste trabalho, em três grupos. Dos estudos, 10,2% (78)

contêm análises do processo político em saúde, enquanto 28,8% abordam aspectos referentes aos componentes do sistema de saúde. Quase metade dos trabalhos trata de análises de políticas de saúde específicas (49,0%), e 12,0% dos artigos correspondem a estudos que não se enquadram nos grupos anteriormente descritos (*tabela 1*).

Tabela 1. Distribuição dos artigos segundo objeto de estudo. Brasil, 1988-2014

Áreas	N	%
1. Análise política em saúde	78	10,2
2. Componentes do sistema de saúde	221	28,8
3. Análise de políticas de saúde específicas	377	49,0
4. Outros	93	12,0
<b>Total</b>	<b>769</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Elaboração própria.

### a) Distribuição dos estudos de análise política em saúde por subárea temática

O primeiro trabalho entre os 78 incluídos nessa área temática foi publicado em 1988. Durante toda a década de 1990, observou-se apenas a publicação de um trabalho por ano, sendo que, a partir do ano 2000, esse número cresceu, de modo que, no período compreendido entre 2008 e 2014, encontra-se mais da metade das publicações (52,0 %), o que talvez evidencie um aumento do número de pesquisadores da área que adotam uma perspectiva de análise abrangente acerca do processo político em saúde no País.

De fato, a redistribuição dos 78 artigos incluídos neste grupo por subárea temática (*tabela 2*) evidencia predominância de estudos acerca da política de saúde no Brasil (53,8%), especialmente do processo de RSB e construção do SUS, verificando-se também estudos que abordam a política

de saúde em uma perspectiva internacional (20,5%) e pequena percentagem de estudos acerca da relação entre o SUS e o Sistema de Assistência Médica Suplementar (Sams). O restante dos trabalhos (21,8%) trata de análise política em saúde em uma perspectiva localizada (estudos de casos) e discussão de elementos teóricos para a análise de políticas sociais.

Esses achados evidenciam o interesse dos pesquisadores da área em acompanhar e analisar o processo de reforma do sistema de saúde ao longo dos últimos 27 anos, chamando atenção a grande quantidade de trabalhos que se focam sobre os processos que incidem sobre o sistema público (SUS), aos quais se agrega um interesse crescente na problematização das relações entre o público e o privado, o que, de certo modo, reflete as tensões e contradições que perpassam o processo de implementação do SUS no Brasil nesse período (PAIM ET AL., 2011; PAIM, 2013A; TEIXEIRA ET AL., 2014).



Tabela 2. Estudos de análise política em saúde por subárea temática. Brasil, 1988-2014

Subárea Temática	Artigos	
	N	%
1. Políticas de saúde em uma perspectiva internacional	16	20,5
2. Política de saúde no Brasil: RSB/SUS (Geral)	42	53,8
3. Relação entre o público e o privado (SUS/Sams)	3	3,9
4. Outros	17	21,8
<b>Total</b>	78	100

Fonte: Elaboração própria.

### b) Distribuição dos estudos sobre o SUS segundo os componentes do sistema

Foram encontrados 221 artigos sobre os componentes do sistema de saúde (tabela 3). A subárea temática mais frequente foi a de gestão de sistemas e serviços de saúde

(33,4%), seguida das subáreas modelos de atenção à saúde (16,7%), recursos humanos em saúde e ciência, tecnologia e inovação com 15,0 % das publicações cada uma. As subáreas participação e controle social (11,8%) e financiamento da saúde apresentaram os menores números de trabalhos (8,1%).

Tabela 3. Estudos sobre SUS segundo componentes do sistema. Brasil, 1988-2014

Subárea Temática	Artigos	
	N	%
a) Financiamento da saúde	18	8,1
b) Gestão de sistemas e serviços de saúde	74	33,4
c) Modelos de atenção à saúde	37	16,7
d) Recursos humanos em saúde	33	15,0
e) Ciência, tecnologia e inovação	33	15,0
f) Participação e controle social	26	11,8
<b>Total</b>	221	100,0

Fonte: Elaboração própria.

Essa distribuição revela o maior interesse dos pesquisadores com a problemática da gestão do sistema, abordada sob diversos ângulos, inclusive na perspectiva da chamada 'gestão participativa', o que pode explicar o pequeno número de trabalhos que abordam especificamente a 'participação e controle social'. Chama a atenção, entretanto, o reduzido número de trabalhos sobre financiamento da saúde, um dos temas mais importantes na agenda política do setor, o que pode ter

decorrido de certo viés na captura dos artigos, uma vez que não foi utilizado um descritor específico sobre esse tema.

