



saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 42, NÚMERO ESPECIAL 2
RIO DE JANEIRO, OUT 2018
ISSN 0103-1104

Análise política
em saúde II

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2017-2019)

NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2017-2019)

Presidente:	Lucia Regina Florentino Souto
Vice-Presidente:	Heleno Rodrigues Corrêa Filho
Diretor Administrativo:	José Carvalho de Noronha
Diretora de Política Editorial:	Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
Diretores Executivos:	Alane Andreilino Ribeiro Ana Maria Costa Claudimar Amaro de Andrade Rodrigues Cristiane Lopes Simão Lemos Stephan Sperling

CONSELHO FISCAL | FISCAL COUNCIL

Ana Tereza da Silva Pereira Camargo
José Ruben de Alcântara Bonfim
Luisa Regina Pessôa
Suplentes | Substitutes
Alcides Silva de Miranda
Maria Edna Bezerra Silva
Simone Domingues Garcia

CONSELHO CONSULTIVO | ADVISORY COUNCIL

Agleildes Arichele Leal de Queirós
Carlos Leonardo Figueiredo Cunha
Cornelis Johannes van Stralen
Grazielle Custódio David
Isabela Soares Santos
Itamar Lages
João Henrique Araújo Virgens
Jullien Dábini Lacerda de Almeida
Lizaldo Andrade Maia
Maria Eneida de Almeida
Maria Lucia Frizon Rizzotto
Sergio Rossi Ribeiro

SECRETARIA EXECUTIVA | EXECUTIVE SECRETARY

Cristina Santos

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

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

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



SAÚDE EM DEBATE

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

EDITORA-CHEFE | EDITOR-IN-CHIEF

Maria Lucia Frizon Rizzotto - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel (PR), Brasil

EDITORAS CIENTÍFICAS | SCIENTIFIC EDITORS

Ana Luiza Queiroz Vilasbôas - Universidade Federal da Bahia (UFBA) - Salvador (BA), Brasil
Carmen Fontes Teixeira - Universidade Federal da Bahia (UFBA) - Salvador (BA), Brasil
Catharina Leite Matos Soares - Universidade Federal da Bahia (UFBA) - Salvador (BA), Brasil
Liliana Santos - Universidade Federal da Bahia (UFBA) - Salvador (BA), Brasil
Monique Azevedo Esperidião - Universidade Federal da Bahia (UFBA) - Salvador (BA), Brasil
Tatiane de Oliveira Silva Alencar - Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) - Feira de Santana (BA), Brasil

EDITORES ASSOCIADOS | ASSOCIATE EDITORS

Ana Maria Costa - Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília (DF), Brasil
Heleno Rodrigues Corrêa Filho - Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), Brasil
Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato - Universidade Federal Fluminense, Niterói (RJ), Brasil
Paulo Duarte de Carvalho Amarante - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil

CONSELHO EDITORIAL | PUBLISHING COUNCIL

Alicia Stolkner - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
Angel Martinez Hernaez - Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, Espanha
Breno Augusto Souto Maior Fonte - Universidade Federal de Pernambuco, Recife (PE), Brasil
Carlos Botazzo - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil
Cornelis Johannes van Stralen - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil
Debora Diniz - Universidade Nacional de Brasília, Brasília (DF), Brasil
Diana Mauri - Università degli Studi di Milano, 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
Jairnilson Silva Paim - Universidade Federal da Bahia, Salvador (BA), Brasil
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
Kenneth Rochel de Camargo Jr - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Ligia Giovanella - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Luiz Augusto Facchini - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas (RS), Brasil
Luiz Odorico Monteiro de Andrade - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil
Maria Salete Bessa Jorge - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil
Mario Esteban Hernández Álvarez - Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colômbia
Mario Roberto Rovere - Universidad Nacional de Rosario, Rosario - Argentina
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 do Estado 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

Carina Munhoz de Lima
Luiza Nunes
Mariana Acorse

INDEXAÇÃO | INDEXATION

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

saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 42, NÚMERO ESPECIAL 2
RIO DE JANEIRO, OUT 2018

ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

ISSN 0103-1104

EDITORIAL | EDITORIAL

- 5 **Mais que nunca, é preciso lutar...**
More than ever, we must fight...
Carmen Fontes Teixeira, Ana Luiza Queiroz
Vilasbôas, Jairnilson Paim

ARTIGODEOPINIÃO | OPINIONARTICLE

- 11 **A crise mundial de 2008 e o golpe do capital na política de saúde no Brasil**
The global crisis of 2008 and the coup of capital in Brazilian health policy
Carmen Fontes Teixeira, Jairnilson Silva Paim

ARTIGO ORIGINAL | ORIGINALARTICLE

- 22 **O aparente paradoxo da saúde nas eleições estadunidenses de 2016: caminhos para a luta por direitos sociais**
The supposed paradox of health in the 2016 American elections: paths for fighting for social rights
André Teixeira Jacobina

- 37 **Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados**
Public and private health expenditures in Brazil and selected countries
Juliana Oliveira Figueiredo, Níliá Maria de Brito Lima Prado, Maria Guadalupe Medina, Jairnilson Silva Paim

- 48 **Incorporação de tecnologias no Sistema Único de Saúde: as racionalidades do processo de decisão da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde**
Incorporation of technologies in the Unified Health System: the rationalities of the decision-making process of the National Committee for Health Technology Incorporation in the Unified Health System
Kleize Araújo de Oliveira Souza, Luis Eugênio Portela Fernandes de Souza

- 61 **As ações judiciais contra a Vigilância Sanitária: pode-se falar de 'judicialização'?**
The lawsuits against Health Surveillance: can one speak of 'judicialization'?
Aliana Ferreira de Souza Simões, Luis Eugênio Portela Fernandes de Souza

- 76 **Política de Saúde Bucal no Brasil: as transformações no período 2015-2017**
Oral Health Policy in Brazil: transformations in the period 2015-2017
Sônia Cristina Lima Chaves, Ana Maria Freire de Lima Almeida, Camila Santana dos Reis, Thais Regis Aranha Rossi, Sandra Garrido de Barros

- 92 **Posicionamento das entidades odontológicas sobre a Política Nacional de Saúde Bucal, no período de 2015-2017**
Positioning of dental entities on the National Oral Health Policy, in the period 2015-2017
Ana Maria Freire de Lima Almeida, Sônia Cristina Lima Chaves, Letícia Rabelo Nunes, Camila Oliveira Araújo

- 111 **Avaliação da qualidade da Atenção Pré-Natal no Brasil**
Evaluation of the quality of Prenatal Care in Brazil
Leandro Alves da Luz, Rosana Aquino, Maria Guadalupe Medina

- 127 **Visitas domiciliares no Brasil: características da atividade basilar dos Agentes Comunitários de Saúde**
Home Visits in Brazil: characteristics of the baseline activity of Community Health Workers
Cristiane Abdon Nunes, Rosana Aquino, Maria Guadalupe Medina, Ana Luiza Queiroz Vilasbôas, Elzo Pereira Pinto Júnior, Leandro Alves da Luz

-
- 145 **Nasf: fragmentação ou integração do trabalho em saúde na APS?**
Nasf: fragmentation or integration of health work in PHC?
Thiago Santos Souza, Maria Guadalupe Medina
- 159 **Programa Farmácia Popular do Brasil: uma análise política de sua origem, seus desdobramentos e inflexões**
Popular Pharmacy Program of Brazil: a political analysis of its origin, unfoldings and inflections
Tatiane de Oliveira Silva Alencar, Patrícia Sodr  Araújo, Ediná Alves Costa, Rafael Damasceno Barros, Yara Oyam Ramos Lima, Jairnilson Silva Paim
- 173 **Avalia o dos serviços farmacêuticos na Aten o Primária   Saúde no cuidado ao paciente com tuberculose**
Evaluation of pharmaceutical services in primary health care in the care of patients with tuberculosis
Fernanda de Farias Rodrigues, Rosana Aquino, Maria Guadalupe Medina
- 188 **Limites do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Aten o Básica (PMAQ-AB): em foco, a gestão do trabalho e a educa o na saúde**
Limits of the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care (PMAQ-AB): on focus, work management and health education
Merielly Mariano Bezerra, Katia Rejane de Medeiros
- 203 **Avalia o da implanta o do Programa de Valoriza o do Profissional da Aten o Básica no estado da Bahia**
Evaluation of the implementation of the Primary Care Professional Valorization Program in the state of Bahia
Anderson Freitas de Santana, Ana Luiza Queiroz Vilasbôas
- 218 **Paradigmas e trajetórias tecnológicas em saúde: desafios da inova o no cuidado da diabetes**
Technological paradigms and trajectories in health: challenges of innovation in the care of diabetes
Jane Mary de Medeiros Guimarães, Erika Santos Aragão, Fábio Sanches dos Santos Galdino, Bethania de Araújo Almeida, Sebastiao Antonio Loureiro de Souza Silva
- 233 **O trabalho em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma difícil integra o?**
The work in oral health in the Family Health Strategy: is it a tough integration?
Charleni Inês Scherer, Magda Duarte dos Anjos Scherer, S nia Cristina Lima Chaves, Erica Lima Costa de Menezes
- 247 **Gestão indireta na aten o hospitalar: análise da contratualiza o por publiciza o para rede própria do SUS**
Indirect management in hospital care: analysis of contractualisation by outsourcing of SUS hospitals
Thadeu Borges Souza Santos, Jessica Santos de Souza, Juliete Sales Martins, Lilian Barbosa Rosado, Isabela Cardoso de Matos Pinto
- 262 **A saúde do idoso na televisão: prescri o de estilo de vida saudável**
The health of the elderly on television: healthy lifestyle prescription
Márcia Cristina Rocha Costa, Maria Ligia Rangel Santos, Antonio Marcos Pereira Brotas

-
- 275 **Análise da inserção dos nutricionistas nos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva: identidades, trajetórias e tomadas de posição**
Analysis of the insertion of nutritionists in Postgraduate Programs in Collective Health: identities, trajectories and position-taking
Camila Ramos Reis, Jamacy Costa-Souza, Ligia Maria Vieira-da-Silva
- 286 **PET-Saúde/GraduaSUS: retrospectiva, diferenciais e panorama de distribuição dos projetos**
PET-Health/GraduaSUS: retrospective, differentials and panorama of project distribution
Tania França, Carinne Magnago, Maria Ruth dos Santos, Soraya Almeida Belisário, Cláudia Brandão Gonçalves Silva
- 302 **Promoção da saúde na agenda governamental do estado da Bahia: política ou retórica?**
Health promotion in the governmental agenda of the state of Bahia: politics or rhetoric?
Ana Carla Freitas Fonseca, Maria Guadalupe Medina
- 317 **Trabalho e poder na Secretaria Municipal de Saúde: implantação da Política de Saúde Bucal em um município - 2007/2008**
Work and power in the Municipal Health Department: implementation of the Oral Health Policy in the municipality - 2007/2008
Catharina Leite Matos Soares, Mayara Santana de Freitas
- ENSAIO | ESSAY
- 331 **A satisfação do usuário na avaliação de serviços de saúde: ensaio sobre a imposição de problemática**
The satisfaction of the user in health services evaluation: essay on the imposition of problems
Monique Azevedo Esperidião, Ligia Maria Vieira-da-Silva
- REVISÃO | REVIEW
- 341 **Análise política em saúde: síntese das abordagens teórico-metodológicas**
Political analysis in health: synthesis of theoretical-methodological approaches
Monique Azevedo Esperidião
- 361 **Estado da arte dos observatórios em saúde: narrativas sobre análises de políticas e sistemas**
State of the art of health observatories: narratives on policy and systems analysis
Marcele Carneiro Paim, Maria Ligia Rangel Santos
- 377 **Revisão da produção científica sobre análise de conjuntura: contribuição à análise política em saúde**
Review of scientific production on conjuncture analysis: contribution to political analysis in health
João Henrique Araujo Virgens, Carmen Fontes Teixeira
- 394 **Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra e saúde do campo: revisão integrativa do estado da arte**
Landless Workers Movement and rural healthcare: integrative review of the state of art
Larissa Daiane Vieira Barros, Carmen Fontes Teixeira

Mais que nunca, é preciso lutar...

Carmen Fontes Teixeira¹, Ana Luiza Queiroz Vilasbôas², Jairnilson Paim³

DOI: 10.1590/0103-110420185200

VIVEMOS UM MOMENTO EXTREMAMENTE DIFÍCIL. Os alicerces da nossa frágil democracia, conquistada com muita luta após os 21 anos de regime autoritário, encontram-se ameaçados pela mobilização de considerável parcela da população em torno de lideranças conservadoras que pregam a violência, a segregação, o ódio. Testemunhamos a atualização de preconceitos cristalizados na história da formação social brasileira, marcada pelo patriarcalismo, pelo racismo, pelo machismo, que se expressam contra pobres, mulheres, negros e segmentos da comunidade LGBTI (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Travestis e Intersexuais).

Agregando-se a isso a insatisfação com os efeitos da crise econômica, política e ética que atravessamos nos últimos anos, formou-se o caldo de cultura para a polarização entre projetos distintos para a sociedade brasileira, que opõem modelos econômicos, concepções políticas e perspectivas culturais, colocando o País em uma encruzilhada, que começou a se configurar antes mesmo do golpe que depôs a presidente Dilma Rousseff, e hoje se apresenta, sem disfarces, nos debates e nas estratégias adotadas pelas forças sociais e partidos políticos que disputam as eleições.

Estamos editando este número da revista 'Saúde em Debate' a ser lançado durante a V Oficina de Trabalho do Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS), justamente em um contexto de eleições presidenciais que definirão o cenário para desenvolvimento das políticas de saúde e, especialmente, para o Sistema Único de Saúde (SUS). Seja qual for o resultado dessas eleições, temos consciência de que a luta em defesa do direito à saúde continuará, porque faz parte da história das forças progressistas deste País, que sonham e trabalham por um Brasil mais justo, menos desigual, mais democrático e solidário.

Faz parte dessa luta o desenvolvimento de estudos e pesquisas que contribuam para o conhecimento dos problemas do estado de saúde da população e do sistema de saúde, de modo a subsidiar a elaboração e a implementação de políticas, estratégias e práticas coerentes com as concepções, princípios e diretrizes que animam o movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB) ao longo dos últimos 42 anos, desde a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) em 1976¹⁻³. Nessa perspectiva, o Cebes e o OAPS decidiram compor mais um número da 'Saúde em Debate' dedicado à Análise Política em Saúde, dando continuidade e consequência ao esforço da centena de pesquisadores vinculados aos diversos projetos de pesquisa que vem sendo desenvolvidos nos 12 eixos temáticos que compõem, atualmente, o Observatório (www.analisepoliticaemsaude.org).

Nas páginas deste número especial da revista, os leitores encontrarão um conjunto de artigos que abordam o processo político em saúde de diversos ângulos, sejam questões gerais relacionadas com a luta pelo direito à saúde, no Brasil e em outros países, sejam aspectos específicos do processo de formulação e implementação de políticas em diversas temáticas, especialmente no que diz respeito à organização do SUS, em nível nacional, estadual e municipal. Além disso, apresenta-se o resultado de estudos bibliográficos que tratam de mapear a

¹Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos (IHAC) - Salvador (BA), Brasil.

²Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil.

³Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil.



produção científica sobre Análise Política em Saúde, visando sistematizar o elenco de teorias e estratégias metodológicas utilizadas, de modo a fundamentar o trabalho do Observatório, tanto na perspectiva de sua organização e funcionamento enquanto um espaço singular que articula produção e difusão de conhecimentos com participação no debate político da saúde quanto no aperfeiçoamento dos estudos e pesquisas desenvolvidos nos diversos eixos temáticos que o compõem.

Nesse particular, cabe enfatizar o interesse que permeia muitos dos projetos em desenvolvimento no OAPS, e que se revela no conteúdo de muitos dos artigos apresentados neste número da 'Saúde em Debate': a identificação e análise do posicionamento político de diversos sujeitos e organizações governamentais e não governamentais, ou, melhor dizendo, do Estado e da sociedade civil, acerca dos projetos em disputa na saúde. De fato, em um ambiente fortemente polarizado, assistimos também ao fortalecimento, em todos os espaços do Estado brasileiro hoje, da hegemonia do projeto mercantilista⁴, defendido pelo conjunto de forças políticas interessadas na redução do gasto público, em defesa do mercado, privatização da gestão do SUS e fortalecimento do modelo médico-assistencial hospitalocêntrico, bem como desvalorização da participação e controle social do SUS por meio dos Conselhos e Conferências de saúde. Para os defensores desse projeto, a saúde é considerada uma mercadoria, e não um direito de cidadania, e o SUS pode limitar-se a um SUS 'para pobres', focalizado na garantia da atenção básica, ao tempo que se intensifique a privatização da gestão da atenção especializada e hospitalar, paralelamente à expansão de cobertura dos planos privados de saúde, reforçados, inclusive, pelo subsídio estatal.

O futuro do SUS, portanto, está em questão. Nesse cenário, a defesa do projeto da RSB, e do chamado 'SUS constitucional', fundado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, é tarefa inadiável, e requer a superação do subfinanciamento e ampliação dos recursos públicos investidos na saúde, a democratização da gestão do sistema em todos os níveis, a qualificação da gestão pública e a consolidação de um modelo de atenção que vise à integralidade, à melhoria da qualidade e à humanização do atendimento. Resistir ao 'desmonte' do sistema, que, apesar das limitações e dificuldades, representa uma conquista da cidadania brasileira, um avanço civilizatório diante da barbárie que se avizinha, é o que nos move a continuar estudando, pesquisando, escrevendo, ensinando, debatendo e mobilizando pessoas, grupos, entidades, organizações a continuar na trincheira da luta por saúde e democracia. Não passarão!

Carmen Fontes Teixeira

Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos (IHAC) – Salvador (BA), Brasil.

Ana Luiza Queiroz Vilasbôas

Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil.

Jairnilson Paim

Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil.

Referências

1. Fleury S, Organizadora. Saúde e Democracia, a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial; 1997.
2. Rizzotto ML, Costa AM. 25 anos do direito universal à Saúde. Rio de Janeiro: CEBES; 2014.
3. Camargo ATSP, Costa AM, Lobato LVC, et al. CEBES 40 anos: memória do futuro. Rio de Janeiro: CEBES; 2016.
4. Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira (RSB): expressão ou Reprodução da revolução passiva? Planejamento e políticas públicas. 2017 [acesso em 2018 set 2]; (49):15-33. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/946/441>.

More than ever, we must fight...

Carmen Fontes Teixeira¹, Ana Luiza Queiroz Vilasbôas², Jairnilson Paim³

DOI: 10.1590/0103-110420185200

WE LIVE IN EXTREMELY DIFFICULT TIMES. The foundations of our fragile democracy, conquered with much struggle after the 21 years of authoritarian rule, are threatened by the mobilization of a considerable share of the population around conservative leaderships that preach violence, segregation, and hatred. We witness the updating of prejudices crystallized in the history of Brazilian social formation, marked by patriarchy, racism, and sexism, which are expressed against the poor, women, blacks and segments of the LGBTI (Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Transvestite and Intersexual) community. Adding to that the dissatisfaction with the effects of the economic, political, and ethical crisis that we have been going through in recent years, the culture ‘broth’ was formed for the polarization between distinct projects for the Brazilian society, that oppose economic models, political conceptions, and cultural perspectives, putting the country at a crossroads, which began to take shape even before the coup that deposed President Dilma Rousseff, and today presents itself, without disguise, in the debates and strategies adopted by the social forces and political parties that dispute the elections.

We are editing this issue of the ‘Saúde em Debate’ journal to be launched during the Fifth Workshop of the Observatory of Political Analysis in Health (OAPS), precisely in a context of presidential elections that will define the scenario for the development of health policies and, especially, for the Unified Health System (Sistema Único de Saúde – SUS). Whatever the outcome of these elections may be, we are aware that the struggle for the right to health will continue because it is part of the history of the progressive forces of this country that dream of and work for a fairer, less unequal, more democratic and solidary Brazil.

It is part of this struggle to develop studies and research that contribute to the knowledge of the problems of the health status of the population and of the health system, in order to subsidize the elaboration and implementation of policies, strategies, and practices consistent with the conceptions, principles, and guidelines that animate the movement for the Brazilian Sanitary Reform (RSB) over the last 42 years, since the creation of the Brazilian Center for Health Studies (Cebes) in 1976¹⁻³. In that perspective, the Cebes and the OAPS decided to compose another issue of ‘Saúde em Debate’ dedicated to the Political Analysis in Health, giving continuity and consequence to the effort of the hundred researchers linked to the several research projects that have been developed in the 12 thematic axes which currently make up the Observatory (www.analisepoliticaemsaude.org).

Along the pages of this special issue of the journal, readers will find a set of articles that address the health policy process from various angles, whether general issues related to the struggle for the right to health in Brazil and in other countries, or specific aspects of the process of formulation and implementation of policies in various themes, especially with regard to the organization of the SUS, at a national, state and municipal level. In addition, we present the results of bibliographical studies that try to map the scientific production on Political Analysis

¹Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos (IHAC) – Salvador (BA), Brasil.

²Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil.

³Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil.



in Health, aiming to systematize the list of theories and methodological strategies used, in order to base the work of the Observatory, both from the perspective of its organization and functioning as a singular space that articulates production and diffusion of knowledge with participation in the political debate of health, as well as in the improvement of the studies and researches developed in the several thematic axes that compose it.

In this regard, it is important to emphasize the interest that permeates many of the projects under development in the OAPS, which is revealed in the content of many of the articles presented in this issue of 'Saúde em Debate': the identification and analysis of the political positioning of various subjects and governmental and non-governmental organizations, or rather, of the State and the civil society, about the projects in dispute in health. In fact, in a strongly polarized atmosphere, we also witnessed the strengthening of the hegemony of the mercantilist⁴ project in all areas of the Brazilian State today, defended by a group of political forces interested in reducing public spending, in defense of the market, privatization of management of the SUS, and strengthening of the hospital-centered medical-assistance model, as well as devaluation of the participation and social control of the SUS through Health Councils and Conferences. For the defenders of that project, health is considered a commodity, not a right of citizenship, and the SUS can be limited to a SUS 'for the poor', focused on guaranteeing basic health care, while intensifying the privatization of management of specialized and hospital care, in parallel with the expansion of coverage of private health insurances, reinforced, even, by State subsidy.

The future of the SUS, therefore, is at stake. In this scenario, defending the RSB project, and the so-called 'constitutional SUS', based on the principles of universality, comprehensiveness and equity, is an urgent task, and requires the overcoming of underfunding and the expansion of public resources invested in health, the democratization of management of the system at all levels, the qualification of public management, and the consolidation of a care model aimed at comprehensiveness, quality improvement, and the humanization of care. To resist the 'dismantling' of the system, which, despite limitations and difficulties, represents a conquest of Brazilian citizenship, a civilizing advance in the face of the barbarism that surrounds us, is what moves us to continue studying, researching, writing, debating, and mobilizing people, groups, entities, organizations to continue in the trench of the struggle for health and democracy. They shall not pass!

Carmen Fontes Teixeira

Federal University of Bahia (UFBA), Humanities, Arts and Science Institute Professor Milton Santos (IHAC) – Salvador (BA), Brazil.

Ana Luíza Queiroz Vilasbôas

Federal University of Bahia (UFBA), Institute of Public Health (ISC) – Salvador (BA), Brazil.

Jairnilson Paim

Federal University of Bahia (UFBA), Institute of Public Health (ISC) – Salvador (BA), Brazil.

References

1. Fleury S, Organizadora. Saúde e Democracia, a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial; 1997.
2. Rizzotto ML, Costa AM. 25 anos do direito universal à Saúde. Rio de Janeiro: CEBES; 2014.
3. Camargo ATSP, Costa AM, Lobato LVC, et al. CEBES 40 anos: memória do futuro. Rio de Janeiro: CEBES; 2016.
4. Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira (RSB): expressão ou Reprodução da revolução passiva? Planejamento e políticas públicas. 2017 [acesso em 2018 set 2]; (49):15-33. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/946/441>.

A crise mundial de 2008 e o golpe do capital na política de saúde no Brasil

The global crisis of 2008 and the coup of capital in Brazilian health policy

Carmen Fontes de Souza Teixeira¹, Jairnilson Silva Paim²

DOI: 10.1590/0103-11042018S201

RESUMO O objetivo do artigo foi analisar a conjuntura posterior às eleições presidenciais de 2014, discutindo possíveis relações com a crise econômica mundial e com os desdobramentos do golpe de 2016 na saúde. Trata-se de um artigo de opinião que contemplou a análise dos principais fatos políticos do período. Os resultados ressaltam que a financeirização da saúde, o ajuste fiscal, a restauração do neoliberalismo e o clientelismo político da direita têm gerado o desmonte do Sistema Único de Saúde (SUS), *vis-à-vis* alguma resistência de frentes e movimentos sociais progressistas. Conclui-se pela necessidade de acúmulo de energias políticas para alterar a correlação de forças na atual conjuntura.

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

ABSTRACT *The objective of the article is to analyze the conjuncture after the 2014 presidential elections, by discussing possible connections with the global economic crisis and the unfolding of the 2016's coup d'état in the health context. It is an opinion article that contemplated the analysis of the main political facts of the period above mentioned. The results highlight that the financialization of health, the fiscal adjustment, the restoration of neoliberalism, and the political clientelism of the right-wing political party have caused the breakdown of the SUS (Unified Health System), facing some resistance of fronts and progressive social movements. It is concluded the need for accumulation of political energies to change the correlation of forces in the current conjuncture.*

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

¹Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos (IHAC) – Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8080-9146>
carment@ufba.br

²Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0783-262X>
jairnil@ufba.br



Introdução

A crise mundial de 2008 tem sido reconhecida como manifestação de contradições do capitalismo na qual se destacam a queda tendencial da taxa de lucro, os problemas gerados pelo *subprime* (modalidade de empréstimos como crédito de risco) e a especulação imobiliária nos Estados Unidos e em países europeus. A resposta dos países dominantes a essa crise foi a estatização das dívidas para salvar os bancos e seus executivos, assim como a ênfase em políticas neoliberais e o reforço na financeirização da economia, ampliando as críticas e os combates contra as políticas universais e o *Welfare State*.

Aproveitando essa oportunidade, o capital realizou uma ofensiva contra a saúde¹. Sistemas nacionais de saúde sofreram comprometimento da universalidade, aprofundando políticas de competição regulada e comercialização², bem como fortalecendo as tendências de segmentação e de mercantilização na saúde. Assim, interesses de mercado impuseram políticas de austeridade fiscal neoliberais na Europa pela *troika* (Fundo Monetário Internacional – FMI, Banco Central Europeu e Comissão Europeia), com impacto negativo nas instituições de saúde estruturadas no século XX³. Houve cortes com restrições de serviços, ampliação de copagamentos, transferência de custos para os usuários, diminuição de responsabilidades por parte do Estado e aumento nas formas de privatização. Na América Latina, a privatização observada nos sistemas de saúde do Chile, da Colômbia, do México e da Argentina não se mostrou efetiva, aumentando a barreira de acesso e custos administrativos, enquanto no caso colombiano apontava para a insolvência¹.

Tal ofensiva em outros países não deve escamotear determinantes histórico-estruturais internos que conformaram uma sociedade extremamente desigual como a brasileira, nem obscurecer a crise do Sistema Único de Saúde (SUS), observada

desde a aprovação da Constituição Federal de 1988, e expressa no subfinanciamento, na articulação público-privada, na gestão e na desvalorização dos trabalhadores de saúde. Desse modo, várias perguntas emergem na conjuntura recente: quais os desdobramentos da crise de 2008 no Brasil? Até que ponto essa crise pôde ser adiada mediante políticas anticíclicas dos governos Lula e Dilma? Será que se expressou em crises econômica, ética e política desde 2014? Quais as repercussões nas políticas sociais e no SUS, especialmente depois do golpe de 2016?

Nessa perspectiva, o objetivo do presente estudo é analisar a conjuntura posterior às eleições presidenciais de 2014, discutindo possíveis relações com a crise econômica mundial e com certos desdobramentos do golpe de 2016 na política de saúde.

Alguns antecedentes

De Sarney a Dilma, o orçamento da seguridade social não foi adotado, e suas fontes de recursos foram segmentadas e desviadas para financiar a economia. Parte do financiamento da seguridade social foi capturada pela área econômica dos diferentes governos, e a questão social passou a ser conduzida por meio de programas emergenciais e políticas focalizadas, defendidas por especialistas e preconizadas por instituições internacionais como o Banco Mundial (BM). Cabe reconhecer, entretanto, que os programas de transferência condicionada de renda⁴, a exemplo do ‘Bolsa Família’, apresentaram efeitos positivos na redução da pobreza e da desigualdade social, com consequente geração de dividendos políticos-ideológicos.

Nem a sociedade nem o Estado brasileiro têm apostado no projeto da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e optado pelo SUS como política prioritária, sendo boicotado sucessivamente por vários governos desde a Constituição de 1988⁴. Grandes desafios continuavam postos para a RSB e para a consolidação do SUS,

enquanto sistema de saúde público, universal, igualitário, integral e de qualidade.

Costa, Bahia e Scheffer⁵, ao analisarem posições ambíguas do governo Dilma em relação à articulação público-privada, denunciaram desde então ameaças contra o SUS decorrentes de pressões dos que apostavam na privatização, tanto nos setores à direita quanto à esquerda do espectro político. Alertaram que mais subsídios e desonerações fiscais para a expansão do mercado de assistência médica suplementar deparavam-se com um acúmulo de experiências negativas de consumidores iludidos de que o mercado seria capaz de atender às suas necessidades. Desde aquela época, não se vislumbrava um cenário otimista para a sustentabilidade do SUS. Mesmo se conseguindo mais recursos, outras lutas seriam necessárias para evitar a adoção do modelo americano e para não permanecer refém da indústria de equipamentos e de medicamentos, dos hospitais privados e do corporativismo de profissionais.

Assim, a crise do SUS antecedeu a crise mundial e as crises econômica, política e ética constatadas no Brasil a partir de 2014. Aliás, as forças sociais e políticas que formularam a RSB e o SUS já acumulavam derrotas desde o período pós-constituente⁴. Entretanto, nas primeiras duas décadas desse período, as medidas contra o SUS limitavam-se ao Executivo; até quando o Congresso extinguiu a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) em 2007. Já na década seguinte, o Executivo e o Legislativo rejeitaram a proposta de 10% das receitas brutas da União para a saúde, ignorando o movimento Saúde+10. Juntos comprometeram a sustentabilidade econômica do SUS e permitiram a abertura da saúde ao capital estrangeiro. Em 2014, chegou a vez do Judiciário, reconhecendo a constitucionalidade das Organizações Sociais (OS) no Supremo Tribunal Federal (STF) depois de 17 anos de protelação e

configurando uma porta aberta para as parcerias público-privadas (PPP), terceirizações, OS, Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip)⁶ etc.

O ‘ensaio desenvolvimentista’, a polarização das eleições e o golpe do capital

Nos anos de 2011 e 2012, os desenvolvimentistas do governo Dilma atuaram sobre o mercado financeiro, ampliando espaços para bancos públicos e reduzindo os juros, mas o Banco Central voltou a elevar a taxa Selic em abril de 2013. Assim, o governo devolveu ao mercado o controle sobre a política econômica, comprometendo a retomada do desenvolvimento e o avanço progressista. Nessa conjuntura, o capital financeiro, aparentemente diferenciado do capital industrial e da fração organizada dos trabalhadores que formavam a coalizão produtivista, aliou-se à classe média tradicional, reforçando a coalizão rentista. Enquanto isso, o subproletariado permanecia sob as asas do lulismo, que arbitrava as forças sociopolíticas⁷.

Entre o maio do ensaio desenvolvimentista – quando a presidente Dilma fez uma forte crítica aos juros praticados pelos bancos no País e anunciou, no Dia dos Trabalhadores de 2012, a redução nas taxas de juros – e as Jornadas de Junho de 2013, algo precisa ser entendido e explicado. Nesse interregno, os comentaristas econômicos, economistas, representantes do mercado financeiro e a grande mídia anunciavam a possível volta da inflação. Ademais, o governo federal combinou com os estados e municípios para adiarem o reajuste das tarifas de transportes coletivos até junho de 2013 para que os aumentos não incidissem sobre as taxas de inflação. Esse fato pode ser um dos elementos que faltavam para entender o nexos entre a crise mundial de 2008, a política econômica

de Dilma/Guido Mantega e as manifestações de junho de 2013, incluindo posteriormente o golpe do capital.

Os limites do neodesenvolvimentismo geraram espaço para a política, aproveitado pelos conservadores e pela direita desde as Jornadas de Junho de 2013. O capital industrial afastou-se de Dilma, alinhando-se ao bloco rentista de oposição, devido aos seguintes motivos: 1) Mistura do capital da indústria e das finanças; 2) Pleno emprego, força dos sindicatos e elevação dos salários reais; 3) Ideologia anti-intervencionista; 4) Correlação de forças internacional; 5) Abertura de excessivas frentes de luta⁷.

Do lado do governo, foi elaborada a chamada Nova Matriz econômica (NME), integrando as seguintes medidas: redução dos juros; uso intensivo do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES); aposta na reindustrialização; desonerações; plano para infraestrutura; reforma do setor elétrico; desvalorização do real para facilitar as exportações; controle de capitais; e proteção ao produto nacional. Contudo o agravamento da crise internacional, desde 2011, ao lado de uma possível redução das taxas de lucro, levou os principais grupos empresariais brasileiros, liderados pelos bancos privados, a demandar do governo federal políticas de austeridade no sentido contrário ao ensaio desenvolvimentista, visando

aprofundar o ajuste recessivo, aumentar o desemprego e conter o ciclo grevista, a fim de impor uma série de reformas antipopulares, como a da previdência e a trabalhista⁸⁽⁵⁹⁻⁶⁰⁾.

O cerco a favor da reversão neoliberal contou com apoio da burguesia, classe média, setores da classe trabalhadora, além de personalidades influentes sobre Dilma. Com as eleições de 2014, o choque recessivo e a opção de acelerar o lulismo terminaram por produzir a pior recessão desde 1992⁷. A partir de então, aumentou a oposição do capital e dos seus representantes ao governo Dilma, aprofundando a polarização nas eleições de 2014.

Paradoxalmente, após a vitória apertada do segundo turno, a presidente adotou a política econômica defendida pelo seu oponente durante a campanha. Essa opção, obviamente, ia no sentido contrário das expectativas dos seus eleitores, fragilizando a sua base social e a sua sustentação política. O capital financeiro inicialmente parecia preferir Dilma à instabilidade, mas não foi acompanhado por empresários industriais. Essas frações se articularam depois e deram o golpe de 2016, liderado pelo vice-presidente e por parte dos seus ministros, com a “ajuda do Congresso [...] e de uma mídia e uma Justiça partidarizada”⁹⁽⁴⁹⁾.

As políticas de austeridade implantadas pelos ministros Joaquim Levi e Nelson Barbosa, em 2015, foram radicalizadas pelo governo interino, a partir de 12 de maio de 2016, e expandidas com a consumação final do golpe de 31 de agosto. Com efeito, uma soma fabulosa do orçamento tem sido apropriada pelo capital financeiro. Em 2014, quase 1 trilhão de reais (R\$ 978 bilhões) do orçamento da União executado foi destinado ao pagamento da dívida pública (45,11%). Para a saúde, coube apenas 3,98%. Correspondiam às parcelas informadas pelo governo a título de ‘juros’ (R\$ 170 bi) e ‘amortizações’ (R\$ 808 bi), ou seja, 12 vezes do que foi destinado à educação, 11 vezes à saúde, mais que o dobro dos gastos com a Previdência Social. Entre 2010 e 2014, o governo gastou só em juros R\$ 700 bilhões; e com o Bolsa Família, R\$ 103 bilhões¹⁰.

Repercussões das crises e do golpe na saúde

Vale recordar os vários golpes desferidos contra o SUS desde 2014: 1) Abertura da saúde ao capital estrangeiro; 2) Projeto de Lei (PL) para obrigatoriedade de planos privados de saúde para empregados, exceto os domésticos; 3) PL das Terceirizações; 4) Prorrogação da Desvinculação das

Receitas da União (DRU), acrescida da Desvinculação das Receitas dos Estados (DRE) e da Desvinculação das Receitas dos Municípios (DRM); 5) Proposta de Emenda Constitucional (PEC 241) da Câmara dos Deputados e PEC 55 do Senado (Novo Regime Fiscal); 6) Planos populares; 7) Rejeição da Emenda Popular Saúde + 10; 8) Orçamento impositivo; 9) Reconhecimento da constitucionalidade das OS; 10) Proposta de Cobertura Universal em Saúde; 11) Agenda Brasil com cobrança de serviços no SUS; 12) Novos pacotes de ajuste; 13) Saúde, educação e ciência e tecnologia como moeda de troca político-partidária. Cumpre registrar que parte dessas iniciativas já foi efetivada (1,3,4,5,7,8,9,13), enquanto outras ainda pairam como ameaças concretas (2,6,10,11,12).

Para além do plano fenomênico, houve modificações nas relações entre o Estado e o capital que vão além do financiamento das políticas sociais e do SUS. Uma dessas regras foi a mencionada abertura da saúde ao capital estrangeiro, aprovada no Congresso nacional e não vetada pela Presidência da República, o que gerou questionamentos de entidades do movimento sanitário.

Não foi apenas o então presidente da Câmara de Deputados nem mesmo o Congresso Nacional que impuseram essas derrotas, mas, especialmente, as operadoras de planos de saúde que financiaram as campanhas das eleições de 2010 e 2014. Portanto, o determinante fundamental desses retrocessos está representado pelo capital financeiro que define, direta e indiretamente, as políticas públicas no Brasil e no mundo.

Essa financeirização não é só uma hipertrofia do capital financeiro, nem uma patologia do sistema capitalista, mas um novo padrão sistêmico de acumulação de riqueza do capitalismo contemporâneo¹¹. Esta vai mais além que a privatização da saúde na infraestrutura, produção e consumo de serviços e gestão do sistema. Essas modalidades de privatização já eram bem conhecidas,

estudadas e denunciadas pelo movimento sanitário. Trata-se, agora, de uma articulação público-privada específica, via empresas, que realizam a intermediação da assistência, ou seja, instituições financeiras que administram planos de saúde e se inserem no jogo especulativo das bolsas de valores. Esse processo está acompanhado do financiamento de campanhas de parlamentares e dirigentes do executivo, da cooptação de ministros da Fazenda, do Planejamento, da Casa Civil e da Saúde, assim como da captura da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), isto é, da ocupação de cargos de direção da ANS por empresários de planos de saúde, expressão do circuito entre gestores e técnicos da burocracia estatal e empresas do setor saúde ('porta giratória') e da produção e reprodução da corrupção^{11,12}.

O 'austericídio' e a saúde

O 'austericídio' produzido pela implementação das medidas preconizadas na Emenda Constitucional 95 (EC-95), que congela os gastos públicos na área social para os próximos 20 anos, deve produzir resultados nefastos na saúde. Com o aumento da população e duplicação do percentual de idosos, ao tempo em que os recursos para a saúde serão pré-fixados pela inflação, certamente será drasticamente reduzido o gasto per capita com saúde. Isto, em um cenário epidemiológico que demandará exatamente o contrário, ou seja, o aumento do valor per capita investido em saúde ante os problemas e necessidades da população, e diante da tendência ao aumento dos custos da assistência, por conta da incorporação de tecnologias de alta densidade de capital e de insumos adquiridos, em grande parte, em dólar.

Além disso, formou-se uma 'bomba-relógio' com a epidemia anunciada de diabetes e hipertensão de crianças e adultos jovens de hoje com obesidade e sobrepeso; com a epidemia atual de acidentes de motocicletas; com uma geração de crianças com Síndrome

Neurológica da Zika; com pacientes sofrendo problemas articulares decorrentes da Chikungunya; com taxas elevadas de morbimortalidade por câncer; com prevalências elevadas de transtornos mentais, especialmente depressão; com o crescimento de violências e acidentes; com o envelhecimento da população; e com a tripla carga de doenças.

A proposta de planos de saúde acessíveis, por sua vez, expressa um movimento do capital na saúde que já vinha se conformando no País, corroendo a possibilidade de manutenção do SUS, enquanto um sistema público e universal de saúde. Essa proposta, mesmo que não entregue o que promete e iluda seus possíveis consumidores, é consistente com as políticas delineadas pelo governo e com os documentos divulgados pelos empresários da saúde desde as eleições de 2014.

Se os gastos federais cresceram mais que as receitas nos últimos anos, não foi por causa da saúde. Os recursos aplicáveis a ela estiveram estáveis em relação ao Produto Interno Bruto (PIB), aproximadamente 1,7% deste. Representavam gastos que beneficiariam milhões de brasileiros, ao contrário de subsídios e desonerações.

O curso e a agenda do retrocesso

O governo Temer implementou, o mais rápido possível, a sua agenda de retrocesso por meio do corte das políticas sociais, recuo da legislação ambiental, retirada dos direitos trabalhistas e previdenciários, entrega do patrimônio público, tributação regressiva, restrição ao pensamento crítico e “na arbitrariedade escancarada da força policial”¹³⁽³⁶⁾.

Novas ‘crises’ da previdência têm sido fabricadas para justificar as reformas nos governos de Fernando Henrique Cardoso (FHC), Lula, Dilma e Temer, acionando o suposto *deficit* como pretexto. De acordo com os tecnoburocratas, os recursos da União deveriam reforçar o capitalismo, desonerando o capital e prevalecendo uma regra pétrea entre os economistas do poder segundo a

qual o gasto social não deve pressionar o orçamento fiscal¹⁴. Entretanto, quando ressurge a crise, esses recursos têm sido usados para socorrer a economia, seja comprando dólar nas crises cambiais, seja desonerando empresas e empresários, seja repassando bilhões do Tesouro Nacional para o BNDES viabilizar oferta de juros subsidiados.

Diante dessa conjuntura, as perspectivas para as políticas sociais se apresentavam bastante sombrias. No caso da saúde, está em curso um processo de americanização do sistema, tendo como cenário a expansão do mercado de serviços de saúde e subsídios, inclusive assimilando a proposta de ‘cobertura universal em saúde’¹⁵.

Novas bases sociais, forças políticas e estratégias?

A guinada adotada pelo Partido dos Trabalhadores (PT) desde o final da década de 1980¹⁶ e, especialmente, a partir de 2003 o deslocou para o liberalismo social, vinculado ao pragmatismo político. Se este liberalismo social, sob o pretexto do realismo político, foi capaz de legitimar parcialmente o lulismo, possibilitando a vitória do PT nas eleições presidenciais de 2006, 2010 e 2014, de outro modo comprometeu as políticas universais, a exemplo do SUS, desconstruiu a seguridade social concebida pela Constituição Cidadã e deu prosseguimento ao seu desmonte iniciado pelos governos Collor e FHC.

Os projetos de reforma progressista, nacional, desenvolvimentista, democrático e redistributivo vinculados à Constituição Cidadã, como o ‘Esperança e Mudança’ e o ‘Democrático-popular’, foram derrotados por diferentes modos⁴. Até mesmo o neodesenvolvimentismo foi substituído por reformas conservadoras.

Além disso, os três poderes da República têm atuado na contramão da RSB e dos princípios e diretrizes do SUS. Constata-se uma ação do Estado contra o SUS, negligenciando

o princípio constitucional segundo o qual a ‘saúde é direito de todos e dever do Estado’. O movimento sanitário, mesmo mobilizando sujeitos sociais em defesa de um sistema de saúde universal, dispõe de bases de apoio insuficientes, pois não conquistou, efetivamente, trabalhadores, classe média e setores populares.