### c) Distribuição dos estudos sobre políticas específicas do Ministério da Saúde

Ao considerar que o Ministério da Saúde contempla em seu organograma responsabilidades definidas sobre políticas específicas,

os 377 artigos referentes a políticas de saúde foram distribuídos segundo estas áreas (BRASIL, 2010), a saber: atenção à saúde; gestão do trabalho e educação da saúde; ciência, tecnologia e insumos estratégicos; gestão estratégica e participativa; vigilância em saúde e saúde indígena (tabela 4).

A área que apresenta maior número de trabalhos é a de atenção à saúde (59,6%), seguida das áreas de gestão do trabalho e educação da saúde (19,9%), ciência, tecnologia e insumos estratégicos (10,6%), vigilância em saúde (7,8%), gestão estratégica e participativa (1,6%) e, por fim, com o menor escore, a área de saúde indígena (0,5%).

Na área de atenção à saúde, destaca-se a predominância das publicações nas subáreas da ‘atenção básica’ (19,9%) e ‘atenção especializada e temática’ (19,2%). Na subárea atenção básica, a maioria dos estudos trata especificamente dessa política, provavelmente pela importância concedida à estratégia de saúde da família, abordada sob diversos ângulos (TEIXEIRA; SOLLÁ, 2006). Em um distante segundo lugar, estão os estudos sobre a política de saúde bucal, o que também parece estar vinculado à incorporação dessas ações no âmbito da atenção básica, principalmente nos últimos 12 anos (SOUZA; RONCALLI, 2007).

Na subárea ‘ações programáticas e estratégicas’, há predominância de estudos sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (6,9%), e em segundo lugar, sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança e Aleitamento Materno (4,8%), o que pode refletir a prioridade tradicionalmente atribuída a esses dois grupos na atenção primária à saúde, embora o modelo empregado preconize uma abordagem familiar (SANTOS NETO, 2008).

Observa-se na subárea ‘regulação, avaliação e controle de sistemas’ o menor número de estudos (0,8%), os quais abordavam aspectos dos sistemas de informação e controle de sistemas e serviços em detrimento da regulação e avaliação, planejamento e programação das ações, não abordados nos estudos.

Na subárea ‘atenção hospitalar e urgência’ (3,2%), verifica-se discreta concentração de estudos acerca da Política Nacional de Atenção Hospitalar (1,3%), tema que parece estar sendo abordado mais em função de a relevância da atenção hospitalar ser o componente do modelo assistencial responsável pela maior absorção de recursos (CARVALHO, 2007) do que do ponto de vista da política governamental. Já a existência de estudos sobre a Política Nacional de Transplantes de Órgãos e Tecidos (1,1%), ainda que em número reduzido, sinaliza a importância do Programa de Doação, Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos no Brasil, o qual realiza todos os tipos de transplantes com financiamento do SUS, incluindo oferta gratuita da medicação necessária após a realização das cirurgias, fazendo com que o País possua atualmente o maior programa público de transplantes do mundo (MARINHO, 2006).

A Política Nacional de Humanização, também componente da área de ‘atenção à saúde’, foi abordada em 4% dos estudos, percentual esse superior à subárea anteriormente citada, tal achado demonstrando a relevância que vem sendo atribuída à mudança nos modos de gerir e cuidar em saúde, que motivou a criação da Política Nacional de Humanização em 2003 (PASCHÉ; PASSOS; HENNINGTON, 2011).

Segunda área com maior número de publicações (19,9%), a ‘gestão do trabalho e educação da saúde’ concentra-se em estudos da gestão da educação na saúde (17,2%) em comparação à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que foi estudada em apenas 2,7% dos trabalhos. Tal achado sinaliza maior dedicação dos estudos relacionados à formação profissional em saúde em detrimento da educação permanente dos profissionais e trabalhadores do setor, tema só mais recentemente priorizado na agenda política do sistema.

Na área de ciência, tecnologia e insumos estratégicos, foi encontrada percentagem quatro vezes superior de estudos sobre a Política Nacional de Assistência Farmacêutica

(8,5%), o que indica a relevância que a assistência farmacêutica tem assumido no SUS nos últimos anos na tentativa de melhorar o acesso dos brasileiros aos fármacos de que necessitam, podendo-se citar iniciativas como o Programa de Farmácia Popular, criado em 2004, e sua expansão para a rede privada em 2006 (VIEIRA, 2010).