Diferentemente do que muitos imaginavam, a conjuntura que se foi desenhando desde as Jornadas de Junho de 2013 tem imposto um conjunto de derrotas ao SUS. A mobilidade na base da estrutura social verificada até 2014, com reforço do contingente de trabalhadores e um realinhamento político-eleitoral traduzido pelo lulismo, quando burgueses e proletários são substituídos por ricos e pobres no discurso político, não parece ter resultado em um avanço progressista.

Em 2015, dois grandes projetos disputaram ideologicamente a cena brasileira: a) Uma Ponte para o Futuro; b) O Brasil que queremos. O primeiro, formulado pela Fundação Ulisses Guimarães do então Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), também conhecido como ‘Plano Temer’, contém uma agenda ultraliberal na perspectiva econômica e regressiva no que diz respeito aos direitos sociais. O segundo, articulado por pesquisadores, intelectuais e lideranças sindicais de São Paulo vinculados à Plataforma Social, foi debatido por diversas entidades do movimento da RSB, a exemplo do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). Este projeto, apoiado pelas forças progressistas, representava uma proposta alternativa ao projeto conservador, esboçando uma agenda de curto prazo centrada nas seguintes medidas: 1) Preservar o emprego e a renda; 2) Desarmar a armadilha recessiva; 3) Aprender com as lições da experiência internacional; 4) Baixar os juros; 5) Recompôr a capacidade de financiamento do Estado; 6) Destruir os investimentos públicos e privados; 7) Fortalecer o mercado interno; 8) Preservar os gastos sociais. A proposta explicitava, ainda, as seguintes

diretrizes; a) Defesa da Constituição de 1988; b) Preservar a inclusão social; c) Enfrentar as desigualdades e discriminações históricas; d) Enfrentar as desigualdades da renda e do patrimônio; e) Enfrentar as desigualdades na oferta de serviços e universalizar a cidadania. Além disso, propunha ‘uma ampla mobilização social com o objetivo claro de lutar contra o atual modelo econômico’, traduzido na política de ajuste fiscal na qual os povos pagam a conta e as classes dominantes se acertam em torno de uma agenda de desconstrução dos direitos sociais, do meio ambiente e de culturas¹⁷⁽⁴⁹⁾.

A conjuntura delineada depois do golpe de 2016 possibilitou a implantação de parte do primeiro projeto e expressa um cenário ainda mais regressivo, extremamente grave e preocupante diante das medidas contrárias aos direitos sociais anteriormente assegurados pela Constituição de 1988. Vão contra os interesses nacionais e contra a democracia, além de comprometerem a vida e a saúde da classe trabalhadora e da população mais pobre deste país.

A financeirização e a hegemonia do capital financeiro, o ajuste fiscal violento (EC-95), a restauração radical do neoliberalismo e o clientelismo político da direita conservadora estão possibilitando o desmonte do SUS, ainda que gerando algum grau de resistência mediante frentes de movimentos sociais progressistas, conquistas de aparelhos da sociedade civil e algumas incursões no parlamento.

Esse ajuste significa mais que uma ameaça ao SUS universal ou à garantia de recursos do Estado para saúde e educação. Trata-se de um atentado do Executivo e do Legislativo à democracia e contra gerações de brasileiros nos próximos 20 anos. Do cadinho desses economistas, surgiu essa monstruosidade na área econômica do governo que não tem paralelo em nenhum país do mundo. O Parlamento abdicou de suas responsabilidades e prerrogativas no que tange à situação fiscal do País em duas décadas.

O Presidente da República, mesmo o

eleito em 2018, fica impedido de estabelecer uma política econômica por dez anos no mínimo, podendo ser o prazo estendido por mais uma década. Esvazia-se a democracia, pois não adianta o eleitor fazer a escolha de um dado programa de candidato. A ditadura de Pinochet, que foi o laboratório das políticas neoliberais desde os anos 1970 e 1980, e a intervenção recente da *troika* sobre a Grécia não ousaram tanto. Assim, não adianta o povo votar no presidente, nos deputados e nos senadores da sua preferência, pois, a não ser que ocorra uma mudança na correlação de forças, possibilitando os votos parlamentares necessários para a aprovação de uma emenda constitucional substitutiva à EC-95 ou um questionamento admitido pelo Supremo Tribunal Federal, dificilmente poderá ocorrer uma alteração dessa política definida por um governo sem votos que assumiu o poder em 31 de agosto de 2016.

De positivo, nota-se uma crescente indignação das pessoas e da sociedade civil organizada quando tomam conhecimento do que as forças políticas e econômicas que assaltaram o poder estão fazendo contra o País e contra o seu povo. Desse modo, setores democráticos e populares cada vez mais discutem a situação, mobilizam-se, articulam-se e organizam-se para resistir ao golpe, a exemplo do Fórum da RSB, que agrega entidades e instituições comprometidas com a democracia, com a RSB e com o SUS e participa da Frente Brasil Popular e da Frente Povo sem Medo,

A difusão de denúncias e críticas desde o início do governo Temer indica a potencialidade de mobilizar consciências críticas acerca de uma concepção ampla de saúde e de fortalecer um convite para a ação, resistindo contra o golpe continuado. Estimula a construção de uma pauta democrática para a articulação política, partindo da bandeira de ‘NENHUM DIREITO A MENOS’ com um alargamento de demandas e lutas por outras gerações de direitos: direito a um ambiente saudável, direito à cidade, direito ao lazer, direito ao gozo estético, direito à felicidade etc.

A ‘Agenda Estratégica para a Saúde no Brasil’¹⁸, composta por 5 diretrizes voltadas para uma política de saúde ‘5 estrelas’ e subscrita por 9 importantes entidades vinculadas ao movimento sanitário, tem sido proposta para os debates nas eleições de 2018. Do mesmo modo, a ‘Tese do Cebes 2018-2019’¹⁹ apresenta uma análise da conjuntura internacional, nacional e setorial, destacando a tensão entre o capitalismo e a democracia, o golpe de 2016 e destruição da cidadania, do direito à saúde, do universalismo e da integralidade, com o fortalecimento da ideia de saúde como mercadoria. Propõe um conjunto de medidas em defesa da democracia e contra o capitalismo, explicitando as bases e princípios da entidade por democracia e saúde, assim como os caminhos para a luta.

Não cabe, portanto, pensar estratégias setoriais diante da gravidade da situação atual. Não há viabilidade na reversão desse quadro, com garantia do financiamento público ao SUS, sem uma grande mobilização democrática e popular com atores sociais capazes de incluir temas na agenda do Estado. Tanto o direito à saúde quanto o SUS, para serem preservados, supõem lutas conjuntas em defesa da seguridade social e dos direitos civis, políticos, sociais e ambientais, com outras frentes de forças que defendam a democracia, os direitos humanos e as conquistas sociais e se oponham ao ‘novo regime fiscal’, à Reforma da Previdência e à Reforma Trabalhista. Apesar de várias palavras de ordem e propostas que surgem em busca de saídas imediatas, ainda não se vislumbra um cenário que não seja o da resistência e do acúmulo de energias políticas para alterar a correlação de forças na conjuntura.

Comentários finais

É possível sistematizar na análise dessa conjuntura pelo menos três vias de ataque ao SUS. A primeira, a via ideológica, quando a mídia, políticos, gestores, economistas,

profissionais de saúde e segmentos da classe média defendiam um SUS pobre para pobres. A segunda, a via política, quando o Legislativo e o Executivo aprovaram a participação do capital estrangeiro na saúde, terceirizações e planos privados de saúde, além das propostas de obrigatoriedade para todos os trabalhadores e dos ‘planos populares’. A terceira, a via econômica, mediante o subfinanciamento crônico, DRU, DRE, DRM, subsídios ao setor privado e a EC-95.

Essas vias de reprodução do golpe do capital na saúde representaram um desastre para os direitos civis, políticos e sociais e um ataque à democracia, à Constituição de 1988 e às conquistas sociais e ambientais. Esse golpe de empresários, urdido pela Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (Fiesp), Confederação Nacional da Indústria (CNI), Confederação Nacional da Agricultura (CNA), Federação Brasileira de Bancos (Febraban) etc., usou a mídia e parte da classe média para realizar uma intervenção parlamentar com a chancela do Judiciário. Na saúde, o subfinanciamento constitucionalizado por intermédio da EC-95 (teto dos gastos) se apresenta como um dos mecanismos mais drásticos para o desmonte do SUS.

A tensão entre conservação e mudança, entretanto, permite considerar a possibilidade de surgimento de sujeitos da antítese⁴ capazes de criar fatos políticos e de estimular a tomada de consciência crítica, contribuindo para o fortalecimento de movimentos sociais comprometidos com um projeto contra-hegemônico que contemple, além dos interesses específicos dos trabalhadores, as lutas contra o sexismo, racismo, discriminação sexual e defesa do ambiente, entre outras. Esta pluralidade de vozes na democracia pode reforçar a cadeia de equivalências entre as lutas contra as distintas formas de opressão e subordinação nas relações sociais, aproveitando-se dos distintos antagonismos presentes na sociedade contemporânea²⁰.

A materialidade e a institucionalidade construídas nas últimas três décadas sugerem que não é qualquer golpe que pode acabar com o SUS. Algum SUS pode permanecer, mesmo que seja um arremedo, um simulacro: um SUS que se confunde com ‘saúde pública’ destinado exclusivamente aos pobres, ao controle de epidemias e ao atendimento do que não interessa à iniciativa privada; um SUS de uma ‘saúde pública’ confinada às ações preventivas e assistenciais para os que não têm acesso ao mercado e apoio ao setor privado nos procedimentos de alto custo; um SUS distante das diretrizes da igualdade, da universalidade e da integralidade propostas pela RSB e concebidas pela saúde coletiva.

Resignar-se a essa tendência significa minar o caráter solidário de um sistema de saúde universal para o País. A repugnância diante dos ataques do governo sem votos das cidadãs e cidadãos, ilegítimo, e da direção impressa à política setorial pelo Ministério da Saúde exige a revitalização das instâncias de controle social, os diálogos do movimento da RSB com distintos parceiros, tais como o Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde (Ampasa), Confederação Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), entidades representativas de profissionais de saúde e movimentos sociais comprometidos com a democracia e com a luta contra o fascismo, pela garantia dos direitos sociais, contra o racismo e contra todas as formas de discriminação. Nessa perspectiva, apresenta-se a continuidade e a intensificação da luta em diversos espaços políticos, enfrentando os desafios da radicalização da democracia para a construção de um novo Estado de Bem-Estar Social no Brasil.

Colaboradores

Teixeira CF contribuiu significativamente na revisão crítica do conteúdo e participou da aprovação da versão final do manuscrito.

Paim JS contribuiu substancialmente para a concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados, elaboração e revisão crítica da versão preliminar e participou da aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Conill EM. A importância da continuidade dos sistemas nacionais europeus para as políticas de saúde na América Latina. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30(11):2253-2255.
2. Giovanella L, Stegmüller K. The financial crisis and health care systems in Europe: universal care under threat? Trends in health sector reforms in Germany, the United Kingdom, and Spain. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30(11):2263-2281.
3. Ottersen OP, Dasgupta J, Blouin C, et al. The political origins of health inequity: prospects for change. *Lancet Commissions* [internet]. 2014 fev [acesso em 2018 jul 5]; 383(9917):630-667. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)62407-1/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62407-1/abstract).
4. Paim JS. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2013; 29(10):1927-1953.
5. Costa AM, Bahia L, Scheffer M. Onde foi parar o sonho do SUS? *Le Monde Diplomatique Bras*. 2013; 69:30-31.
6. Marques T, Mendes A. Uma decisão favorável às OSS: impasses à construção do SUS [internet]. *Domingueira da Saúde* 012/2015. 2015 jun 28 [acesso em 2017 ago 18]. Disponível em: <http://idisa.org.br/img/File/Domingueira%20da%20Sa%C3%BAde%20-%20012%202015%20-%2028%2006%202015.pdf>.
7. Singer AE. A (falta de) base política para o ensaio desenvolvimentista. In: Singer A, Loureiro I, organizadores. *As contradições do lulismo: a que ponto chegamos?* São Paulo: Boitempo; 2016. p. 21-54.
8. Braga R. O fim do lulismo. In: Jinkings I, Doria K, Cleto M. *Por que gritamos golpe?: para entender o impeachment e a crise política no Brasil*. São Paulo: Boitempo; 2016. p. 55-60.
9. Oliveira C. O ódio como discurso político propagado nas redes e nas ruas a serviço do golpe. In: Rovai R, organizador. *Golpe 16*. São Paulo: Publisher Brasil; 2016. p. 41-54.
10. Scaff FF. A DRU, os direitos sociais e o pagamento dos juros da dívida [internet]. *Consultor Jurídico*.

2015 jul 14 [acesso em 2015 jul 22]. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2015-jul-14/contas-vis-ta-dru-direitos-sociais-pagamento-juros-divida>.

11. Sestelo JAF. Planos e seguros de saúde do Brasil de 2000 a 2015 e a dominância financeira [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; Centro de Ciências da Saúde; Instituto de Estudos de Saúde Coletiva; 2017. 648 p.
12. Monteiro MG. Trayectoria y cambios de dirección en las políticas públicas: análisis de la reforma del sistema sanitario brasileño (1975-2015) [tese]. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; Departamento de Ciencia Política y Derecho Público; 2016. 327 p.
13. Miguel LF. A democracia na encruzilhada. In: Jinkings I, Doria K, Cleto M. Por que gritamos golpe?: para entender o impeachment e a crise política no Brasil. São Paulo: Boitempo; 2016. p. 31-37.
14. Fagnani E. Política Social no Brasil (1964-2002): Entre a Cidadania e a Caridade [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; Instituto de Economia; 2005. 587 p.
15. Titelman D, Centrángolo O, Acosta OL. Universal Health Coverage in Latin American Countries: how to improve solidarity-based schemes. *Lancet*. 2015 abr; 385(9975):1359-1363.
16. Coelho E. Uma esquerda para o capital. Crise do Marxismo e Mudanças nos Projetos Políticos dos Grupos Dirigentes do PT (1979-1998) [tese]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; Programa de Pós-Graduação em História; 2005.
17. Brasil Debate, Fórum 21, Fundação Perseu Abramo, et al. Por um Brasil justo e democrático: o Brasil que queremos: subsídios para um projeto de desenvolvimento nacional. [sem local]: Brasil Debate; 2015 [acesso em 2017 jul 22]. v. 2. Disponível em: <http://plataformapoliticasocial.com.br/por-um-brasil-justo-e-democratico-2>.
18. Associação Brasileira de Saúde Mental, Associação Brasileira de Saúde Coletiva, Centro Brasileiro de Estudos em Saúde, et al. SUS igual para todos: Agenda Estratégica para a Saúde no Brasil: 5 diretrizes de uma política de saúde 5 estrelas para pobres e ricos. Rio de Janeiro: Abrasco; Cebes; 2011.
19. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Cebes na luta: transformar e radicalizar a Democracia para assegurar Direitos Sociais e Saúde: Teses do CEBES 2018-2019. Rio de Janeiro: Cebes; 2018.
20. Laclau EE, Mouffe C. Hegemonia y estrategia socialista: hacia una radicalización de la democracia. 3. ed. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2010.

Recebido em 11/07/2018
 Aprovado em 04/09/2018
 Conflito de interesses: inexistente
 Suporte financeiro: não houve

O aparente paradoxo da saúde nas eleições estadunidenses de 2016: caminhos para a luta por direitos sociais

The supposed paradox of health in the 2016 American elections: paths for fighting for social rights

André Teixeira Jacobina¹

DOI: 10.1590/0103-110420185202

RESUMO O artigo buscou analisar as razões para o aparente paradoxo nas eleições nos Estados Unidos da América (EUA), em 2016, em torno do direito à saúde. Enquanto pesquisas de opinião apontavam que a maioria dos americanos era favorável a um sistema universal financiado por um único pagador o Estado, a população americana elegeu Donald Trump, que prometeu, durante a campanha, acabar com o chamado Obamacare (Affordable Care Act). O objetivo deste trabalho foi analisar as eleições de 2016 nos EUA no que tange ao debate em torno do direito à saúde, destacando o significado das três principais candidaturas, Hillary Clinton, Bernie Sanders e Donald Trump. Utilizaram-se jornais digitais, articulando as narrativas da campanha dos candidatos com notícias relevantes em relação ao Obamacare e ao direito à saúde. Os resultados sinalizam que, apesar da popularidade de Sanders, que defende o Direito universal à saúde, o Partido Democrata e sua ala corporativa apoiaram Hillary, devido aos seus vínculos com o grande capital. Com isso, uma nova direita ultranacionalista, populista, conseguiu o poder; e ameaça trazer uma forma de profascismo americano para o cenário político, no qual se apresenta um retrocesso na luta pelos direitos sociais, inclusive o direito à saúde.

PALAVRAS-CHAVE Direito à saúde. Política de saúde. Reforma dos serviços de saúde.

ABSTRACT *The paper seeks to analyze the reasons for the supposed paradox in the US elections in 2016 about concerning the right to health. While opinion polls pointed out that most Americans were in favor of a universal system funded by a single-payer, the state, the American population elected Donald Trump, who promised during his campaign to end the so-called Obamacare (Affordable Care Act). The aim of this paper is to analyze the 2016 US elections in relation to the debate about the right to health, highlighting the significance of the three main candidates, Hillary Clinton, Bernie Sanders and Donald Trump. We use digital newspapers, articulating the campaign narratives of the candidates with relevant news regarding Obamacare and the right to health. The results indicate that despite the popularity of Sanders, who defends the universal right to health, the Democratic Party and its corporate wing supported Hillary because of her ties to big capital. With this, a new ultranationalist, populist right has seized power, and threatens to bring a form of American profascism to the political stage, in which there is a setback in the struggle for social rights, including the right to health.*

¹Universidade Federal da Bahia (UFBA) - Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6836-6226>
andretj@terra.com.br

KEYWORDS *Right to health. Health policy. Health care reform.*



Introdução

O presente trabalho identifica um aparente paradoxo nas eleições estadunidenses de 2016, em torno do direito à saúde e, conseqüentemente, sobre o papel do Estado no âmbito da Política de Saúde dos Estados Unidos da América (EUA). De fato, enquanto pesquisas de opinião apontavam que a maioria dos americanos era favorável a um sistema universal financiado por um único pagador, o Estado (*single-payer*=Estado) – e isso vem aumentando –, a população estadunidense elegeu, ainda que no colégio eleitoral, e não pelo voto popular, Donald Trump, que prometeu durante a campanha acabar com o chamado Obamacare, ou Affordable Care Act, iniciativa do Partido Democrata, cuja candidata Hillary Clinton derrotou nas primárias o senador Bernie Sanders, político independente que se filiou ao Partido Democrata apenas para poder concorrer nas eleições primárias e que durante a campanha assumiu claramente a defesa do direito universal à saúde. Vale destacar que embora o Obamacare seja um sistema bem distante de um sistema *single-payer*, ele representava uma tímida tentativa de ampliar a cobertura, o que evidencia ainda mais o paradoxo, já que o candidato cuja proposta estava mais de acordo com os anseios da população estadunidense, Bernie Sanders, não passou das primárias, e o vencedor no colégio eleitoral, Trump, não defendia nem mesmo a tímida tentativa de ampliação de cobertura, e não era claro sobre essa questão.

Por que a população estadunidense fez isso? Ou melhor dizendo, por que os resultados eleitorais foram favoráveis a um candidato cujas propostas contrariam as aspirações da maioria da população estadunidense com relação ao acesso aos serviços de saúde, sendo saúde um dos temas centrais do debate político americano? Mesmo considerando que a vitória de Trump se deu, em parte, pela forma como se constrói a vontade

política coletiva nos EUA, isto é, por meio do colégio eleitoral, já que, em números absolutos, Hillary Clinton obteve mais votos, chama a atenção o descompasso entre as reivindicações populares e o apoio que o candidato vitorioso obteve de parcelas significativas da população estadunidense.

Pensamos que esse aparente paradoxo pode ser compreendido quando analisamos a campanha de Trump, e como ela significou, em diversos aspectos, uma ruptura com a ortodoxia do partido republicano. Em contraponto, consideramos importante analisar a trajetória de Bernie Sanders, o independente com maior tempo de serviço na história do Congresso americano que, durante sua carreira, recusou-se a receber dinheiro de corporações e bilionários, tendo feito, quando prefeito em Vermont, uma ampla aliança com diversos movimentos sociais.

Dessa forma, o objetivo deste trabalho, portanto, é analisar o cenário político configurado nas eleições estadunidenses de 2016, com base na análise do significado de cada uma das candidaturas que se colocaram em disputa, tanto na disputa interna que se deu no Partido Democrata, entre Hillary Clinton, representante da ala corporativa do partido, e Bernie Sanders, representante da esquerda progressista do partido, quanto no confronto entre a candidatura de Trump (republicano) e de Hillary Clinton (democrata), com relação à questão da saúde.

As perspectivas acerca da análise dos discursos que serviram de referencial a este estudo foram aquelas tratadas pelos filósofos de Oxford¹, entre os quais se destacam Gilbert Ryle (1900-1976), John Austin (1911-1960), Peter Strawson (1919) e Paul Grice (1913-1988). Esses autores ampliaram o afastamento da tradição cartesiana por entender que a

linguagem faz muito mais do que representar o mundo porque é basicamente um instrumento para 'fazer coisas'. A linguagem não só 'faz pensamento' como também 'faz realidades'¹⁽³³⁾.

A riqueza da linguagem então vai além da sua função descritiva ou representacional. Iñiguez destaca a contribuição de John Austin para que

o conjunto das ciências sociais e humanas se conscientizasse de que a linguagem é um instrumento ativo na produção de muitos dos fenômenos que essas ciências pretendem explorar e que, portanto, seria impossível deixar de levá-la em consideração¹⁽³⁴⁾.

Tais perspectivas são extremamente úteis quando se trata de analisar o posicionamento dos agentes políticos para os quais os discursos são parte de sua ocupação e da própria realidade e aspirações que buscam defender, construir ou legitimar.

Mesmo que brevemente, é importante discutir a concepção de Estado que utilizamos. Partimos da concepção restrita de Estado², segundo a qual este é o somatório das instituições públicas e dos aparelhos de coerção, como tribunais, exército, polícia, concepção que não dá conta das lutas de classe que atravessam o conjunto da sociedade. Entretanto, essa perspectiva é insuficiente para dar conta das questões de lutas de classes, por isso adotamos a concepção de Poulantzas³, considerando que o Estado é a condensação contraditória das relações de forças entre as classes sociais e, portanto, o debate em torno do seu papel com relação ao direito à saúde, objeto deste estudo, de certo modo, expressa a correlação de forças existentes na sociedade, neste caso, na sociedade estadunidense em 2016.

Os EUA têm um padrão alto de gasto em saúde e os piores resultados do mundo desenvolvido em questão de acesso, decorrentes de um sistema fortemente privado, o que vem sendo analisado por vários pesquisadores que fazem estudos comparativos entre países, como, por exemplo, Giovanella et al.^{4 (1767-1768)}, que diz:

O sistema de saúde dos EUA exemplifica as consequências restritivas para o direito à

saúde de um modelo calcado em diferentes tipos de seguros, com forte peso privado. Entre os sistemas de 11 países desenvolvidos, é avaliado como o pior, por apresentar maior gasto em saúde, reduzida eficiência administrativa e piores resultados em equidade, acesso, qualidade, expectativa de vida e mortalidade infantil. Os EUA diferenciam-se de outros países de industrialização avançada pelo caráter residual e predomínio do mercado privado no asseguamento e na prestação em saúde, com importante parcela da população descoberta. O sistema é segmentado e fragmentado em sua organização (empresas de seguro são as principais compradoras de serviços), oferta (importância dos hospitais privados com fins lucrativos), financiamento, regras de elegibilidade e cesta de serviços cobertos. Intensos debates culminaram em 2010 no Affordable Care Act, o Obamacare, que expandiu a cobertura por meio de subsídios aos seguros privados e inclusão nos esquemas segmentados públicos, porém sem alcançar a universalidade.

Metodologia

Utilizamos, como fontes, jornais digitais, mídia alternativa; e procedemos articulando as narrativas da campanha dos candidatos com notícias relevantes às suas posições, quanto ao direito à saúde e direitos sociais, e com relação ao Obamacare, denominação política do Affordable Care Act, lei federal estadunidense sancionada em 23 de março de 2010 por Barack Obama, então presidente dos EUA, considerada, por vários analistas, uma proposta que mantém as empresas de saúde no controle, favorecendo o setor corporativo da indústria de saúde.

Vale destacar alguns aspectos da seleção do material. Não predefinimos antecipadamente quantas notícias iríamos analisar, e, sim, fomos fazendo a busca, usando palavras-chave e frases dos candidatos, que

havíamos separado durante a campanha, já que havíamos feito previamente o acompanhamento da campanha. Assim, buscamos notícias relativas à fala inicial de Trump ao se lançar na campanha, buscamos posicionamentos de Hillary sobre o acordo comercial *trans pacific partnership*, e posicionamentos de Bernie Sanders sobre direito à saúde, entre muitos outros. Separamos e organizamos as notícias do ponto de vista temático, notícias sobre acordos comerciais, sobre sistema de saúde, sobre financiamento, e incluímos todas as que contribuía para compreender o processo, excluindo apenas as que se repetiam.

Os resultados estão apresentados da seguinte maneira: inicialmente traçamos um panorama geral do sistema político americano, com base na revisão dos trabalhos citados, e, em seguida, tratamos de caracterizar cada uma das candidaturas que se apresentaram nas eleições de 2016, analisando especificamente as concepções e propostas com relação à saúde. Assim, buscamos caracterizar o que e quem Trump representa nos EUA atualmente, apontando os motivos da sua vitória, bem como analisamos as forças que sustentaram a candidatura de Hillary Clinton. Finalmente, analisamos o significado do ‘fenômeno’ Bernie Sanders e do movimento que ele lidera em torno da luta pelos direitos sociais e pelo direito à saúde, em particular, apontando os possíveis rumos desse movimento no contexto atual.

A fim de compreender as eleições estadunidenses e o paradoxo com as pesquisas de opinião, recorreremos ao trabalho de Martin Gilens e Benjamin Page da Universidade de Princeton, intitulado ‘Testing Theories of American Politics: Elites, Interest Groups, and Average Citizens’⁵. Para analisar a trajetória de Sanders, tomamos com referencial o trabalho de Laclau e Mouffe ‘Hegemonia y estratégia socialista. Hacia una radicalización de La democracia’⁶, já que entendemos que Sanders realizou, na prática, em boa medida, a estratégia defendida por esses autores. A análise, portanto, busca articular

esses referenciais, com as evidências produzidas na pesquisa, a fim de construir uma narrativa coerente do debate ocorrido no processo da eleição estadunidense de 2016.

A democracia estadunidense seria uma oligarquia?

A conclusão central do estudo realizado na universidade de Princeton, coordenado pelos professores Martin Gilens e Benjamin Page⁵, é que os EUA são dominados por uma rica e poderosa elite econômica. O estudo, por meio de uma compilação realizada ao longo de muitos anos por Gilens, comparou as posições de cidadãos com diferente participação na distribuição de riqueza. Gilens e seu pequeno exército de pesquisadores assistentes coletaram dados de um conjunto diverso de políticas de Estado e as posições do público. Do ponto de vista teórico, eles apontam para quatro tradições teóricas ao se analisar processos eleitorais: Democracia eleitoral majoritária, Dominação de Elite Econômica, Pluralismo Maioritário e Pluralismo tendencioso. Os autores defendem que estudiosos podem combinar as tradições ou trabalhar independentemente delas, entretanto, avaliamos que eles se encontram mais próximas da perspectiva de Dominação de Elite Econômica, em especial por tentar detectar se havia uma relação entre renda e poder⁵.

Na análise, 1.923 casos cumpriram quatro critérios definidos pelos pesquisadores: respostas dicotômicas a favor/contra, especificidade sobre política, relevância para as decisões do governo federal e frases categóricas e não condicionais. Dos 1.923 casos originais, 1.779 deles também atenderam aos critérios de discriminação de renda para os inquiridos, não envolvendo uma emenda constitucional ou uma decisão do Supremo Tribunal (o que poderia implicar um

processo de formulação de políticas bastante diferente), e envolvendo uma solução clara, em oposição à parcial, ou ambígua, presença real ou ausência de mudança de política. Com isso, os autores⁵⁽⁵⁷⁶⁾ concluem que:

Nos Estados Unidos, nossos resultados indicam, a maioria não governa, pelo menos não no sentido causal da determinação efetiva de resultados políticos. Quando a maioria dos cidadãos discorda de elites econômicas ou com interesses organizados, eles geralmente perdem. Além disso, por causa do forte posicionamento do status quo incorporado no sistema político dos EUA, mesmo quando grandes majorias de americanos favorecem a mudança de políticas, eles geralmente não conseguem obtê-lo.

Podemos citar diversos exemplos que comprovam as conclusões dos autores. Por exemplo, o maciço apoio da população estadunidense em defender a proposta de uma lei federal que obrigue a checagem dos antecedentes criminais das pessoas antes que possam ser vendidas armas a elas. Uma pesquisa de opinião da Columbia Broadcasting System (CBS)/'New York Times', publicada em outubro de 2015, indica que 92% da população é favorável a essa medida⁷. Já o centro de pesquisas Pew, que obteve o menor resultado, apontou que 85% da população é favorável a essa medida⁸, e todas as demais pesquisas feitas sobre esse tema, seja por universidades, seja por outros centros de pesquisa estatística, indicam semelhantes majorias⁹.

Uma pergunta relevante surge automaticamente: como é que a maioria da população pode ter essa opinião, de forma tão inequívoca, e isso ainda não ter se tornado uma lei? A resposta se encontra nas conclusões do estudo de Gilens e Page⁵, ou seja, indivíduos ricos, corporações ricas, grupos de influência como o NRA (Nacional Rifle Association) têm muito mais poder real do que os cidadãos 'comuns', ou o conjunto da

população que não faz parte da 'classe dos bilionários' como chama Bernie Sanders, ou a 'classe dos doadores de campanha política' (*donor class*). Independentemente do nome, fica evidente que uma minoria decide sobre a maioria, característica de um regime oligárquico, e mais, dirige beneficiando os interesses dos mais ricos, o que é característica de um regime plutocrático.

No que tange à saúde, podemos destacar que 58% dos adultos dos EUA são favoráveis à ideia de substituir a lei por um sistema de saúde financiado pelo governo federal que ofereça seguro para todos os americanos, o chamado *single-payer* (único pagador-Estado), entretanto, lá, a chamada 'opção pública', que seria uma solução intermediária, foi descartada mesmo pela administração democrata de Obama, quando este presidente tinha maioria no Congresso e no Senado, no início do seu primeiro mandato. O Obamacare¹⁰⁻¹², como é conhecido, é um plano simpático às empresas de seguro de saúde, que não os retira do poder, e é muito semelhante ao plano realizado por Mitt Romney em Massachusetts, um plano dos republicanos.

Saber isso sobre a conjuntura política estadunidense é central para analisar as eleições, mesmo quando no processo eleitoral surgem forças que questionam esse *Status quo*. Suspeitamos que isso faz parte da crise política das democracias ocidentais, sendo que o caso americano, longe de ser uma peculiaridade, provavelmente é exemplar do que acontece quando o sistema político é tão influenciado pelo financiamento privado de campanhas políticas. Algo que é realidade em muitos países, inclusive no Brasil. Aliás, nossas reflexões sobre as eleições estadunidenses permitem muitos paralelos com a nossa realidade, e a realidade política de outros países, mesmo que esses precisem ser vistos com cautela, já que existem muitos fatores específicos de cada realidade política.

Donald Trump: nacionalismo, xenofobia e ‘populismo’ de direita

A fim de compreender a candidatura de Trump, analisamos três momentos de sua campanha. O primeiro momento quando ele lançou a candidatura, e aquilo que contribuiu para que ele tivesse muita atenção da mídia, embora não exclusivamente, a televisiva. O segundo momento, durante os debates das primárias republicanas, quando ele se diferenciou de maneira marcante dos demais candidatos republicanos. Finalmente, o terceiro momento, quando enfrentou Hillary Clinton, tratando de identificar qual foi a estratégia definida por seu comitê eleitoral, especialmente nos estados conhecidos como *swing states*, isto é, estados cujos votos tanto poderiam ir para republicanos quanto para democratas, estados indecisos, sendo que muitos deles tinham um passado industrial, algo que, como veremos adiante, foi central para a vitória de Trump.

Ao realizar essa análise, é bom destacar que não tomamos a palavra de Trump como verdadeira, nem no sentido empírico, nem considerando que ele acredita necessariamente no que está dizendo. Trump mente, o que não é novidade, visto que políticos não são conhecidos, em geral, pela sinceridade ou honestidade com relação aos eleitores. Trump não era um político, nunca havia assumido cargo público. Contudo, apenas 16 de suas falas são verdadeiras, e mais de 64 são mentiras claras, segundo o *politicfact*¹³ em falas analisadas. Em uma comparação com Hillary, vemos que, das falas analisadas dela, 72 são verdadeiras; e apenas 7 são claramente mentiras. Hillary Clinton mentiu para o congresso no caso dos *e-mails*, e muitas de suas mentiras foram descobertas, mas, mesmo assim, passa longe da frequência com a qual Trump mente.

No primeiro momento da candidatura dele, as bases do lançamento da sua campanha foram o nativismo, isto é, a defesa

dos nativos americanos, correlata à crítica aos imigrantes mexicanos e aos oriundos de países islâmicos, bem como o ultranacionalismo. A chamada ‘direita alternativa’, que inclui diversos grupos racistas e de supremacia branca, interessaram-se por sua candidatura, pois ele reproduzia seu discurso especialmente sobre imigrantes.

Primeiro vejamos o que ele disse do ‘sonho americano’: “Infelizmente, o sonho americano está morto, mas se eu for eleito presidente, trarei de volta, maior, melhor e mais forte do que nunca”¹⁴. Vejamos o que ele disse em seu primeiro discurso sobre imigrantes, especialmente mexicanos que vão viver nos EUA:

Eles não estão nos enviando as pessoas certas. Os EUA se tornaram um campo de despejo para os problemas de todos. Eles estão enviando pessoas que têm muitos problemas e estão trazendo seus problemas. Eles estão trazendo drogas, estão trazendo crime, são estupra-dores, e alguns eu suponho que são pessoas boas, mas eu falo com guardas de fronteira e eles nos dizem o que estamos recebendo¹⁴.

Trump em nenhum momento abandonou o nacionalismo, a xenofobia e o nativismo. Sua campanha teve como lema ‘*Make America Great Again*’, ou seja, ‘Fazer os EUA ótimo novamente’. Demonizar a América que integra o outro também favoreceu que todos aqueles que são críticos do ‘politicamente correto’ nutrissem algum grau de simpatia pela sua campanha, pois Trump disse muito daquilo que se presume que os republicanos pensam, mas não dizem. Ao dizer, cria-se uma percepção que ele seria honesto, quando sabemos que essa percepção não poderia estar mais afastada da realidade. Os eventuais excessos do politicamente correto¹⁵, embora, em nossa perspectiva, não sejam o fator central, foram capitalizados pela campanha. Assim, xenofobia e racismo, posições que seriam mortais para outros candidatos, acabaram sendo combustíveis para Trump

e seus aliados, inclusive na mídia alternativa de direita nacionalista, como 'Breitbart News', publicação que a 'Newsweek' chegou a chamar o 'Pravda' de Donald Trump¹⁶.

Vale destacar também que Trump teve, segundo estimativa feita pelo 'New York Times'¹⁷, 2 bilhões de dólares de 'mídia gratuita', ou seja, cobertura na mídia pela qual ele não pagou, uma cobertura que não é necessariamente positiva, mas que manteve seu nome em evidência nas notícias e nos programas sobre política. Isso ocorreu, em parte, por ele ser uma personalidade muito conhecida, inclusive na televisão, com o programa *The Apprentice* (O Aprendiz), *reality show* exibido pelo canal National Broadcasting Company (NBC), que mostrava 16 a 18 executivos competindo por uma posição em uma das empresas do apresentador e produtor do programa, o próprio Donald Trump. Além disso, ele comparecia frequentemente na mídia por conta de diversas declarações polêmicas, como a que construiria um muro entre os EUA e o México, e que os imigrantes seriam, como citamos anteriormente, criminosos.

No segundo momento, durante os debates, Donald Trump quebrou com a ortodoxia neoliberal e conservadora dizendo que não iria realizar cortes no Medicare e Medicaid, programas de seguro de saúde geridos pelo Estado americano, assim como em relação ao Social Security, o programa de aposentadorias. Vale destacar que boa parte do eleitorado americano tem parentes, ou eles próprios, que usam esses programas, que são muito bem avaliados. Logo, Trump, ao dizer algo popular entre o eleitorado, mas extremamente impopular entre a elite do partido republicano, imediatamente se diferenciou nos debates. Colocou os demais oponentes na posição de ter que defender cortes nesses programas, pois são financiados por empresas de seguro de saúde, e Trump, por ser desacreditado e naquele momento não contar com financiamento dessas empresas, pôde dizer algo que, para aquele eleitorado, foi surpreendente e positivo.

Essa parcela do eleitorado ansiava por um político que fosse nacionalista, mas que parecesse, ao menos, ser contra o interesse das grandes corporações, ou não fosse comprado por elas. Vale destacar que Trump buscou financiamento de corporações, e foi apenas quando não conseguiu que usou a ideia de que financiava sua própria campanha¹⁸. Novamente, a realidade desse fato pouco importou, a percepção é que Trump defendia o trabalhador americano e que os demais republicanos defendiam a elite econômica; assim, um bilionário foi capaz de ser mais 'popular' do que políticos muito menos ricos que ele, e que exatamente por isso pareciam depender mais de doações, sendo, com isso, controlados. O fato de que Trump disse aquilo apenas para ser eleito e que suas propostas contemplam cortes naquilo que ele disse que não iria cortar apenas cimentou a posição que suas falas têm efeito eleitoral, e que não podem ser indicativos de políticas¹⁹.

Um elemento central para ascensão de sua candidatura foi sua oposição ao Acordo de Associação Transpacífico nos EUA, conhecido por TPP (Trans Pacific Partnership)²⁰. O partido republicano e, em verdade, os democratas corporativos, como Hillary Clinton, sempre foram favoráveis a esses acordos comerciais, que, em geral, beneficiam as grandes corporações internacionais, que são as que mais defendem esses acordos. Trump se diferenciou dos republicanos e de Hillary Clinton, que chegou a chamar o TPP de padrão ouro de acordos comerciais²¹ quando era Secretária de Estado da administração Obama. Ela passou a ser contra o acordo devido à sua gigantesca impopularidade, já que tanto Trump quanto Bernie Sanders se posicionaram contra o acordo, e isso gerou massivo apoio a suas candidaturas entre os trabalhadores industriais do Meio-Oeste americano.

De fato, essa questão foi central, pois os trabalhadores, em especial os brancos, que perderam empregos na indústria nos anos 1990 eram totalmente hostis a acordos de livre comércio, que beneficiam grandes

empresas. O Nafta, sigla em inglês de North American Free Trade Agreement (Tratado Norte-Americano de Livre Comércio), bloco econômico formado pelos EUA, Canadá e México, promovido por Bill Clinton e apoiado por Hillary Clinton, havia deixado cicatrizes dolorosas, e a fala de Hillary que o TPP era padrão ouro de acordos comerciais trouxe lembranças terríveis nos Estados do Meio-Oeste²², o que terminou por levar Trump à Casa Branca, no terceiro momento quando enfrentou Hillary Clinton. Obviamente que os escândalos em que Hillary se envolveu também foram fatores importantes, mas como Trump ganhou em Michigan, Pensilvânia e Ohio, podemos dizer, com certa segurança, que a questão que se colocou como central foi a dos acordos comerciais, que fez a classe trabalhadora decidir qual político parecia estar mais do seu lado. Levando-se em conta a enorme rejeição a Trump, por conta do seu envolvimento em escândalos sexuais, pela xenofobia e pelas mentiras, o fracasso do Partido Democrata e de Hillary é ainda maior, pois conseguiram a proeza de parecer defender menos a classe trabalhadora, como veremos no próximo item deste trabalho.

Grande parte da população estadunidense viu no populismo de direita de Trump uma alternativa à crise econômica que o país enfrenta, especialmente o aumento das taxas de desemprego da população branca. Esse segmento populacional foi majoritariamente contrário aos acordos comerciais apoiados tanto pelos democratas quanto pelos republicanos. Vejamos dados sobre isso:

Trump ganhou 65 por cento dos eleitores que disseram que o comércio internacional custa empregos, de acordo com as pesquisas sondagens realizadas quando as pessoas lançam suas cédulas na terça-feira. No geral, 42 por cento dos eleitores disseram aos entrevistadores sondagens que concordaram com o sentimento, enquanto 38 por cento disseram que acordos comerciais internacionais

criam empregos e 11 por cento não tinham opinião. Nos estados de *Rust Belt*, como Ohio e Wisconsin, uma proporção ainda maior de eleitores disse que os acordos comerciais custam empregos²³.

Em uma eleição tão apertada, fica evidente que essa questão foi decisiva.

Hillary Clinton: a candidata das grandes corporações

Para entender a candidatura de Hillary Clinton, é necessário entender sua trajetória na vida pública, na qual alguns momentos e acontecimentos são centrais para traçar um perfil dessa figura política. Em 1990, quando primeira-dama, ela defendia a universalização da atenção à saúde. Nesse momento, foi vítima de uma campanha poderosa de difamação pelas empresas de seguros de saúde, e decidiu recuar, assumindo um papel menor no Governo Clinton, preparando-se, posteriormente, para se candidatar ao senado. Quando em campanha para reeleição, vemos o seguinte:

Ela se prepara para concorrer à reeleição para o Senado de Nova York este ano e prepara as bases para uma possível candidatura presidencial em 2008, a Sra. Clinton está recebendo centenas de milhares de dólares em contribuições de campanha de médicos, hospitais, fabricantes de medicamentos e seguradoras. Em todo o país, ela é a receptora nº 2 de doações da indústria, atrás apenas do senador Rick Santorum da Pensilvânia, um membro da liderança republicana. 'Raymond Hernandez e Robert Pear'. Uma vez sua inimiga, a indústria da saúde se aproxima de Clinton²⁴.

Como se pode perceber, a posição política de Hillary Clinton mudou em função das doações milionárias que começou a receber das corporações da área de saúde, fato que foi explorado, inclusive, em um documentário de Michael Moore, *Sicko*, no qual uma

sequência denuncia a mudança no discurso de Hillary com relação à saúde.

Outro episódio ilustrativo do mesmo comportamento envolve Elizabeth Warren e Hillary Clinton. Warren, que hoje é uma das mais conhecidas senadoras democratas, e uma das lideranças progressistas, nos anos 1990, era professora universitária. Em uma entrevista ao jornalista Bill Moyers, ela narra que, nesse período, foi convidada pela então primeira-dama dos EUA para uma conversa sobre um projeto de lei que tratava de falência familiar, o qual foi proposto pelo lobby das empresas de cartão de crédito. Ela explica os problemas do projeto de lei, apontando que sua aprovação prejudicaria os mais pobres e protegeria as empresas de cartão de crédito, pois se tornaria mais difícil que uma pessoa comum pudesse abrir falência. Segundo Warren, Hillary Clinton compreendeu as implicações dessa proposta e convenceu Bill Clinton a vetar o projeto de lei, fato que a própria Hillary destaca em seu livro autobiográfico, e Warren lhe dá todo o crédito por isso. Todavia, em 2001, a então 'senadora Clinton', como chama Warren, teve diante de si a mesma lei de falência familiar como um dos primeiros projetos de lei a serem votados; dessa vez, sendo favorável à sua aprovação. Quando Bill Moyers pediu a Warren para explicar essa enorme mudança, ela disse que a indústria que mais deu dinheiro para 'Washington', ou seja, para os políticos profissionais, foi a indústria '*Consumer credit products*' ou de Produtos de crédito ao consumidor, isto é, as empresas de cartões de crédito. Warren finaliza comentando que Hillary aceitou dinheiro desses grupos, e mais que isso, ela se preocupava com eles enquanto 'eleitorado'²⁵.