Contudo, o acesso ainda é limitado, motivando inclusive onda crescente de ações judiciais para fornecimento de medicamentos e produtos, que integram o contemporâneo

fenômeno da “judicialização da saúde” (PEPE ET AL., 2010, p. 2406). O pequeno número de estudos sobre Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (2,1%), por sua vez, pode estar refletindo o mesmo processo indicado para a relação gestão da educação na saúde/educação permanente, ou seja, esta temática só ganhou relevância da agenda política nos últimos 12 anos, o que provavelmente vem estimulando a realização de estudos acerca da incorporação de tecnologias e inovações no SUS.

Tabela 4. Distribuição dos artigos segundo políticas de saúde específicas. Brasil, 1988-2014

Artigos por Áreas, Subáreas Temáticas e Políticas	N	%
<b>1. Atenção à Saúde</b>	<b>225</b>	<b>59,6</b>
<b>1.1 Atenção Básica</b>	<b>75</b>	<b>19,9</b>
1.1.1 Política Nacional de Atenção Básica	50	13,3
1.1.2 Política Nacional de Saúde Bucal	13	3,4
1.1.3 Política Nacional de Alimentação e Nutrição	02	0,5
1.1.4 Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares	10	2,7
<b>1.2 Atenção Especializada e Temática</b>	<b>73</b>	<b>19,2</b>
1.2.1 Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa	05	1,3
1.2.2 Política Nacional de Média e Alta Complexidade	19	5,0
1.2.3 Política/Programa de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas	13	3,4
1.2.4 Política Nacional de Saúde Mental	27	7,2
1.2.5 Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas	04	1,0
1.2.6 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem	05	1,3
<b>1.3 Ações Programáticas e Estratégicas</b>	<b>47</b>	<b>12,5</b>
1.3.1 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional	00	0,0
1.3.2 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher	26	6,9
1.3.3 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança e Aleitamento Materno	18	4,8
1.3.4 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente	01	0,3
1.3.5 Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência	02	0,5
<b>1.4 Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas</b>	<b>03</b>	<b>0,8</b>
1.4.1 Sistemas de Informação	02	0,5

Tabela 4. (cont.)

1.4.2 Controle de Serviços e Sistemas	01	0,3
1.4.3 Regulação e Avaliação	00	0,0
1.4.4 Planejamento e Programação das Ações em Saúde	00	0,0
<b>1.5 Atenção Hospitalar e Urgência</b>	<b>12</b>	<b>3,2</b>
1.5.1 Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemo-derivados	01	0,3
1.5.2 Rede de Atenção às Urgências e Emergências	02	0,5
1.5.3 Política Nacional de Transplantes de Órgãos e Tecidos	04	1,1
1.5.4 Política Nacional de Atenção Hospitalar	05	1,3
<b>1.6 Política Nacional de Humanização</b>	<b>15</b>	<b>4,0</b>
<b>2. Gestão do Trabalho e Educação na Saúde</b>	<b>75</b>	<b>19,9</b>
2.1 Gestão da Educação na Saúde	65	17,2
2.2 Política Nacional de Educação Permanente em Saúde	10	2,7
<b>3. Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos</b>	<b>40</b>	<b>10,6</b>
3.1 Política Nacional de Assistência Farmacêutica	32	8,5
3.2 Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde	08	2,1
<b>4. Gestão Estratégica e Participativa</b>	<b>06</b>	<b>1,6</b>
4.1 Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS	02	0,5
4.2 Política Nacional de Educação Popular em Saúde	01	0,3
4.3 Política Nacional de Saúde Integral da População Negra	03	0,8
4.4 Política Nacional de Saúde Integral de Outras Populações (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais; Campo e Floresta; em Situação de rua e Cigana)	00	0,0
<b>5. Vigilância em Saúde</b>	<b>29</b>	<b>7,8</b>
<b>5.1 Vigilância Epidemiológica</b>	<b>07</b>	<b>1,9</b>
5.1.1 Programa Nacional de Controle da Tuberculose	03	0,8
5.1.2 Programa Nacional de Imunizações, Controle da Hanseníase, da Dengue, da Malária	00	0,0
5.1.3 Controle de Chagas e Esquistossomose	04	1,1
<b>5.2 Análise de Situação de Saúde</b>	<b>07</b>	<b>1,9</b>
5.2.1 Política Nacional de Promoção da Saúde	07	1,9
<b>5.3 Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida e Hepatites Virais</b>	<b>08</b>	<b>2,1</b>
5.3.1 Política Nacional de Prevenção de DST/HIV/Aids e Hepatites Virais	08	2,1
<b>5.4 Vigilância em Saúde Ambiental e do Trabalhador</b>	<b>07</b>	<b>1,9</b>
5.4.1 Política Nacional de Saúde Ambiental	01	0,3
5.4.2 Política Nacional de Saúde do Trabalhador	06	1,6

Tabela 4. (cont.)