Falando em dinheiro, eles (Bill e Hillary Clinton) se tornaram os mestres em arrecadar dinheiro. Arrecadaram mais de US\$ 3 bilhões²⁶ com o intuito de financiar suas carreiras políticas. Nesse particular, é fundamental lembrar o estudo de Gilens e Page⁴, que aponta o quanto todo esse dinheiro

compra enorme influência. Um dos escândalos explorados por Trump durante a campanha eleitoral para a presidência foi, justamente, o pagamento recebido pelos Clinton por discursos, palestras e conferências que realizaram para diversas instituições financeiras, pelas quais Hillary e Bill Clinton receberam, em média, US\$ 210 mil por discurso, arrecadando mais de US\$ 153 milhões²⁷. Cabe registrar que tais discursos eram secretos e que, inicialmente, ninguém tinha acesso ao que Hillary Clinton dizia para as instituições financeiras. Contudo, eles acabaram vazando durante o processo eleitoral, mostrando uma candidata absolutamente amigável aos interesses de Wall Street e das grandes instituições financeiras, algo completamente diferente de como ela se apresentava nos discursos públicos que proferiu durante a campanha presidencial²⁸.

Hillary Clinton e sua equipe ainda se envolveram em diversos outros escândalos. Um dos mais divulgados se refere ao fato de ela ter utilizado um servidor privado quando foi Secretária de Estado, na gestão de Obama, para enviar *e-mails* que não estavam protegidos, o que gerou uma exaustiva investigação do Federal Bureau of Investigation (FBI)²⁹ o Departamento Federal de Investigação estado-unidense. Ela acabou escapando de ser indiciada, mas sua reputação ficou manchada, e muitos analistas entendem que se fosse uma pessoa com menos poder, teria sido indiciada por (ir)responsabilidade no exercício de suas funções públicas. Sobre este escândalo, inclusive, ela foi pega mentindo para o congresso³⁰, conforme sinalizou a investigação conduzida pelo FBI³¹. Aliás, vale a pena lembrar que, até hoje, a Fundação Clinton continua sendo investigada. Debbie Wasserman Schultz foi obrigada a demitir-se da presidência do DNC (Democratic National Committee) depois que Wikileaks mostra que ela favoreceu a candidatura de Hillary. Donna Brazile, jornalista da Cable News Network (CNN), enviava questões do debate da CNN para a equipe de Clinton.

Existem outros escândalos, mas a análise dos que revelaram a face oculta das ações políticas dos Clinton, e especialmente de Hillary, para alcançar e manter posições de poder no Estado americano, de forma articulada aos interesses das grandes corporações, produziria outro artigo.

Bernie Sanders: o candidato dos progressistas

Bernie Sanders era, diferentemente de Trump e Clinton, pouco conhecido nacionalmente. Logo, é necessário destacar, ainda que brevemente, sua trajetória profissional e, principalmente, sua trajetória política. Graduando-se com um Bacharelado em artes em ciência política em 1964, Sanders, ainda estudante, participou da Marcha de 1963 em Washington por *Jobs* (empregos) e Liberdade, ocasião na qual Martin Luther King Jr. pronunciou o seu célebre discurso ‘Eu tenho um sonho’. Ainda no verão daquele ano, Sanders foi condenado por resistir à prisão durante uma manifestação contra a segregação nas escolas públicas de Chicago. Sanders atuou também em vários movimentos pacifistas e antiguerra, contra a participação dos EUA na guerra do Vietnã, tendo sido membro do Student Nonviolent Coordinating Committee e da Student Peace Union, esta última uma das principais organizações do movimento dos direitos civis da década de 1960, enquanto frequentava a Universidade de Chicago.

Entrando na política profissional, Sanders foi eleito (por uma diferença de 10 votos), em 1991, para o primeiro de quatro mandatos que exerceu como prefeito de Burlington (maior cidade do Estado de Vermont). Nas sucessivas reeleições, Sanders derrotou candidatos democratas e republicanos. Recebeu 53% dos votos em 1983 e 55% em 1985. Em sua corrida final para prefeito, em 1987, Sanders derrotou Paul Lafayette, um democrata endossado por ambos os partidos

principais, e venceu como independente. Desde então, candidatou-se ao Congresso, tendo atuado durante 16 anos como deputado; e, posteriormente, elegeu-se ao Senado americano, construindo uma carreira como parlamentar que fez dele o membro independente mais antigo do Congresso em toda a história estadunidense.

Ao longo de sua carreira política, Bernie Sanders realizou o que Laclau e Mouffe defenderam no texto ‘Hegemonia y estratégia socialista. Hacia una radicalización de La democracia’⁶. Uma das contribuições relevantes dos autores é observar que não existem nexos essenciais que unam diferentes lutas sociais, o anticapitalismo, o antissexismo, o antirracismo. Assim sendo, eles precisam ser construídos por meio de uma articulação de equivalências que é justamente o papel da esquerda. Foi isso que Sanders realizou nos movimentos sociais; e hoje, o chamado movimento progressista³² é a articulação de feministas, movimento negro, movimento ambientalista, não de suas totalidades, mas das frações que resolveram aderir a uma proposta que tem o papel do Estado na Saúde, como um dos aspectos centrais, assim como a defesa de uma política externa que visa à diplomacia e à construção da paz. Essas duas ideias são essenciais ao movimento progressista.

Analisando a trajetória política de Sanders e sua atuação nos movimentos sociais, pode-se perceber que ele entendeu que determinadas causas, como a luta pelo aumento do salário mínimo para US\$ 15, a defesa de um sistema universal de saúde financiado pelo Estado, a expansão das universidades públicas³³, e outras lutas que conformam uma agenda socialdemocrata e mesmo ‘socialista’, como ele se apresenta em alguns dos seus discursos e entrevistas, eram todas políticas que tinham o poder de unificar os movimentos, de criar os nexos das diferentes lutas sociais. Foi isso que permitiu que ele começasse sua campanha pela candidatura presidencial com uma diferença de 60 pontos percentuais em relação a Hillary

Clinton³⁴, percentual que se reduziu dramaticamente durante a campanha, chegando ao final das contas com apenas 12 pontos percentuais³⁵.

Compreender o que se passou durante a campanha exige que se analise um elemento central da candidatura de Sanders, que foi o seu financiamento. Como já apontamos, o financiamento privado por grandes corporações é o calcanhar de Aquiles da Democracia estadunidense, e suspeitamos de todas as democracias que permitem influência dos bilionários e das grandes corporações em seus processos eleitorais. A candidatura de Clinton é o exemplo claro dessa influência. Então, como Sanders, uma figura relativamente pouco conhecida nacionalmente, até as eleições de 2016, conseguiu ser competitivo? A resposta é: por conta de pequenas contribuições de milhões de pessoas. Quase três quartos das doações à campanha de Sanders foram de menos de US\$ 200, e a doação média, US\$ 27; em contraste, apenas 17% das doações a Clinton são de menos de US\$ 200. Mesmo assim, Sanders conseguiu levantar mais de US\$ 96 milhões, sendo que destes, US\$ 14 milhões provieram de pessoas sem empregos³⁶.

A mensagem de Sanders ressoou forte no seio da classe trabalhadora, na comunidade acadêmica e de universitários, e entre os mais pobres. Com isso, sua campanha fez o que nenhuma outra campanha na História estadunidense jamais fez: um candidato que historicamente não é filiado a nenhum dos dois partidos principais (apenas se filiou aos democratas nas primárias para concorrer), sem apoio das corporações, ignorado por muito tempo pela mídia, ou, pior, ridicularizado, alguém que se autointitula um socialista democrático, teria vencido as primárias, segundo Noam Chomsky, se não fosse pelos episódios de corrupção envolvendo a direção do Partido Democrata, que fizeram de tudo para evitar isso³⁷. Para Chomsky, foi Sanders, e não Trump, a grande novidade das eleições de 2016.

Como explicar isso? As posições que

Sanders defende, como aumento do salário mínimo³⁸, redução do intervencionismo militar dos EUA no mundo e, especialmente, a sua defesa de um sistema universal de saúde financiado pelo Estado³⁹, em que saúde seja um direito, são todas posições massivamente populares. A maioria da população concorda com Sanders, e em uma democracia, o esperado é que políticos com as posições de Sanders conquistassem maioria. Entretanto, a pesquisa de Gilens e Page, citada no início deste artigo, explica porque as coisas não são assim. A maioria dos políticos é financiada pelas corporações e grupos de interesse, os quais definem as políticas adotadas. Para as grandes corporações, aumentar o salário mínimo não está na agenda; e, especialmente, para as empresas de planos de saúde e para a indústria farmacêutica, um sistema universal de saúde é o extremo oposto do que eles querem, a fim de ampliar seus lucros. Essa contradição entre o interesse popular e o interesse dos que administram as grandes corporações, e o que Sanders chama de 'classe de bilionários', é a grande contradição entre democracia e capitalismo, contradição que se apresenta claramente e de forma dramática no cenário político dos EUA atualmente.

Sanders, ao mesmo tempo que se beneficiou do movimento Occupy Wall Street, está contribuindo para fortalecer o movimento por meio da organização Our Revolution⁴⁰, que busca dar apoio a novas lideranças progressistas e, com isso, busca tirar do poder no Partido Democrata a chamada ala corporativa, da qual Hillary Clinton era, e talvez ainda seja, a principal liderança. O Justice Democrats possui um objetivo muito semelhante, mas tem a diferença de ser organizado e criado por membros da mídia alternativa estadunidense, como, por exemplo, Kyle Kulinski, que mantém um show do YouTube 'Secular Talk'⁴¹, e Cenk Uygur do 'The Young Turks'⁴², um dos maiores canais de notícias on-line do mundo, sendo que ambos os jornalistas estão entre os criadores do 'Justice Democrats'⁴³.

Considerações finais

A vitória de Donald Trump é um alerta para o avanço de uma direita populista, que combina xenofobia, nacionalismo, com eventuais medidas altamente populares, como investimento em infraestrutura, rompendo com a ortodoxia liberal no que tange aos acordos comerciais de livre comércio, combinação que deu viabilidade eleitoral a Trump. Existem na Europa, em diversos países, demonstrações que esses riscos, de um novo fascismo, ou protofascismo, estão presentes.

No caso específico dos EUA, porém, a candidatura de Sanders, e a colaboração entre sua equipe e a mídia alternativa progressista, mostra a possibilidade de uma articulação progressista assumir o controle do Partido Democrata, com uma agenda muito mais aceita pela maioria da população estadunidense, algo sinalizado pelas pesquisas aqui citadas. Todavia, os democratas corporativos,

que levaram à vitória de Hillary nas primárias, vão lutar intensamente para evitar a ascensão dessa ala progressista.

Muitos paralelos podem ser traçados com a realidade brasileira, e eles são centrais para entender o fracasso recente de partidos identificados historicamente com causas da esquerda e como essas causas podem se renovar, a fim de enfrentar os entraves que o capitalismo contemporâneo impõe à formação de uma democracia que faça jus ao seu nome, e não seja apenas a cobertura para um sistema oligárquico. A campanha de Sanders mostra não o único, mas um possível caminho diante de um cenário tão adverso; e, até por isso, um exemplo, com muitos ensinamentos, que vem desde a eleição se fortalecendo e que merece atenção de todos que defendem uma democracia mais substantiva e o avanço dos direitos sociais universais, como uma bandeira central. ■

Referências

1. Iñiguez L, organizador. Manual de Análise do Curso em Ciências Sociais. Petrópolis: Vozes; 2004.
2. Buci-Gluckmann C. Gramsci e o Estado: por uma teoria materialista da filosofia. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1980.
3. Poulantzas N. O Estado, o poder, o socialismo. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal; 1985.
4. Giovanella L, Mendoza-Ruiz A, Pilar ACA, et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. Ciênc Saúde Colet [internet]. 2018 [acesso em 2018 set 14]; 23(6):1767-1768. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1763.pdf>.
5. Gilens M, Page BI. Testing Theories of American Politics: Elites, Interest Groups, and Average Citizens. Perspectives Politics. 2014; 12(3):564-581.
6. Laclau E, Mouffe C. Hegemonia y estrategia socialista: hacia una radicalización de La democracia. 3. ed. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2010.

7. Dutton S, Pinto J, Salvanto A, et al. CBS/NYT poll: GOP voters have deep concerns about government. CBS News [internet]. 2015 out 27 [acesso em 2018 jul 11]. Disponível em: <http://www.cbsnews.com/news/cbsnyt-poll-gop-voters-have-deep-concerns-about-government/>.
8. Continued Bipartisan Support for Expanded Background Checks on Gun Sales. Pew Research Center [internet]. 2015 ago 13 [acesso em 2018 jul 11]. Disponível em: <http://www.people-press.org/2015/08/13/continued-bipartisan-support-for-expanded-background-checks-on-gun-sales/>.
9. Carroll L. Laura Ingraham wrongly says claim that 90% support for gun background checks has been debunked. Politifact [internet]. 2016 jan 5 [acesso em 2018 jul 11]. Disponível em: <http://www.politifact.com/punditfact/statements/2016/jan/05/laura-ingraham/laura-ingraham-say-claim-90-support-gun-background/>.
10. Jones DK, Bradley KWV, Oberlander J. Pascal's Wager: Health Insurance Exchanges, Obamacare, and the Republican Dilemma. *J Health Polit Policy Law* [internet]. 2014 [acesso em 2018 jul 11]; 39(1):97-137. Disponível em: <https://read.dukeupress.edu/jhpl/article/39/1/97/13645/Pascal-s-Wager-Health-Insurance-Exchanges>.
11. Oberlander J. The future of Obamacare. *N Engl J Med* [internet]. 2012 dez [acesso em 2018 jul 11]; 367(23):2165-2167. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1213674>.
12. Beland D, Rocco P, Waddan A. *Obamacare Wars: Federalism, State Politics, and the Affordable Care Act*. Lawrence: University Press of Kansas; 2016 [acesso em 2018 jul 11]. Disponível em: <https://muse.jhu.edu/book/43112>.
13. Comparing Hillary Clinton, Donald Trump on the Truth-O-Meter. Politifact [internet]. c2018 [acesso em 2018 jul 11]. Disponível em: <http://www.politifact.com/truth-o-meter/lists/people/comparing-hillary-clinton-donald-trump-truth-o-met/>.
14. Neate R. Donald Trump announces US presidential run with eccentric speech. *The guardian* [internet]. 2015 jun 16 [acesso em 2018 jul 11]. Disponível em: <https://www.theguardian.com/us-news/2015/jun/16/donald-trump-announces-run-president>. Não paginado.
15. Soave R. Trump Won Because Leftist Political Correctness Inspired a Terrifying Backlash. *Reason* [internet]. 2016 nov 9 [acesso em 2018 jul 11]. Disponível em: <http://reason.com/blog/2016/11/09/trump-won-because-leftist-political-corr>.
16. Nazaryan A. Breitbart News, Donald Trump's Pravda, Is in Crisis. *Newsweek* [internet]. 2017 jun 15 [acesso em 2018 jul 11]. Disponível em: <http://www.newsweek.com/2017/06/23/breitbart-trump-ban-non-fake-news-624726.html>.
17. Confessore N, Yourish K. \$2 Billion Worth of Free Media for Donald Trump. *New York Times* [internet]. 2016 mar 15 [acesso em 2018 jul 11]. Disponível em: <https://www.nytimes.com/2016/03/16/upshot/measuring-donald-trumps-mammoth-advantage-in-free-media.html>.
18. Gold M. No, Donald Trump has not given his campaign \$100 million, and other answers to your money questions. *Washington Post* [internet]. 2016 out 31 [acesso em 2018 jul 11]. Disponível em: https://www.washingtonpost.com/news/post-politics/wp/2016/10/31/no-donald-trump-has-not-given-his-campaign-100-million-and-other-answers-to-your-money-questions/?utm_term=.a4248a7ec81c.
19. Davis JH. Trump's Budget Cuts Deeply Into Medicaid and Anti-Poverty Efforts. *New York Times* [internet]. 2017 maio 22 [acesso em 2018 jul 11]. Disponível em: <https://www.nytimes.com/2017/05/22/us/politics/trump-budget-cuts.html>.
20. Petroff A. Donald Trump slams Pacific free trade deal. *CNN Money* [internet]. 2015 abr 23 [acesso em 2018 jul 11]. Disponível em: <http://money.cnn.com/2015/04/23/news/economy/trump-trade-deal/index.html>.

21. Carroll L. What Hillary Clinton really said about TPP and the 'gold standard'. Politifact [internet]. 2015 out 13 [acesso em 2018 jul 11]. Disponível em: <http://www.politifact.com/truth-o-meter/statements/2015/oct/13/hillary-clinton/what-hillary-clinton-really-said-about-tpp-and-gol/>.
22. Chambers F, Summers C. What happened to the firewall? How the Midwest crumbled - just like Michael Moore predicted. Dailmail [internet]. 2016 nov 9 [acesso em 2018 jul 11]. Disponível em <http://www.dailymail.co.uk/news/article-3919280/What-happened-firewall-mid-west-crumbled-like-Michael-Moore-said-would.html>.
23. Delaney A. Donald Trump Won Voters Who Said Trade Costs Jobs. Huffpost [internet]. 2016 nov 9 [acesso em 2018 jul 11]. Disponível em: http://www.huffingtonpost.com/entry/donald-trump-trade-us_582350ade4b0aac62488a5f2. Não paginado.
24. Hernandez R, Pear R. Once an Enemy, Health Industry Warms to Clinton. New York Times [internet]. 2006 jul 12 [acesso em 2018 jul 11]. Disponível em: <https://www.nytimes.com/2006/07/12/nyregion/12donate.html>. Não paginado.
25. Elizabeth Warren vs. Hillary Clinton [internet]. 2004 [acesso em 2018 jul 11]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=12mJ-U76nfg>.
26. Gold M, Hamburger T, Narayanswamy A. Inside the Clinton Donor Network. Washington Post [internet]. 2015 nov 19 [acesso em 2018 jul 11]. Disponível em: <https://www.washingtonpost.com/graphics/politics/clinton-money/>.
27. Yoon R. \$153 million in Bill and Hillary Clinton speaking fees, documented. CNN Politics [internet]. 2016 fev 6 [acesso em 2018 jul 11]. Disponível em: <http://edition.cnn.com/2016/02/05/politics/hillary-clinton-bill-clinton-paid-speeches/index.html>.
28. Chozick A, Confessore N, Barbaro M. Leaked Speech Excerpts Show a Hillary Clinton at Ease With Wall Street. New York Times [internet]. 2016 out 7 [acesso em 2018 jul 11]. Disponível em: www.nytimes.com/2016/10/08/us/politics/hillary-clinton-speeches-wikileaks.html.
29. 7 perguntas para entender o escândalo dos emails de Hillary. BBC News [internet]. 2016 nov 1 [acesso em 2018 jul 11]. Disponível em: <http://www.bbc.com/portuguese/internacional-37836864>.
30. Dinan S. GOP pushes Clinton perjury charges. Washington Times [internet]. 2016 ago 15 [acesso em 2018 jul 11]. Disponível em: <http://www.washingtontimes.com/news/2016/aug/15/house-gop-lays-out-perjury-case-hillary-clinton/>.
31. Did Hillary Clinton Lie to Congress about her emails?. CNN Politics. c2018. [acesso em 2018 jul 11]. Disponível em: <https://edition.cnn.com/videos/politics/2016/07/14/hillary-clinton-emails-congress-fact-check-jake-tapper-origwx-fy.cnn>.
32. Sachs J. The New Progressive Movement. New York Times [internet]. 2011 nov 12 [acesso em 2018 jul 11]. Disponível em: <https://www.nytimes.com/2011/11/13/opinion/sunday/the-new-progressive-movement.html>.
33. Sanders B. On the Issues [internet]. 2018 [acesso em 2018 jul 11]. Disponível em: <https://berniesanders.com/issues/>.
34. Queally J. Once Ahead by 60 Points, Clinton National Lead over Sanders Has Dwindled to Zero. Common Dreams [internet]. 2016 abr 18 [acesso em 2018 jul 11]. Disponível em: <https://www.commondreams.org/news/2016/04/18/once-ahead-60-points-clinton-national-lead-over-sanders-has-dwindled-zero#>.
35. Silver N. Was The Democratic Primary A Close Call Or A Landslide? Five Thirty Eight [internet]. 2016 jul 27 [acesso em 2018 jul 11]. Disponível em: <http://fivethirtyeight.com/features/was-the-democratic-primary-a-close-call-or-a-landslide/>.
36. Thomas Z. US election 2016: Who's funding Trump, Sanders and the rest. BBC News [internet]. 2016 mar 17 [acesso em 2018 jul 12]. Disponível em: <http://www.bbc.com/news/health-37836864>.

- www.bbc.com/news/election-us-2016-35713168.
37. Wolf ZB. Could Bernie Sanders have won a primary that wasn't 'rigged'. CNN Politics [internet]. 2017 nov 4 [acesso em 2018 jul 12]. Disponível em: <https://edition.cnn.com/2017/11/04/politics/bernie-sanders-2016-election-donna-brazile/index.html>.
 38. Elis N. Poll: Bipartisan majority supports raising minimum wage. The Hill [internet]. 2017 jun 1 [acesso em 2018 jul 12]. Disponível em: <http://thehill.com/homenews/335837-poll-bipartisan-majority-supports-raising-minimum-wage>.
 39. Kiley J. Public support for 'single payer' health coverage grows, driven by Democrats. Research Center [internet]. 2017 jun 23 [acesso em 2018 jul 12]. Disponível em: <http://www.pewresearch.org/fact-tank/2017/06/23/public-support-for-single-payer-health-coverage-grows-driven-by-democrats/>.
 40. Our revolution. Our Mission [internet]. 2018 [acesso em 2018 jul 12]. Disponível em: <https://ourrevolution.com/about/>.
 41. Secular Talk [internet]. [acesso em 2018 jul 12]. Disponível em: <https://www.youtube.com/channel/UCldfgebzNILYZA4dmDt4Cd6A>.
 42. The Young Turks [internet]. [acesso em 2018 jul 12]. Disponível em: <https://www.youtube.com/channel/UC1yBKRuGpC1tSM73A0ZjYjQ>.
 43. Justice Democrats [internet]. Knoxville; 2018 [acesso em 2018 jul 12]. Disponível em: <https://www.justicedemocrats.com>.