<b>6. Saúde Indígena</b>	<b>02</b>	<b>0,5</b>
6.1 Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas	02	0,5
<b>Total</b>	<b>377</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Elaboração própria.

Na área de ‘gestão estratégica e participativa’, predominam estudos acerca da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra em detrimento de outros grupos (0,8%), o que pode estar relacionado com a representatividade e consolidação do Movimento Social Negro (LIMA, 2010). Chama a atenção o fato de ter aparecido apenas um estudo sobre a Política Nacional de Educação Popular em Saúde e não aparecerem publicações sobre várias outras políticas que têm sido formuladas mais recentemente, como é o caso da Política Nacional de Saúde Integral de Outras Populações (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais; campo e floresta; em situação de rua e cigana).

Na área de ‘vigilância em saúde’, estudos sobre a Política Nacional de Prevenção de DST/HIV/Aids e hepatites virais foram os mais frequentes (2,1%), sugerindo a relevância atribuída à temática no País que conta com movimento social organizado em torno do tema e com um programa que, embora tenha dividido opiniões quanto à sua efetividade, destaca-se no mundo por oferecer tratamento antirretroviral gratuito (VILLARINHO ET AL., 2013). Em segundo lugar, aparecem os estudos acerca da Política Nacional de Promoção da Saúde (1,9%), tema que tem sido abordado por vários pesquisadores, sendo que a divulgação dos resultados desses estudos não tem se dado por meio de artigos científicos, e sim por intermédio de livros e capítulos de livros (TEIXEIRA, 2006; PELLEGRINI FILHO; BUSS; ESPERIDIÃO, 2014). Foi encontrado também um único estudo sobre Política Nacional de Saúde Ambiental, e não houve publicações sobre os Programas

Nacionais de Imunizações e Controle da Hanseníase, da Dengue e da Malária.

Por fim, a área de saúde indígena foi contemplada com apenas 0,5% das publicações. Embora corresponda à parcela numericamente pouco expressiva da população, os índios têm grande importância histórico-cultural para o País, o que poderia motivar parcela mais expressiva de estudos dedicados às suas diversas demandas, muito específicas, relativas à sua sobrevivência física e cultural diante da acelerada e complexa transformação social a que foram submetidos (CHAVES; CARDOSO; ALMEIDA, 2006).

## Considerações finais

O mapeamento da produção científica sobre política de saúde no período 1988-2014 trata de uma primeira aproximação que será desdobrada em estudos posteriores que identifiquem as abordagens teóricas utilizadas pelos diversos autores. O estudo, entretanto, revela algumas características da prática de pesquisa que vem sendo desenvolvida na área de PPGS.

Em primeiro lugar, observa-se uma tendência ao aumento da quantidade de artigos publicados ao longo do período, o que certamente reflete o aumento exponencial de grupos de pesquisa nessa área, os quais somavam, em abril de 2015, cerca de 80 grupos registrados na plataforma de grupos de pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Tal fato pode estar ligado, inclusive, ao aumento do número de programas de

cursos de pós-graduação na área de saúde coletiva.

Em segundo lugar, chama atenção a mudança que vem se verificando na distribuição desses trabalhos por área temática, o que evidencia uma mudança na seleção dos objetos de investigação e, provavelmente, uma diversificação de abordagens teórico-metodológicas aos diversos temas. De fato, no levantamento feito dez anos atrás (PAIM; TEIXEIRA, 2006), observou-se que a maioria dos estudos sobre política de saúde realizados até o início da década de 1990 apresentava uma perspectiva macro, utilizando categorias extraídas da abordagem marxista, tomando como referencial as relações Estado-sociedade, determinantes dos processos políticos na área de saúde. Paulatinamente, foram surgindo investigações sobre políticas, instituições e práticas de saúde, valorizando-se, também, estudos de avaliação em saúde, que incluem avaliação dos efeitos de políticas específicas.

Essa tendência parece ter se intensificado nos últimos anos, uma vez que o mapeamento do conjunto da produção revela a concentração dos estudos na análise de políticas específicas, o que pode estar refletindo a própria fragmentação do processo de formulação e implementação de políticas de saúde no Brasil, com ênfase na elaboração de propostas de intervenção sobre problemas apresentados por grupos populacionais específicos, que ao se organizarem politicamente, passam a atuar em diversos espaços governamentais.