Recebido em: 13/07/2018
Aprovado em: 18/09/2018
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados

Public and private health expenditures in Brazil and selected countries

Juliana Oliveira Figueiredo¹, Níli Maria de Brito Lima Prado², Maria Guadalupe Medina³,
Jairnilson Silva Paim⁴

DOI: 10.1590/0103-11042018S203

¹Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) - Salvador (BA), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6162-8251>
julicajaiba@hotmail.com

²Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto Multidisciplinar em Saúde (IMS), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) - Vitória da Conquista (BA), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8243-5662>
nilia.ufba@gmail.com

³Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) - Salvador (BA), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7283-2947>
medina@ufba.br

⁴Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) - Salvador (BA), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0783-262X>
jairnil@ufba.br

RESUMO O estudo buscou analisar os indicadores dos gastos público e privado no Brasil e países selecionados no período de 2000 a 2014. Foram acessadas bases de domínio público de diferentes fontes via internet. Os indicadores referentes aos gastos públicos em saúde cresceram ou não apresentaram aumento e os referentes aos gastos privados mantiveram-se estáveis. O Brasil foi o país com menor participação do gasto público em saúde, diferentemente do que ocorreu em países com sistemas de saúde similares, universais e públicos. Os dados demonstraram que o gasto com a saúde privada é relevante no orçamento familiar. Tais achados apontam para uma redução do papel do Estado como provedor e financiador das ações e serviços públicos de saúde. Como resultado das medidas de austeridade, percebeu-se queda nos gastos com saúde, por exemplo, na porcentagem do Produto Interno Bruto dedicado à saúde, estabilizada ou diminuída ligeiramente em países da Europa. No Brasil, com a implantação do ‘novo regime fiscal’, espera-se que os gastos públicos com saúde apresentem maior redução, dada a severidade da política de austeridade.

PALAVRAS-CHAVE Sistema Único de Saúde. Financiamento da assistência à saúde. Gastos em saúde.

ABSTRACT *The study sought to analyze the indicators of public and private spending in Brazil and selected countries from 2000 to 2014. Public domain databases from different sources obtained through the Internet were accessed. The indicators related to public health expenditures decreased or did not increase and those related to private spending remained stable. Brazil was the country with the lowest share of public health spending, differently from what occurred in countries with similar, universal and public health systems. The data showed that spending on private health is relevant in the family budget. These findings point to a reduction of the role of the State as provider and financier of public health actions and services. As a result of the austerity measures, a decline in health spending was perceived, for example, in the percentage of Gross Domestic Product devoted to health, stabilized or slightly decreased in European countries. In Brazil, with the implementation of the ‘new fiscal regime’, public health expenditures are expected to decline more, given the severity of the austerity policy.*

KEYWORDS *Unified Health System. Healthcare financing. Health expenditures.*



Introdução

Com a Constituição da República de 1988, a saúde passou a ser reconhecida como um direito social, cabendo ao poder público a obrigação de garanti-lo¹. Esta conquista política e social pode ser atribuída a diversas lutas e esforços empreendidos pelo Movimento da Reforma Sanitária². Assim, a Constituição estabeleceu as bases para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), posteriormente regulamentado por meio das Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, assim como pela Lei Complementar nº 141/12³⁻⁵.

No que se refere ao financiamento, a Lei nº 8.142/90 dispõe sobre as transferências inter-governamentais de recursos financeiros na área da saúde⁴, enquanto a Lei Complementar nº 141/12 regulamenta a Emenda Constitucional nº 29, fixando a participação da União, Estados e Municípios no orçamento do setor⁵. O sistema de saúde brasileiro é financiado por meio de impostos gerais, contribuições sociais, desembolso direto e gastos dos empregadores com saúde. Ou seja, o Brasil possui um sistema de saúde inteiramente financiado por receitas fiscais gerais. O financiamento do SUS tem como fontes os recursos dos impostos das três esferas de governo, compreendidas as transferências constitucionais para os Estados e Municípios^{2,6}.

O Brasil, apesar de ter por mandato constitucional um sistema público de saúde de acesso universal, apresenta o gasto privado em saúde superior ao gasto público. Países com sistemas de saúde similares, ou seja, universais e públicos, gastam, em média, 8% do Produto Interno Bruto (PIB). No Brasil, em 2014, foram gastos com o SUS apenas 3,9%, considerando a participação da União, Estados e Municípios⁷.

O financiamento do SUS não tem sido suficiente para assegurar recursos financeiros adequados para o sistema público, destinando, portanto, menor volume para atendimento às necessidades de saúde da população do que aquele previsto quando o sistema foi criado².

Para agravar tal situação, no Brasil, foram adotadas as políticas de austeridade fiscal. Dentre as ações mais recentes adotadas para a limitação de despesas, destaca-se a Emenda Constitucional nº 95, de 2016 (EC 95/16), criando o Regime Fiscal, que estipulou um teto para a despesa primária da União e o congelamento do gasto com saúde em valores reais de 2016, por 20 anos. Tal medida reduziria o valor do PIB, do governo federal, destinado à saúde, à medida que a economia crescesse, bem como diminuiria o gasto per capita, desconsiderando que a população de idosos no Brasil dobrará nesse mesmo período⁸.

O País vivencia um período de crise econômica e o foco das discussões, mais uma vez, se concentra no corte e/ou contenção de gastos públicos, especialmente dos gastos sociais, vistos por alguns como descontrolados e causadores do *deficit* público⁸. Na prática, o ajuste fiscal implementado no Brasil pode gerar a redução da participação do Estado na oferta de bens e serviços à população, com a redução dos gastos públicos, o que poderá conduzir a um cenário de redução na participação das despesas primárias no PIB de cerca de 20%, em 2016, para 16% a 12% do PIB, até 2026⁶.

No contexto mundial, a crise econômica de 2008 implicou um conjunto de políticas de austeridade implantadas, principalmente, em países da Europa, envolvendo a limitação de direitos sociais e reformas no sistema de saúde. Entre esses países, é possível citar Grécia, Portugal e Espanha, que enfrentaram crises graves a partir do referido ano⁹⁻¹¹. No setor saúde, essas reformas envolviam cortes orçamentários com restrições de serviços, aumento de copagamento, transferência de custos para os usuários, diminuição de responsabilidades por parte do Estado e nas formas de privatização¹².

Em países de alta renda, membros da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE), a crise econômica também teve efeitos

negativos sobre o sistema público de saúde e as condições de saúde da população^{10,13,14}.

Desse modo, os indicadores referentes aos gastos em saúde precisam ser acompanhados para fundamentar políticas e possibilitar o debate com evidências científicas. Faz sentido, também, examinar o sistema de saúde brasileiro para além do SUS, tendo em vista a expansão do setor privado¹⁵, devido a incentivos fiscais por parte do governo federal. Sem exigir a contrapartida, concorrendo com Melo¹⁶, tal prática tem um efeito preocupante e perigoso sobre a seguridade social. Nesta perspectiva, o objetivo deste estudo é analisar os indicadores dos gastos público e privado no Brasil e países selecionados, no período de 2000 a 2014.

Material e métodos

Trata-se de uma pesquisa descritiva sobre gastos públicos e privados em saúde no Brasil e países selecionados (França, Itália, Espanha, Reino Unido e Portugal) por constituírem sistemas de saúde universais e passíveis de comparação através das seguintes dimensões: reformas no setor saúde, organização, financiamento das ações e serviços de saúde, prestação e regulação dos serviços.

Neste estudo, considerou-se para fins de análise a definição de 'gastos em saúde', ou 'despesas com saúde', como todos os gastos

efetuados com a finalidade de recuperar, promover e manter a saúde dos indivíduos de certa população durante um período de tempo definido¹⁷.

A seleção dos dados secundários contemplou o período compreendido entre os anos 2000 e 2014, onde se encontram disponíveis as informações nas bases de dados consultadas. Para tanto, foram acessadas bases de domínio público, de diferentes fontes, quais sejam: Organização Mundial da Saúde (OMS), Ministério da Saúde (MS), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), além de revisão documental das publicações do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) obtidas via internet.

Para a análise dos gastos em saúde, foram extraídos e compilados dados da base da OMS (Global Health Expenditure Database) sobre gastos em saúde (público e privado) no Brasil, França, Itália, Espanha, Reino Unido e Portugal, referentes aos seguintes indicadores: despesa total per capita; despesa pública em saúde, em porcentagem do PIB; despesa pública em saúde, em porcentagem da despesa total em saúde; despesa pública em saúde, em proporção da despesa pública; despesa privada em porcentagem do PIB, desembolso direto (*out-of-pocket*) em porcentagem da despesa com saúde; e desembolso direto em porcentagem da despesa privada com saúde (*quadro 1*).

Quadro 1. Sistematização de indicadores para gastos públicos e privados com saúde

Indicador	Definição	Fonte
Gasto total per capita	Gasto público e privado com consumo final de bens e serviços de saúde, por habitante, no ano considerado.	http://www.who.int/whosis/whostat2006HealthFinancing.pdf
Gasto total em saúde em % do PIB	O total de despesas de saúde é a soma das despesas públicas e privadas de saúde. Abrange a prestação de serviços de saúde (preventiva e curativa), atividades de planejamento familiar, atividades de nutrição e ajuda de emergência designada para a saúde, mas não inclui provisão de água e saneamento.	http://www.who.int/whosis/whostat2006HealthFinancing.pdf

Quadro 1. (cont.)

Gasto público em saúde em % do PIB	Percentual do gasto público em saúde (consolidado das três esferas do governo: federal, estadual e municipal), em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Percentual do Produto Interno Bruto (PIB) nacional que corresponde ao gasto público federal com saúde, no ano considerado.	http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqe06.htm
Gasto público em saúde em % do gasto total em saúde	Percentual do gasto público que corresponde às despesas com saúde, no ano considerado.	https://gateway.euro.who.int/en/indicators
Gasto público em saúde em relação ao gasto público total	Este indicador é medido como parcela do gasto total em saúde e em USD* per capita. *United States Dollar, que significa dólar dos Estados Unidos.	https://gateway.euro.who.int/en/indicators
Gasto privado em saúde em % do PIB	Os gastos privados com saúde incluem gastos diretos das famílias, seguros privados, doações de caridade e pagamentos diretos de serviços por empresas privadas.	https://gateway.euro.who.int/en/indicators
Desembolso direto (<i>Out-of-pocket</i>) em % do gasto total com saúde	Desembolsos são quaisquer gastos diretos das famílias, incluindo gratificações e pagamentos em espécie, para profissionais de saúde e fornecedores de produtos farmacêuticos, aparelhos terapêuticos e outros bens e serviços cuja intenção principal é contribuir para a restauração ou melhoria do estado de saúde. Faz parte do gasto privado em saúde.	https://gateway.euro.who.int/en/indicators
Desembolso direto (<i>Out-of-pocket</i>) em % do gasto privado em saúde	Refere-se ao pagamento direto ou desembolso direto em proporção do gasto privado em saúde.	http://apps.who.int/nha/database

Fonte: Elaboração própria.

A moeda padrão utilizada foi o dólar devido à disponibilidade das informações por meio do banco de dados da Organização Mundial da Saúde e do Banco Mundial e, também, por possibilitar a comparação dos indicadores com outros países. Os dados foram tabulados e analisados pelo programa Microsoft® Office Excel® 2010. Os resultados da pesquisa foram apresentados por meio de tabelas.

Resultados e discussão

Neste estudo foram analisados os dados referentes aos gastos em saúde – público

e privado. A análise temporal demonstra heterogeneidade nos valores do indicador gasto público em saúde como porcentagem do gasto total em saúde quando comparados os países. Entretanto, observou-se uma certa estabilidade para cada país. O Brasil foi o país com menor participação do gasto público em saúde, 40% no primeiro ano (2000) e 46% no último ano analisado (2014). Em seguida, Portugal manteve a participação do gasto público entre 64% e 68%. Os demais países ultrapassaram 70% do gasto público em saúde, com destaque para o Reino Unido, que alcançou 83% da participação do Estado nas ações e serviços públicos em saúde (*tabela 1*).

Tabela 1. Gasto público em saúde como porcentagem do gasto total em saúde para países selecionados, 2000, 2008-2014

Países	2000	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Brasil	40,3	43,8	44,4	45,8	45,2	44,3	45,1	46
França	79,4	77,3	77,5	77,5	77	77,2	77,1	78,2
Itália	72,1	76,9	77	77	75,1	75,3	75,6	75,6
Portugal	67,7	67,4	68,7	68,7	66,5	64	65,2	64,8
Espanha	71,6	74	75,7	75,1	73,9	71,7	71,5	70,9
Reino Unido	79,6	81,6	83,2	83,5	83,2	82,9	83,3	83,1

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da OMS.

Nota: Dados não disponíveis para o período de 2001 a 2007.

O gasto total per capita em saúde no Brasil alcançou US\$ 947. Os países que apresentaram os maiores valores foram França (US\$ 4.959) e Reino Unido (US\$ 3.934) (*tabela 2*). O gasto em saúde por habitante no Brasil foi menor do que os gastos apresentados pelos outros países, correspondendo aproximadamente a um gasto público diário de R\$ 2,60/

dia per capita para cobrir as ações e serviços públicos de saúde da população brasileira, aquém do esperado em comparação com outros países que possuem sistemas universais de saúde. Ainda na *tabela 2*, é possível observar que a França teve o maior dispêndio em saúde, alcançando 11,5% do gasto total em saúde como proporção do PIB.

Tabela 2. Gasto total per capita e gasto total em saúde como porcentagem do PIB para países selecionados, 2014

Países	Gasto total per capita (\$US)	Gasto total como porcentagem do PIB (\$US)
Brasil	947	8,3
Espanha	2.658	9
Reino Unido	3.935	9,1
Itália	3.258	9,2
Portugal	2.097	9,5
França	4.959	11,5

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da OMS.

Com relação ao gasto público em saúde como percentual do PIB, indicador que expressa a dimensão do gasto público com saúde no valor total da economia, em 2014, o Brasil destinou apenas 3,8%. França e Reino

Unido foram os países que destinaram maior proporção do PIB com gasto público em saúde, 9% e 7,6%, respectivamente (*tabela 3*). Os demais países apresentaram um percentual acima ou pouco inferior a 9%.

Tabela 3. Gastos público e privado em saúde para países selecionados, 2014

Indicadores	Países					
	Brasil	França	Itália	Portugal	Espanha	Reino Unido
Gasto público em saúde como porcentagem do PIB	3,8	9	7	6,2	6,4	7,6
Gasto privado em saúde como porcentagem do PIB	4,5	2,5	2,3	3,3	2,6	1,5
Gasto público em saúde como porcentagem do gasto público total	6,8	15,7	13,7	11,9	14,5	16,5
Gasto público em saúde como porcentagem do gasto total em saúde	46	78,2	75,6	64,8	70,9	83,1
Desembolso direto em porcentagem do gasto total com saúde	25,5	6,3	21,2	26,8	24	9,7
Desembolso direto em porcentagem do gasto privado em saúde.	47,2	29,1	86,9	76,3	82,4	57,7

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da OMS.

Segundo estimativas do IBGE, em 2012, o Brasil tinha um dispêndio total (público e privado) em saúde equivalente a 8,8% do PIB¹⁶. Esse percentual é bastante próximo ao de outros países da OCDE, como Reino Unido (8,4%) e Espanha (8,5%), que também possuem sistemas universais¹⁸. Contudo, o gasto público é muito baixo para que o País tenha, efetivamente, um sistema universal e atendimento integral.

Os demais países selecionados têm buscado ampliar o investimento de recursos públicos visando garantir o acesso dos seus cidadãos às ações e serviços de saúde. O percentual já ultrapassa 6% do PIB há algum tempo, e, em muitos, supera 10%. Estas comparações indicam que, apesar das discussões em torno da Emenda Constitucional nº 29, que prevê aumento dos recursos destinados ao SUS, o Brasil ainda tem que progredir na compreensão do custo e da efetiva necessidade de recursos para implantar um sistema, de fato, universal, integral e equitativo, de forma distinta às estabelecidas pela EC 95/16.

Quanto ao indicador gasto público em saúde como percentual do gasto total em saúde, em 2014, o Brasil investiu no subsistema público de saúde apenas 46% do total dos gastos em saúde. Países com sistemas

universais despendem mais de 70% do gasto total com despesa pública em saúde. Por exemplo, Reino Unido e França, que foram os países que mais investiram no sistema público de saúde, gastaram, respectivamente, 83% e 78% (tabela 3).

No Brasil, no último ano analisado (2014), apenas 6,8% do gasto público foi destinado à saúde, pior desempenho quando comparado com os outros países. O Reino Unido e a França foram os países que mais investiram no sistema público de saúde, 16,5% e 15,7%, respectivamente (tabela 3). Estes dados indicam que o gasto público com saúde do Brasil é baixo, em comparação com países com sistemas similares – isto é, universais e públicos –, que gastam, em média, o correspondente a 8% do PIB. O SUS destinou, em 2014, apenas 3,9%, o que resulta em um gasto per capita bastante baixo^{7,19}.

O cenário explicitado ressalta o desafio do subfinanciamento público da saúde no Brasil, que impacta diretamente na dificuldade de abrangência das ações e serviços, e na qualidade da atenção à saúde. Embora, segundo Piola²⁰, maiores níveis de gasto não impliquem necessariamente serviços de melhor qualidade, mais eficientes e equitativos, pois os modelos de financiamento e de

organização dos sistemas de saúde exercem grande influência nos resultados em saúde.

Salienta-se que a recessão que assolou a Europa também impulsionou reformas estruturais e afetou a prioridade dada a determinadas políticas, especialmente referentes aos gastos públicos com saúde. Os Estados-Membros adotaram políticas de austeridade e reduziram substancialmente as despesas públicas. Os gastos com saúde per capita caíram, em termos reais, em 2010, em quase todos os países europeus, nomeadamente, a partir de uma taxa de crescimento médio anual de 4,6% ao ano, entre 2000 e 2009, em direção a uma queda em gastos com saúde per capita de 0,6%, em 2010. Contudo, mesmo diante deste cenário, os Estados-Membros da União Europeia (UE) dedicaram 9% do seu PIB a gastos com saúde, significativamente 7,3%, em 2000, mas ligeiramente abaixo do pico de 9,2%, em 2009²¹. Como resultado das medidas de austeridade, observa-se a queda nos gastos com saúde, a exemplo da porcentagem do PIB dedicada à saúde, estabilizada ou diminuída ligeiramente em muitos Estados-Membros da UE.

Entre os países analisados, o Brasil foi o que obteve maior proporção do gasto privado como proporção do PIB. No período, os valores mantiveram-se estáveis. A média foi de 4,5% da despesa privada como proporção do PIB. Seguindo a mesma tendência, Portugal apresentou elevada proporção do gasto privado. Reino Unido foi o país com melhor desempenho (1,6%) (tabela 3). Quando comparado com o indicador gasto público como proporção do PIB, observa-se que, no Brasil, o gasto privado superou o público. Em todos os anos analisados, o Brasil apresentou o percentual do gasto privado superior ao público. Fato evidenciado, também, em outro estudo no qual os autores demonstraram que, no período correspondente entre 1975 e 2007, inverteram-se os percentuais do gasto nacional em saúde, assumindo o setor privado participação crescente em relação ao público²².

Uma análise sobre o financiamento da

saúde no Brasil, nos anos que se seguiram à estabilidade econômica (1995-2012), organizados em cinco períodos (1995-1998, 1999-2002, 2003-2006, 2007-2010 e 2011-2012), evidenciou crescimento médio anual em todos os períodos. Indicou, do mesmo modo, um aumento de 79,8% do quinto período em relação ao primeiro, correspondente a uma ampliação per capita de R\$ 222,54 para R\$ 400,06. O PIB apresentou um crescimento real em todos os períodos do estudo, acumulando um aumento médio anual de 61,4% do quinto em relação ao primeiro período. Os dados revelaram que os gastos com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) cresceram mais do que o PIB, mas com uma participação percentual, com relação a este, quase linear, com média de 1,7% em todo o período²³.

Quanto ao financiamento privado nos países analisados, este corresponde a desembolsos diretos (*out-of-pocket*) ou a pré-pagamentos de planos e seguros privados de saúde. Nos países selecionados, observa-se uma mistura nos formatos de financiamento que merece atenção²⁴. Ao analisar o impacto do gasto em saúde no bem-estar das famílias e no acesso aos serviços de saúde, é particularmente relevante o indicador desembolso direto como proporção do gasto com saúde (público e privado). As análises empreendidas por este estudo demonstraram que, no Brasil, em 2014, esse indicador alcançou 25,5% (tabela 3). França e Reino Unido foram os países com menor gasto das famílias em relação ao gasto total com saúde, respectivamente, 6,3% e 9,7%, em 2014. Roa²⁵ identificou que, em 2013, o *out-of-pocket* era muito elevado e representava mais de 1/5 dos gastos com saúde em cinco dos sete países incluídos na análise: Venezuela (66%), Peru (35%), Chile (32%), Brasil (30%) e Argentina (21%).

No que se refere à participação do gasto direto das famílias no total do gasto privado em saúde nos países, verificou-se uma variação significativa em 2014: França com 29,1%, menor valor apresentado; Brasil com 47,2%; Itália apresentou 87%; na sequência, Espanha (82,4%) e Portugal (76,3%) (tabela 3). Variação

semelhante foi encontrada em outro estudo utilizando dados de 2011²⁴: Itália (92,7%) e Espanha (76,6%) foram os países que apresentaram os maiores gastos das famílias com saúde. Uma das formas mais comuns de gasto direto das famílias é o pagamento direto de medicamentos e serviços de saúde, exames e consultas, por exemplo. E quanto mais pobre é o país, maior é o gasto das famílias com saúde^{24,26}. Em famílias com pessoas idosas e crianças, o gasto direto é mais elevado, possuindo um alto componente de medicamentos e serviços hospitalares²⁵.

O pagamento direto restringe o acesso à saúde da população mais pobre, tendo em vista que as pessoas com menor poder aquisitivo possuem menor capacidade financeira para consumir os serviços de saúde^{22,26}. Alguns dados descritos em um dos relatórios técnicos do Ipea²⁷ explicitaram que as famílias dos estratos inferiores de renda gastam, essencialmente, com medicamentos, e, à medida que cresce a renda per capita, os gastos das famílias tornam-se maiores com planos de saúde.

Em síntese, no conjunto dos indicadores analisados (gastos público e privado), o Brasil gasta menos do que os países selecionados para comparação, ocorrendo o mesmo em relação a países da América Latina que não possuem sistemas universais de saúde^{24,25}. Os resultados deste estudo põem em evidência o desafio de construir uma dupla agenda: fortalecer o SUS, melhorando o financiamento, mas, também, regular o mercado, em particular, dos planos de saúde, tendo como eixo norteador a universalidade, de um lado, e a redução dos gastos das famílias, dos trabalhadores e dos empregadores com bens e serviços privados de saúde, do outro²⁸.

Considerações finais

Este artigo buscou contemplar a identificação e breve análise de alguns indicadores referentes aos gastos públicos e privados no Brasil. Os principais resultados apontam que

os gastos públicos em saúde decresceram ou não apresentaram aumento no período estudado, e que os gastos privados em saúde se mantiveram estáveis. Outra questão que merece destaque: o excesso de incentivos governamentais para o mercado privado de saúde contribui para a redução do gasto público, mantendo o subfinanciamento do sistema público de saúde brasileiro, além de dificultar a implementação do SUS como um sistema de saúde universal, conforme previsto na Constituição de 1988^{16,29}.

Se não bastasse o subfinanciamento do sistema, desde a sua criação pela Constituição de 1988, ainda há a concorrência com o setor privado, que vê no SUS a possibilidade de ampliação do capital financeiro. Atrelado a isto, conforme já mencionado, o setor privado é beneficiado pelo Estado, por meio de incentivos financeiros, mais evidentes a partir de 2014¹⁶. Percebe-se que a situação de subfinanciamento do SUS pode ser considerada satisfatória para os que valorizam apenas a questão do equilíbrio fiscal, dado que são anos em que o expressivo volume de recursos aplicados na saúde foi menor do que o necessário. A superação do subfinanciamento é improvável na ausência de maior envolvimento dos usuários e de outros setores organizados³⁰. Ademais, os dados demonstram que o gasto com a saúde privada é relevante no orçamento familiar. Tais achados apontam para uma redução do papel do Estado como provedor e financiador das ações e serviços públicos de saúde. Sobre isto, além das fontes e da estrutura do financiamento, o nível de gastos com saúde condiciona e determina em que medida o sistema de saúde responde às necessidades da população²⁵.

Em síntese, a estruturação de um sistema público universal depende das expectativas e possibilidades da repartição público-privada no financiamento do sistema e oferta de serviços de saúde, bem como da capacidade e interesse dos agentes do Estado para regular essa relação, visando à priorização do sistema público. Enquanto persistir o dilema entre a universalidade do SUS diante

da sua dificuldade de financiamento público, recrudescer a necessidade de envidar esforços para assegurar a efetiva priorização do SUS no gasto público e o cumprimento dos seus princípios basilares.

Colaboradores

Figueiredo JO contribuiu para elaboração do artigo com as seguintes atividades:

concepção, delineamento, coleta, análise e processamento dos dados, redação da versão final do artigo. Prado NMBL contribuiu para elaboração do artigo com as seguintes atividades: coleta, análise e processamento dos dados, redação da versão final do artigo. Medina MG e Paim JS contribuíram para elaboração do artigo com as seguintes atividades: contribuição significativa na revisão crítica do conteúdo e participação da aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
2. Paim JS. O que é SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
3. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 19 Set 1990.
4. Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. 28 Dez 1990.
5. Brasil. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Diário Oficial da União. 13 Jan 2012.
6. Vieira FS, Benevides RPS. O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. Rev. Est. Pesq. Amer. 2016; 10(3):1-28.
7. Marques RM, Piola SF, Ocké-Reis CO. Desafios e perspectivas futuras no financiamento do SUS. In: Marques RM, Piola SF, Roa AC, organizadores. Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento. Rio de Janeiro: Abres; Brasília, DF: MS; 2016.
8. Análise Política em Saúde. Crise no Brasil: quais os impactos na saúde da população. Bol. Projeto Análise de Políticas de Saúde no Brasil [internet]. 2016 nov-dez [acesso em 2018 maio 20]; 2(8). Disponível em: <http://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/boletim/edicao/8>.
9. Maresso A, Mladovsky P, Thomson S et al. Economics crisis, health systems and health in Europe. Copenhagen: WHO; 2015.
10. Vieira FS. Crise Econômica, austeridade fiscal e saúde: que lições podem ser aprendidas? Brasília, DF: Ipea; 2016.

11. OPSS. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Saúde: procuram-se novos caminhos. Relatório de primavera 2016. Portugal: OPSS; 2016.
12. Conill EM. A importância da continuidade dos sistemas nacionais europeus para as políticas de saúde na América latina. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30(11):2253-2255.
13. Karanikolos M, Heino P, McKee M, et al. Effects of the global financial crisis on health in high-income OECD countries: a narrative review. *Int. J. Health Serv*. 2016; 46(2):208-240.
14. Mucci N, Giorgi G, Roncaioli M, et al. The correlation between stress and economic crisis: a systematic review. *Neuropsychiatric Dis. Treat*. 2016; 12:983-993.
15. Borges FT, Moimaz SAS, Siqueira CE, et al. Anatomia da privatização neoliberal do Sistema de Saúde: O papel das Organizações Sociais de Saúde. São Paulo: Cultura Acadêmica; 2012.
16. Melo MFGC. Relações público-privadas no sistema de saúde brasileiro [tese]. Campinas: Unicamp; 2017 [acesso em 2018 abr 20]. 206 p. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/330343/1/Melo_MariaFernandaGodoyCardosoDe_D.pdf.
17. Coelho TCB, Scatena JHG. Financiamento do SUS. In: Paim JS, Almeida-Filho N, organizadores. *Saúde Coletiva: Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p. 271-286.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Microdados sobre saúde. Rio de Janeiro: IBGE; 2012 [acesso em 2018 abr 10]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/saude.html>.
19. World Health Organization. Global Health Observatory Data Repository [internet]. Geneva: WHO; 2016 [acesso em 2018 mar 10]. Disponível em: <http://apps.who.int/gho/data/node.country.country>.
20. Piola S. Financiamento da saúde em países selecionados da América Latina. In: Rodrigues VA, organizador. *Observatório internacional de capacidades humanas, desenvolvimento e políticas públicas: estudos e análises*. 1. ed. Brasília, DF: UNB; 2013. p. 193-211.
21. Quaglio G, Karapiperis T, Woensel LV, et al. Austerity and health in Europe. *Health Policy* [internet]. 2013 nov [acesso em 2018 maio 10]; 113(1-2):13-19. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851013002303>.
22. Silva CL, Rotta CV. O dilema da universalidade e financiamento público do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Textos Contextos* [internet]. 2012 ago-dez [acesso em 2018 maio 10]; 11(2):333-345. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/12126/8642>.
23. Soares A, Santos NR. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. *Saúde debate* [internet]. 2014 jan-mar [acesso em 2018 maio 10]; 38(100):18-25. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042014000100018&script=sci_abstract&tlng=pt.
24. Marques RM. O direito à saúde no mundo. In: Marques RM, Piola SF, Roa AC, organizadores. *Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento*. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília, DF: MS; 2016. p. 11-36.
25. Roa AC. Financiamento dos sistemas de saúde na América do Sul. In: Marques RM, Piola SF, Roa AC, organizadores. *Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento*. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília, DF: MS; 2016. p. 75-98.
26. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial da Saúde: o caminho para a cobertura universal. Geneva: OMS; 2010 [acesso em 2018 maio 20]. Disponível em: http://www.who.int/whr/2010/whr10_pt.pdf.
27. Diniz CPB, Servo SML, Piola FS, et al. Gasto das famílias com saúde no Brasil: evolução e debate sobre gasto catastrófico [internet]. Brasília, DF: Ipea; 2007 [acesso em 2018 maio 20]. Disponível em: http://ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/10_Cap04.pdf.
28. Marques RM, Piola SF. O financiamento da saúde

depois de 25 anos de SUS. In: Rizotto MLF, Costa A, organizadoras. 25 anos de direito universal à saúde. Rio de Janeiro: Cebes; 2014. p. 178-195.

29. Sestelo JAF. Planos e seguros de saúde do Brasil de 2000 a 2015 e a dominância financeira [tese]. Rio de Janeiro: UFRJ; 2017.

30. Gomes FBC. Impasses no financiamento da saúde no Brasil: da constituinte à regulamentação da Emenda 29/00. Saúde debate. 2014 jan-mar; 38(100):6-17.

Recebido em 11/07/2018
Aprovado em 23/09/2018
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Incorporação de tecnologias no Sistema Único de Saúde: as racionalidades do processo de decisão da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde

Incorporation of technologies in the Unified Health System: the rationalities of the decision-making process of the National Committee for Health Technology Incorporation in the Unified Health System

Kleize Araújo de Oliveira Souza¹, Luis Eugênio Portela Fernandes de Souza²

DOI: 10.1590/0103-11042018S204

RESUMO Esta pesquisa tem como objetivo analisar o processo de decisão da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde referente às recomendações para incorporação ou não de medicamentos a este sistema. Trata-se de um estudo que teve como foco de análise as decisões tomadas no período de 2010 a 2015. Utilizaram-se como estratégias de produção de dados: análise documental, entrevistas e observação não participante das reuniões do plenário. A análise dos dados evidenciou três tipos de racionalidades presentes no processo de decisão da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde: a racionalidade técnico-sanitária, a racionalidade econômica e a racionalidade política. Na prática, a sólida legislação que orienta a avaliação das demandas de incorporação de tecnologias no Sistema Único de Saúde determinou o predomínio da racionalidade técnico-sanitária.

PALAVRAS-CHAVE Tecnologia biomédica. Tomada de decisões. Saúde pública.

ABSTRACT *This research is aimed at analyzing the decision-making process of the National Committee for Health Technology Incorporation in the Unified Health System regarding the recommendations for the incorporation or not of drugs into this system. This is a study that focused on the analysis of the decisions made in the period from 2010 to 2015. The following data production strategies were used: document analysis, interviews and non-participant observation of plenary meetings. The data analysis revealed three types of rationalities present in the decision-making process of the National Committee for Health Technology Incorporation in the Unified Health System: technical-sanitary rationality, economic rationality, and political rationality. In practice, the solid legislation that guides the evaluation of the demands of technology incorporation in the Unified Health System has determined the predominance of technical-sanitary rationality.*

KEYWORDS *Biomedical technology. Decision making. Public health.*

¹Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) – Feira de Santana (BA), Brasil.
Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-1224-9140>
kleizearaujo@yahoo.com.br

²Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-3273-8873>
luisaugenio@ufba.br

Introdução

O processo decisório relativo à incorporação de tecnologias nos sistemas de saúde é permeado pela influência de diversos grupos de interesses, que incluem os profissionais médicos, as instituições provedoras de serviços de saúde, as instituições financiadoras, os formuladores de políticas e os gestores de serviços, os produtores das tecnologias, as associações de pacientes, entre outros que podem exercer papéis decisivos na tomada de decisão¹.

Em tese, o processo de tomada de decisão para a incorporação de tecnologias em saúde deve estar baseado nas melhores evidências científicas produzidas por estudos de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS). Contudo, como afirmam diversos autores, nem sempre são adotadas as tecnologias que os estudos indicam como mais eficazes ou mais eficientes^{2,3}.

De todo modo, diante dos altos custos de muitas das novas tecnologias, tornou-se imperativo para os gestores públicos e privados, com vistas a subsidiar a tomada de decisões sobre a incorporação dessas tecnologias, conhecer a dimensão dos benefícios das mesmas, assim como os impactos sobre o financiamento de serviços e ações de saúde.

Com o propósito de regular a incorporação de tecnologias no Sistema Único de Saúde (SUS), foi editada a Portaria nº 152/Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde, de 19 de janeiro de 2006, definindo o fluxo para incorporação de tecnologias no âmbito do SUS, que passou a se organizar a partir de ações articuladas entre a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), sendo de competência da SAS a gestão do processo de incorporação de tecnologias, e da SCTIE, a gestão da avaliação das tecnologias de interesse para o SUS⁴.

Essa mesma portaria criou a Comissão

para Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde (Citec) com o propósito de conduzir o processo de incorporação de tecnologias em consonância com as necessidades sociais em saúde e de gestão do SUS.

Cinco anos mais tarde, a Citec foi substituída pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), instituída pela Lei nº 12.401 e pelo Decreto nº 7.646. Ressalte-se que o fato de ter sido criada por lei deu à Conitec um estatuto legal que a Citec não tinha. O decreto, por sua vez, dispõe sobre o caráter permanente da comissão, que tem por objetivo assessorar o Ministério da Saúde (MS) nas atribuições relativas à incorporação, exclusão ou alteração, pelo SUS, de tecnologias de saúde, bem como na constituição ou alteração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas^{5,6}.

A estrutura da Conitec é composta pelo plenário e pela Secretaria-Executiva (SE). O plenário é a instância responsável pela emissão de relatórios e pareceres conclusivos destinados a subsidiar as decisões do MS. É composto por 13 membros com direito a voto, representantes de diversos órgãos e entidades, indicados pelos seus dirigentes⁵. A SE da Conitec é exercida por uma das unidades da SCTIE, a quem cabe coordenar suas atividades, a saber: o Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITS), criado pelo Decreto nº 7.797, de 30 de agosto de 2012⁷.

Em documento produzido pelo DGITS sobre o balanço de atuação da Conitec, observa-se que, no período de 2012 a 2015, a comissão recebeu 459 demandas, sendo 259 (56,4%) provenientes do MS e de secretarias estaduais e municipais de saúde; e 200 (43,6%), provenientes de empresas fabricantes, de órgãos do Poder Judiciário, de associações de pacientes e sociedades médicas⁸.

Dadas as competências da Conitec, seus membros são atores importantes do processo decisório de incorporação de tecnologias no SUS, uma vez que são responsáveis por analisar informações e tomar decisões

relevantes, que dizem respeito à modernização e à inovação do sistema, à melhoria da qualidade e expectativa de vida da população e ao impacto financeiro sobre os cofres públicos.

Nesse sentido, a regulação do processo de incorporação de novas tecnologias em saúde constitui elemento central nos sistemas de atenção à saúde, seja como parte da política de inovação, seja para garantir a observância dos aspectos éticos, sociais ou econômicos que envolvem a incorporação tecnológica^{9,10}.

No contexto das decisões da Conitec, todas as demandas por incorporação de tecnologias devem apresentar evidências científicas de eficácia e segurança, além de estudos de avaliação econômica e impacto orçamentário na perspectiva do SUS^{11,12}.

A necessidade de orientar-se por evidências científicas e a pressão para o cumprimento dos prazos, exigidos legalmente^{5,6}, estimularam a busca, pela Conitec, de instituições de apoio, desenvolvendo-se a Rede de Parceiros da Conitec com uma maior disseminação dos Núcleos de Avaliação de Tecnologias em Saúde e de vários Hospitais Sentinela, especialmente no estado de São Paulo¹².

De uma forma geral, o desenvolvimento de um marco legal bem delineado, baseado em processos de trabalho previamente definidos, foi fundamental para que o processo decisório da Conitec, além de estar amparado legalmente, fosse conduzido de forma padronizada e transparente.

Este estudo analisou o processo de decisão da Conitec relativo à elaboração das recomendações para incorporação ou não de medicamentos ao SUS, no período de 2010 a 2015, buscando identificar os tipos de racionalidade presentes ou predominantes.

Elementos conceituais

A decisão se refere a uma escolha frente a várias alternativas da ação. Tomar decisões é identificar e selecionar um curso de ação para lidar com um problema específico¹³⁻¹⁵.

De acordo com a teoria econômica clássica, esse processo de escolha entre diferentes alternativas de ação é orientado, fundamentalmente, por cálculos racionais. Os indivíduos entram em situações de decisão com objetivos previamente conhecidos, os quais, por sua vez, determinam o valor de cada uma das possíveis consequências da ação. A partir daí, reúnem todas as informações necessárias, definem o conjunto de alternativas e tomam a decisão 'ótima'^{14,15}.

Simon criticou essa concepção de racionalidade, argumentando que a capacidade do ser humano para reunir, compreender e recuperar informações da memória e para fazer inferências é limitada por informações incompletas e imperfeitas, pela complexidade do problema, pela capacidade limitada de processar informação, pelo tempo disponível, pelas preferências, valores e interesses conflitantes em relação aos objetivos organizacionais e pelos ambientes extremamente dinâmicos nos quais ele se situa. Assim, destacou que a racionalidade é necessariamente limitada, e o máximo a que se pode aspirar é uma decisão 'satisfatória'^{16,17}.

Outra crítica importante ao modelo racional da teoria econômica clássica foi feita por Lindblom¹⁸, que chamou a atenção para a influência dos interesses políticos, relativos ao acúmulo e ao exercício de poder, dos diversos atores envolvidos no processo decisório. O modelo político de decisão enfatiza, portanto, a atuação dos diversos atores sociais, que procuram satisfazer suas necessidades pessoais e institucionais através das decisões tomadas na organização.

No campo das políticas de saúde, é reconhecida a presença concomitante de distintas racionalidades, ao mesmo tempo complementares e conflitantes, influenciando o processo de tomada de decisões¹⁹.

Inspirado no reconhecimento dessas racionalidades e considerando as teorias da decisão, o presente estudo adota a seguinte tipologia para analisar o processo de decisão relativo à incorporação de tecnologias da

saúde: racionalidade técnico-sanitária, racionalidade econômica e racionalidade política.

O primeiro tipo, a racionalidade técnico-sanitária, está próximo do conceito de razão da economia clássica, modificado pela crítica de Simon. Trata-se, portanto, de basear a decisão no melhor conhecimento técnico-científico disponível, reconhecendo-se, todavia, a impossibilidade de se chegar a uma decisão ótima.

No caso concreto da Conitec, a racionalidade técnico-sanitária diz respeito à utilização dos conhecimentos da clínica, da epidemiologia, do planejamento e da gestão em saúde e, em particular, da ATS como fio condutor do processo de decisão referente à recomendação de incorporação ou não de tecnologias em saúde ao SUS. Mais especificamente, a decisão deve se sustentar na análise das evidências científicas relativas à eficácia, acurácia, efetividade e segurança da tecnologia em avaliação.

O segundo tipo, a racionalidade econômica, também próximo ao conceito de racionalidade limitada, diz respeito à preocupação com a sustentabilidade econômico-financeira do sistema de saúde, no longo e no médio prazos, e com o impacto orçamentário, no curto prazo.

No caso em estudo, refere-se à busca, pela Conitec, das melhores informações disponíveis acerca do impacto econômico da incorporação de uma determinada tecnologia sobre o sistema público de saúde, nos diversos horizontes de tempo, para orientar a tomada de decisão.

O terceiro tipo, a racionalidade política, próximo ao modelo político de decisão, diz respeito à existência de múltiplos interesses políticos, geradores de conflitos entre os atores envolvidos no processo de tomada de decisão. Estes atores podem formar coalizões e alianças políticas, e as soluções são constantemente negociadas^{17,18}.

No caso da Conitec, a racionalidade política se refere ao reconhecimento da existência de interesses diversos e, eventualmente,

conflitantes em cada processo de decisão sobre a recomendação de incorporação ou não de uma determinada tecnologia de saúde. Refere-se também às estratégias adotadas pelo plenário e pela direção da comissão para lidar com as divergências e os conflitos.

Destaca-se que o conceito de tecnologia em saúde adotado neste estudo se refere aos dispositivos, medicamentos, procedimentos médicos e cirúrgicos usados na prevenção, no diagnóstico, no tratamento e na reabilitação, incluindo os sistemas organizacionais e de suporte dentro dos quais os cuidados são oferecidos²⁰.

Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo que tem como caso a Conitec e como foco de análise a tomada de decisão de recomendar a incorporação ou a não incorporação de medicamentos biológicos ao SUS. Vale salientar que se trata de um dos produtos da tese de doutorado intitulada 'A influência das ações judiciais na incorporação de medicamentos biológicos ao Sistema Único de Saúde', defendida junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva, da Universidade Federal da Bahia, no ano de 2017.

Para a produção dos dados, foram utilizados como fontes documentos oficiais, entrevistas semiestruturadas com os membros da Conitec e observação não participante de reuniões ordinárias da comissão.

Os documentos analisados foram as leis, os decretos e o regimento interno que regulamentam a Conitec, além de atas de reuniões e relatórios de recomendação de incorporação de tecnologias.

Foram realizadas 13 entrevistas semiestruturadas, envolvendo todos os membros da Conitec, inclusive sua presidente e diretora do DGITS.

Os momentos de observação não participante das reuniões ordinárias da Conitec aconteceram no período de outubro de 2015

a abril de 2016. Especificamente, foram acompanhadas as 40^a, 42^a e 44^a reuniões, somando um total de 39 horas de observação. Para o processamento do material empírico proveniente dos documentos, das entrevistas e da observação, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo temática²¹.

Registre-se que o estudo foi previamente submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia, sob número de protocolo 022/2015, em cumprimento à Resolução nº 466/2012.