Chama a atenção, portanto, o número relativamente reduzido de estudos sobre as questões do poder em saúde analisado na perspectiva macropolítica, da relação

entre Estado e as classes sociais no Brasil contemporâneo, especialmente tendo em vista a problematização da sustentabilidade política do processo de RSB e os determinantes das tendências atuais de valorização do mercado de serviços de saúde, expressas tanto na expansão dos planos de saúde e serviços privados quanto na privatização do sistema público (COSTA; BAHIA; SCHEFFER, 2013; SESTELO; SOUZA; BAHIA, 2013; SCHEFFER, 2015).

É possível que isso reflita, indiretamente, a diversidade de concepções acerca da vitalidade do processo de RSB (HOCHMAN, 2013; PAIM, 2013b), com grande parte dos estudiosos se ocupando muito mais dos processos institucionais do que da luta política mais geral para viabilizar a RSB enquanto uma reforma social, uma mudança no “modo de vida” (PAIM, 2008, p. 38).

Isso indica a necessidade de avançar na leitura dos textos completos desses trabalhos, de modo a identificar a filiação dos autores a determinadas correntes de pensamento e a determinadas posições políticas com relação à RSB, tendo como referência o debate político mais geral sobre os rumos da sociedade brasileira no contexto atual e as perspectivas que se desenham em termos de política de saúde. Esse é exatamente o desafio que se está tratando de enfrentar como parte da pesquisa que vem sendo desenvolvida no âmbito do Observatório da Rede de Políticas de Saúde, sediado no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, cuja finalidade principal é subsidiar o debate sobre os modos de produzir conhecimento cientificamente fundamentado e politicamente comprometido com o avanço do processo de Reforma Sanitária no País. ■

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. *Regimentos Internos e organogramas básicos do Ministério da Saúde*. Ministério da Saúde: Brasília, DF, 2010.

CARVALHO, D. M. T. Financiamento da assistência médico-hospitalar no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 879-892, ago. 2007.

- CHAVES, M. B. G.; CARDOSO, A. M.; ALMEIDA, C. Implementação da política de saúde indígena no pólo-base Angra dos Reis. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 295-305, fev. 2006.
- COSTA, A. M.; BAHIA, L.; SCHEFFER, M. Onde foi parar o sonho do SUS? *Le Monde Diplomatique Brasil*, v. 69, p. 30-31, 2013.
- HOCHMAN, G. Saudades do futuro ou um sistema de saúde em tempos democráticos. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1927-1953, out. 2013.
- KINGDON, J. W. *Agendas, alternatives, and public policies*. 3. ed. Longman: Washington, 2011.
- KLECZKOWSKI, B.; ROEMER, M.; VAN DER WERFF, A. Sistemas nacionales de salud y su reorientación hacia la salud para todos. *OMS Cuadernos Salud Pública*, n. 77, 1984.
- LEVCOVITZ, E. *et al. Produção de conhecimento em política, planejamento e gestão em saúde e políticas de saúde no Brasil (1974-2000)*. OPAS: Brasília, DF, 2003 (Projeto de desenvolvimento de sistemas de serviços de saúde, 2).
- LIMA, M. Desigualdades raciais e políticas públicas: ações afirmativas no governo Lula. *Novos estud. - CEBRAP*, São Paulo, n. 87, p. 77-95, jul. 2010.
- MARINHO, A. Um estudo sobre as filas para transplantes no Sistema Único de Saúde brasileiro. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 2229-2239, out. 2006.
- PAIM, J. S. A constituição cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, v. 29, n. 10, p. 1927-1936, 2013a.
- . Políticas de Saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia e saúde*. 6. ed. Medsi: Rio de Janeiro, 2003, p. 587-603.
- . *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: Edufba: Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- . Reforma Sanitária Brasileira: eppur si muove. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1952-1953, out., 2013b.
- PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. esp., p. 73-78, ago. 2006.
- PAIM, J. S. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*, p. 11-31, maio 2011. Disponível em: <[http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Sistema%20de%20sa%C3%BAde\\_Celia%20Almeida\\_2011.pdf](http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Sistema%20de%20sa%C3%BAde_Celia%20Almeida_2011.pdf)>. Acesso em: 2 dez. 2015.
- PASCHE, D. F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, E. A. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4541-4548, nov. 2011.
- PELLEGRINI FILHO, A.; BUSS, P. M.; ESPERIDIÃO, M. A. Promoção da Saúde e seus fundamentos: deter-minantes sociais da saúde, ação intersetorial e políticas saudáveis. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Med Book, 2014. p. 305-326.
- PEPE, V. L. E. *et al.* A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2405-2414, ago. 2010.
- SAMPAIO, R. F.; MANCINI, M. C. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, São Carlos, v. 11, n. 1, p. 83-89, jan./fev. 2007.
- SANTOS NETO, E. T. *et al.* Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. *Saude soc.*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 107-119, jun. 2008.
- SCHEFFER, M. O capital estrangeiro e a privatização do sistema de saúde brasileiro. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p. 663-666, abr. 2015.
- SESTELO, J. A. F.; SOUZA, L. E. P. F.; BAHIA, L. Saúde

suplementar no Brasil: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 851-866, maio 2013.

SOUZA, T. M. S.; RONCALLI, A. G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2727-2739, nov. 2007.

TEIXEIRA, C. F. Saúde da família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. In: TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. *Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família*. Salvador: Edufba, 2006.

TEIXEIRA, C. F. *et al.* Produção científica sobre política, planejamento e gestão no campo da saúde coletiva: visão panorâmica. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. *Saúde Coletiva: teoria e prática*, Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 585-594.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. *Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família*. Salvador: Edufba, 2006.

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

VIEIRA, F. S. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, Washington, v. 27, n. 2, fev. 2010.

VILLARINHO, M. V. *et al.* Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, DF, v. 66, n. 2, p. 271-277, abr. 2013.

---

Recebido para publicação em maio de 2015  
Versão final em novembro de 2015  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve



# Revista Saúde em Debate

## Instruções aos autores

ATUALIZADA EM JANEIRO 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 periodicidade 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 apótem 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](http://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 apótem 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 resu-

mo, 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](http://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 válidos para todo o território nacional, parte de uma concepção ampla do direito à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito, incorporando, em sua estrutura institucional e decisória, espaços e instrumentos para democratização e compartilhamento da gestão do sistema de saúde. (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 20, 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 alterações efetuadas.

Não serão admitidos acréscimos ou modificações 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.

### 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](mailto: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 tra-

dução 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](mailto:revista@saudeemdebate.org.br)

# Revista Saúde em Debate

## INSTRUCTIONS TO AUTHORS

UPDATED IN JANUARY 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](http://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](http://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 model of health actions and services, ordained 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-em-debate/>>. 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.

## **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](mailto: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 12<sup>th</sup> 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](mailto:revista@saudeemdebate.org.br)



# Revista Saúde em Debate

Instrucciones para los autores

ACTUALIZADAS EN ENERO 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 íntegra 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 educativos 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](http://www.saudeemdebate.org.br). Después de su registro, el autor responsable por el envío recibirá su acceso y señal.

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 insertados. 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 intereses. 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](http://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. Agradecimientos.** 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 naciismo, 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.

## 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 gra-

maticalmente 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*

HG Design Digital

## **Design de Capa**

*Cover design*

Alex I. Peirano Chacon

## **Normalização e revisão de texto**

*Normalization and proofreading*

Ana Karina Furginelli (inglês)

Ana Luisa Moreira Nicolino (inglês)

Carla de Paula (português)

Frederico Azevedo (normalização)

Lenise Saraiva de Vasconcelos Costa (português e inglês)

Lucas Rocha (normalização)

Luiza Nunes (normalização)

Luiza Pimenta Gualhano (português e inglês)

Mayra de Souza Fontebasso (português)

Simone Basílio (português)

Wanderson Ferreira da Silva (português e inglês)

## **Tiragem**

*Number of Copies*

1.300 exemplares/copies

Capa em papel cartão ensocoat LD 250 g/m<sup>2</sup>

Miolo em papel Offset LD 90 g/m<sup>2</sup>

*Cover in ensocoat card LD 250 g/m<sup>2</sup>*

*Core in Offset LD 90 g/m<sup>2</sup>*

Site: [www.cebes.org.br](http://www.cebes.org.br) • [www.saudeemdebate.org.br](http://www.saudeemdebate.org.br)

E-mail: [cebes@cebes.org.br](mailto:cebes@cebes.org.br) • [revista@saudeemdebate.org.br](mailto: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, 2016.

v. 40. n. 108; 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](http://www.cebes.org.br)    [www.saudeemdebate.org.br](http://www.saudeemdebate.org.br)