O processo de tomada de decisão da Conitec

A seguir, são descritas as etapas do processo de tomada de decisão da Conitec, com o propósito de evidenciar os tipos de racionalidade presentes ou dominantes. Note-se que essa descrição está ancorada nas definições legais e normativas que orientaram, efetivamente, a conduta da Conitec no período analisado.

IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA E OBTENÇÃO DA INFORMAÇÃO

No processo decisório da Conitec, o problema refere-se à deliberação sobre a recomendação de incorporação ou de não incorporação de determinada tecnologia ao SUS ou, ainda, a exclusão da mesma das listas oficiais de distribuição. Lembre-se que, conforme o artigo 2º do Decreto nº 7.646/2011⁶, a Conitec tem por objetivo assessorar o MS nas atribuições relativas à incorporação, exclusão ou alteração, pelo SUS, de tecnologias em saúde, bem como na constituição ou alteração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas.

A incorporação, a exclusão e a alteração de tecnologias em saúde e a constituição ou alteração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas são precedidas de processo administrativo, que deve ser protocolado pelo interessado na SE da Conitec.

A SE desempenha uma função administrativa fundamental no processo de

avaliação de tecnologias em saúde e de recomendação ou não de incorporação destas ao SUS. De fato, conforme o depoimento da entrevistada 12, o trabalho que envolve a SE é receber as demandas e fazer uma análise de conformidade para verificar se o dossiê apresentado pelo demandante contém os requisitos mínimos para prosseguir com o processo, pois, caso não tenha, ele será negado e devolvido ao demandante. Se a demanda cumprir os requisitos necessários, o processo segue para um dos analistas, que fará uma observação minuciosa e crítica do processo, complementando com outras evidências, caso necessário. Deste modo, são avaliados o grau e a qualidade da evidência disponível, e o grau de confiabilidade dos estudos apresentados, incluindo os estudos econômicos.

A partir dos depoimentos colhidos nas entrevistas, nota-se que há um trabalho de sistematização das demandas recebidas no DGITS antes de apresentá-las aos membros do plenário. Desta forma, a equipe da SE prepara um relatório inicial, que é encaminhado para a apreciação dos membros do plenário, antes da reunião mensal, para conhecimento prévio da pauta e do conteúdo do relatório.

Para o entrevistado 10, há um processo de trabalho muito bem definido no âmbito da Conitec. Os membros do plenário recebem todo o material com antecedência. Assim, quem precisa e/ou quer tem oportunidade de analisar profundamente toda a demanda de incorporação em questão. Assim,

[...] o trabalho para aprovar ou não aprovar uma incorporação é feito de uma forma muito técnica, a gente percebe claramente – e eu sou muito crítico nesse aspecto – de que não há, dentro da apresentação, um viés de não aprovar ou aprovar determinada coisa. É colocada a forma técnica, sem dúvida nenhuma. (Ent. 10).

A sistematização das informações pela SE é de grande importância para o processo de decisão da Conitec, uma vez que o levantamento de dados e informações é fundamental

para se reduzir a incerteza a respeito da situação ou do problema¹³. Assim, evidencia-se a preocupação de buscar e analisar informações sobre a tecnologia pautada para avaliação.

A gente faz outra revisão para ver se tudo que ele [o demandante] colocou ali é tudo ou se ainda existem outros estudos que podem ser contrários, que podem ter resultados diferentes e, portanto, a gente complementa e diz no relatório. (Ent. 1).

Hoje não se avalia nada em termos de gestão, de incorporação de tecnologia, se você não tiver a informação sobre a evidência científica de acurácia, segurança, efetividade, e também de estudos econômicos que mostrem a relação custo-efetividade, custo-benefício da tecnologia. (Ent. 12).

Quanto mais bem informado o representante 'tiver, mais rápido as coisas funcionam. Ele não vai pedir prazo, ele vai já decidir de primeira. (Ent. 1).

A observação das reuniões da Conitec reforça o que foi ouvido nas entrevistas e lido nos documentos. Assim, os membros do plenário, por receberem antecipadamente o relatório inicial preparado pela SE, chegam à reunião munidos de informações necessárias para a tomada de decisão. Além disso, para cada ponto de pauta são apresentados estudos de avaliação das tecnologias, incluindo os estudos econômicos, assim como os resultados das consultas públicas realizadas.

A racionalidade reside, portanto, na escolha dos meios mais apropriados para o alcance de determinados fins, no sentido de obter os melhores resultados. Porém, as pessoas comportam-se racionalmente apenas em função daqueles aspectos da situação que conseguem perceber e tomar conhecimento. Os demais aspectos da situação, que não são percebidos ou não são conhecidos pelas pessoas – embora existam na realidade –, não interferem em suas decisões. Ou seja, as pessoas tomam decisões racionais apenas em relação aos aspectos da situação que conseguem perceber e interpretar^{13,15}.

Vale salientar que, sempre que necessário, são convidados experts na temática em questão, para participarem das reuniões da Conitec, com o propósito de esclarecer dúvidas sobre as tecnologias que estão sendo avaliadas, conforme afirma um dos entrevistados:

[...] já aconteceu várias vezes aqui dentro, entenderem que faltam dados ou faltam complementar dados. Assim, são solicitados mais dados e isso volta para área técnica da Conitec, que pode trazer especialistas, inclusive, para vir falar sobre determinado produto. (Ent. 10).

Outra estratégia importante para reduzir o nível de incerteza na tomada de decisão é a capacitação constante da equipe. Assim, os membros do plenário sempre recebem treinamentos sobre ATS, até porque uma das diretrizes da comissão é justamente a incorporação de tecnologias por critérios técnicos, com base em parâmetros de eficácia, eficiência e efetividade adequados às necessidades de saúde, como evidenciado nas falas a seguir:

Houve um processo de aprendizado do plenário, processo de aprendizado da própria equipe da Conitec quando começou. (Ent. 4).

[...] então, houve uma curva de aprendizado, sim, da própria equipe. Foram feitos vários treinamentos para equipe e para o plenário, em avaliação de estudos econômicos, inclusive, com instrumentos de avaliação. Eles [o DGITS] têm vários parceiros. (Ent. 5).

[...] a Conitec sempre trouxe pra nós uma transferência de conhecimento muito boa. (Ent. 10).

A utilização dos conhecimentos da ATS, tanto pela SE quanto pelos membros do plenário, pode ajudar a reduzir o nível de incerteza do processo decisório e é fundamental para a tomada de decisão sobre a incorporação ou não de tecnologias em saúde para o

SUS. Esses conhecimentos são fortemente utilizados na fase de desenvolvimento e de avaliação das alternativas que compõem o processo de decisão.

Como se percebe pelo exposto acima, nessa primeira etapa do processo decisório, os membros da Conitec coletam e processam uma enorme variedade de informações para caracterizar o problema. A capacidade de coletar e processar tais informações para assegurar as bases para a melhor escolha é limitada, já que não se pode ter acesso a todas as informações existentes sobre a situação e/ou o problema. Assim, a Conitec não tem condição de analisar integralmente toda a situação nem de procurar todas as alternativas. Por isto, coerentemente com o que afirma Simon, os seus membros buscam as soluções mais satisfatórias conforme os seus objetivos.

Portanto, as características do processo de tomada de decisão da Conitec, até aqui apresentadas, aproximam-no bastante do modelo racional de decisão, modificado pelo conceito de racionalidade limitada.

DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Uma vez analisado o problema, os tomadores de decisão passam à segunda etapa do processo decisório, começando a considerar as alternativas de ação cabíveis. No caso da Conitec, analisam-se estudos científicos que demonstrem que a tecnologia pautada é, no mínimo, tão segura, eficaz e custo-efetiva quanto aquelas disponíveis no SUS para a mesma determinada indicação. Caso necessário, são solicitados estudos e pesquisas complementares. As alternativas são assim avaliadas e comparadas, a fim de se escolher a mais adequada à solução do problema identificado, ou seja, a recomendação favorável ou não à incorporação da nova tecnologia ao SUS. A alternativa escolhida será a solução mais satisfatória, de acordo com os critérios técnico-sanitários.

Mais especificamente,

[...] a proposta de incorporação deve conter um conjunto de informações que diz respeito às características técnicas da proposta em si, seja um medicamento, seja um produto, um exame laboratorial. (Ent. 2).

Os fatores avaliados em cada situação geralmente têm a ver com a eficiência, a segurança da tecnologia. Mas não só isso: tem a questão da equidade, da capacidade de um sistema de saúde atender de maneira adequada o número de pessoas. (Ent. 3).

Então, nos baseamos em conhecimentos advindos da ATS. (Ent. 5).

As buscas são realizadas para a obtenção de todo substrato científico, ou seja, revisão extensiva da literatura, análise dos modelos econômicos, para que a decisão seja embasada em evidências científicas. Portanto, a gente não discute opiniões pessoais, a gente discute evidências científicas. (Ent. 7).

Tanto as atas de reuniões quanto os relatórios de incorporação analisados mostram os resultados dos estudos apresentados pelos demandantes, pela equipe do DGTIS ou por *experts* convidados para esclarecerem dúvidas sobre o medicamento em avaliação.

Assim como há, na primeira etapa, a preocupação em se obter todas as informações disponíveis para a análise da situação, na segunda fase, a busca por mais substratos científicos sobre a tecnologia pautada embasará a escolha entre as alternativas de decisão, neste caso, a recomendação da incorporação ou a não incorporação.

Vale ressaltar que, além de utilizar a busca e a avaliação de evidências científicas, para manter a transparência do processo decisório, todas as recomendações da Conitec são postas em consultas públicas, o que foi constatado nas atas de reuniões analisadas, nos relatórios de incorporação emitidos pela comissão e nos depoimentos dos entrevistados, assim como nas observações realizadas.

Ainda que as consultas também possam acontecer na primeira fase do processo de decisão, como estratégia de busca de mais informações para subsidiar a caracterização do problema, elas são mais úteis e mais utilizadas nessa segunda etapa, como estratégia de aprofundamento da avaliação das alternativas disponíveis.

A importância da consulta pública encontra-se, exatamente, na possibilidade de dar voz àqueles que não estão incluídos diretamente no processo de tomada de decisão, sejam eles usuários do sistema público de saúde e seus familiares, profissionais de saúde, instituições de saúde, instituições de ensino, empresas, sociedades médicas, além de organizações não governamentais. Com efeito, existem pontos de vistas sobre determinadas tecnologias que são inerentes aos usuários que as utilizam, aos profissionais de saúde que as prescrevem e que as administram, por exemplo, e que podem não constar nos relatórios apresentados à Conitec.

Nota-se, assim, que a Conitec, antes de tomar uma decisão, analisa com cuidado as alternativas existentes, considerando as consequências de cada uma delas. Considera, ainda, as consequências da incorporação ou não de um dado medicamento biológico para os pacientes que farão uso do mesmo, para o sistema de saúde, para o Estado e para a sociedade. Trata-se realmente de um processo complexo que envolve diversos aspectos técnicos, éticos, econômicos e sociais, e que pode ser influenciado por diversos fatores e atores, externos ou internos à organização.

Vê-se, assim, que, também nessa fase, o processo de tomada de decisão no âmbito da Conitec pode ser equiparado ao modelo racional de decisão, na versão da racionalidade limitada, pois os membros da Conitec têm consciência dos limites das evidências científicas.

[...] do ponto de vista científico, é feita uma busca exaustiva, mas às vezes emergem questões que podem não ter sido contempladas nos estudos avaliados. Acredito que nem sempre a

informação que temos sobre a tecnologia é completa... (Ent. 3).

É óbvio que há situações que envolvem conflitos de interesses, das mais variadas ordens. Os conflitos econômicos, representados por aqueles que produzem a tecnologia, disputam o mercado de tecnologias equiparáveis. Portanto, os membros da Conitec devem ter a maturidade suficiente para sempre ter o interesse da população acima dos interesses pessoais. E quando eu digo pessoal, não é pessoal dos membros da Conitec, mas dos sujeitos, dos interesses conflituosos. (Ent. 7).

IMPLEMENTAÇÃO E MONITORAMENTO DA DECISÃO

A terceira etapa do processo de decisão da Conitec se refere à implementação e ao monitoramento da decisão, que começam com a apresentação de relatório da recomendação de incorporação ou não da tecnologia em pauta. Neste relatório constam dados sobre a doença, a tecnologia, a análise da evidência apresentada pelo demandante, a discussão das evidências científicas encontradas pela comissão, a análise de impacto orçamentário, os dados da consulta pública e a deliberação final da Conitec.

Concluído o relatório da Conitec, o processo é encaminhado, pela SE, à SCTIE para decisão final. Esta pode solicitar a realização de audiência pública antes de sua decisão, conforme a relevância da matéria.

Na hipótese de realização de audiência pública, pode o secretário requerer a manifestação, em regime de prioridade, do plenário da Conitec sobre as sugestões e contribuições apresentadas. Caso se trate de requerimento de constituição ou de alteração de protocolo clínico ou diretriz terapêutica, o secretário deve submetê-lo à manifestação do titular da secretaria responsável pelo programa ou ação, conforme a matéria⁶.

Por fim, o ato decisório do secretário da SCTIE sobre o pedido formulado no

requerimento administrativo é publicado no Diário Oficial da União, sendo que o Ministro de Estado da Saúde pode confirmar, modificar, anular ou revogar, total ou parcialmente, a decisão recorrida em até 30 dias, prazo prorrogável mediante justificativa expressa, por igual período de tempo.

O Decreto nº 7.646/2011⁶ traz, ainda, que, a partir da publicação da decisão de incorporar a tecnologia em saúde, ou protocolo clínico e diretriz terapêutica, as áreas técnicas terão prazo máximo de 180 dias para efetivar a oferta da tecnologia pelo SUS.

Com relação ao monitoramento da decisão, conforme o Balanço Conitec 2012-2014²², em 2013, foi iniciada a atividade de monitoramento das tecnologias incorporadas no SUS, que compreendeu a construção de um banco de dados com informações relevantes para o acompanhamento dessas tecnologias, a seleção de indicadores para avaliar o processo de oferta e a produção de relatórios específicos, que devem abranger as informações sobre: a tecnologia, a decisão, os prazos para a oferta, a logística, o financiamento, a aquisição, o impacto orçamentário e o consumo.

Enfim, o banco de dados, os relatórios e os indicadores que permitem monitorar e avaliar o processo de incorporação de tecnologias no SUS e propiciar a produção de informações estratégicas para subsidiar a Conitec em futuras avaliações e recomendações de incorporação²² são indicações claras de que o processo de decisão da Conitec, também nessa terceira etapa, está pautado na racionalidade técnico-sanitária que tem a forma do modelo racional de decisão.

Sem dúvida, é importante que a decisão de recomendar a incorporação ou a não incorporação de uma tecnologia em saúde esteja baseada na racionalidade técnico-sanitária, dado que a Conitec tem como principal objetivo, em última instância, contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas que dependem do sistema de saúde. Deste modo, é preciso, acima de tudo, pensar em

incorporar tecnologias que levem em conta o perfil epidemiológico da população e que sejam realmente seguras e eficazes para os indivíduos que delas farão uso.

Além disso, a tomada de decisão é necessariamente influenciada pela racionalidade econômica, visto que a decisão deve levar em consideração a sustentabilidade do sistema público de saúde. Assim, além de seguras e eficazes, as tecnologias em saúde precisam ter uma relação custo-efetividade superior às alternativas já disponibilizadas pelo SUS.

Vale mencionar, contudo, que os aspectos econômicos são considerados menos importantes do que os aspectos técnico-sanitários, como pode ser verificado nas falas a seguir:

Sem dúvida alguma, a questão do impacto orçamentário e a possibilidade de financiamento pelo SUS têm que ser levadas em consideração, mas isso não é decisivo para uma recomendação. A gente nunca deixou de incorporar alguma coisa pensando que seria só uma questão de orçamento, o limite nunca foi esse. (Ent. 13).

A análise da Conitec não é a análise do orçamento disponível. Em princípio, não cabe à Conitec, em sua análise, incorporar ou deixar de incorporar pela existência ou não de disponibilidade orçamentária. Isso caberia ao gestor federal do SUS. (Ent. 2).

Apesar dos aspectos técnico-sanitários e econômicos serem determinantes para as decisões da Conitec, eles não são os únicos elementos levados em consideração no momento de definição quanto a uma recomendação sobre incorporação ou não de uma dada tecnologia.

Com efeito, ao serem questionados sobre outros aspectos que poderiam influenciar o processo de decisão da Conitec, alguns entrevistados admitiram que existem conflitos de interesse e que os membros do plenário devem saber lidar com estes para que não exerçam algum tipo de pressão indevida nas tomadas de decisão.

Todos têm influência, e todos têm os seus conflitos de interesse, então, isso tudo tem que ser dosado na hora de tomar decisão. É como eu disse: a evidência científica, a relevância clínica que é o principal, porque os interesses pessoais, os interesses de cada ator... Isso é legítimo, cada um tem o seu e a gente, aqui no plenário, tem que tentar dosar isso e contrapor com a evidência que está disponível. (Ent. 6).

O que fica evidente nesse depoimento é que os membros da Conitec têm consciência de que o processo decisório pode sofrer influências de interesses particulares.

Esse tipo de influência está presente no processo decisório e, de certo modo, interesses diferentes daqueles voltados ao bem comum podem, em tese, afetar as escolhas da Conitec.

Vale destacar que, dos atores interessados na incorporação de novas tecnologias, as empresas fabricantes, importadoras ou distribuidoras mantêm estratégias agressivas de *marketing/lobbies* junto aos médicos e/ou ao público para a promoção do uso e a disseminação de novas tecnologias.

Na percepção do entrevistado 3, o processo de incorporação de tecnologia, sem desconsiderar o aspecto técnico-assistencial, envolve um jogo de venda de serviços e de produtos para o MS. Então, toda empresa que tem um produto que pode ser interessante para o SUS, vai, de algum modo, tentar influenciar o processo decisório. Assim, utiliza-se do convencimento acadêmico, das publicações científicas, dos grupos de pacientes e de todos os canais possíveis para sensibilizar em relação àquela necessidade do uso da nova tecnologia. Neste jogo de poder, a empresa pode até criar uma nova necessidade em saúde.

Então, é basicamente um jogo de duas pontas: uma que está vendendo e outra que está comprando um serviço, um produto, uma tecnologia. (Ent. 3).

A criação de novas necessidades em saúde é discutida, por exemplo, no campo da saúde

coletiva, no qual alguns autores enfatizam a existência de uma abordagem predominante de necessidades de saúde como se fossem sinônimos de necessidades de tecnologias ou de serviços de saúde¹⁷. Outros ainda afirmam que essa confusão traz implícita a compreensão de que as necessidades de saúde são supridas, necessariamente, pelos serviços de saúde, reforçando a expansão do consumo de produtos, serviços e procedimentos²³.

Na opinião do entrevistado 7, a indústria de tecnologias de saúde é uma das maiores e das mais lucrativas, portanto, os conflitos são muito grandes. Assim, para participar de uma comissão que toma decisões relativas à incorporação tecnológica, os membros devem conhecer os limites entre o bom e o mau uso, o desperdício e o valor real de uma tecnologia.

Para outros entrevistados, o fato da Conitec possuir uma certa heterogeneidade na sua composição torna o processo de decisão mais equilibrado.

Então, esses interesses, essa correlação de forças, a própria pluralidade do plenário ajuda a equilibrar essas influências. (Ent. 8).

Em todas as relações humanas, você vai ter sempre algumas questões ideológicas ou pessoais que vão influenciar em determinadas situações. O importante é você ter todas as visões dentro do mesmo lugar. Se você tiver isso, você anula os conflitos de interesse, o que é o caso dessa casa aqui. (Ent. 10).

O desenho da Conitec incorporou um pouco dessa representação social. A presença dessas pessoas traz outra dimensão e isso não se refere ao voto em si, mas se refere ao conteúdo da discussão que é realizada no plenário da Conitec. (Ent. 2).

A gente tem aqui um certo equilíbrio entre atores e pessoas preparadas para identificar eventuais vieses ou buscar informações adicionais que respaldem a sua colocação e a sua decisão. Existe um certo equilíbrio bastante importante aqui dentro. (Ent. 11).

A diversidade de sujeitos que compõem a comissão parece atuar como um elemento facilitador do processo de tomada de decisão da Conitec. Para os entrevistados, é exatamente a diversidade que proporciona um equilíbrio e uma certa segurança aos membros do plenário, visto que diversas questões podem ser consideradas a partir da colocação dos conhecimentos e das opiniões dos diversos atores envolvidos na decisão, o que pode ser observado também nas reuniões.

Outro elemento que pode minimizar os conflitos de interesse dos diversos *stakeholders* e, assim, legitimar o trabalho da Conitec é a transparência com que as ações são realizadas (exigidas pela Lei nº 12.401/2011 e pelo Decreto nº 7.646/2011)^{6,7}. Assim, todo o processo de incorporação de tecnologias em saúde é de acesso público e colocado em consulta pública antes da decisão final.

De fato, a racionalidade política, como pode ser observado, é um elemento importante no âmbito do processo de decisão da Conitec, considerando que, apesar de seus membros adotarem um modelo de decisão de racionalidade limitada, embasado nas racionalidades técnico-sanitária e econômica, deparam-se com determinadas correlações de forças emanadas, muitas vezes, dos distintos interesses que permeiam o processo de incorporação de tecnologias ao Sistema Único de Saúde.

Conclusões

A análise do processo de decisão desenvolvido pela Conitec permitiu identificar

a coexistência de três tipos de racionalidades acionadas pelos seus membros: a racionalidade técnico-sanitária e a racionalidade econômica, respaldadas nos instrumentos normativos que regulamentam o processo de incorporação de tecnologias em saúde no SUS, e a racionalidade política, que foi evidenciada nas falas dos participantes entrevistados.

Enfim, a análise da legislação específica, das atas de reuniões, dos documentos produzidos pela Conitec, das entrevistas e dos registros de observação permitiu que se concluísse que o processo de tomada de decisão da Conitec pode ser visto como coerente com o modelo de decisão racional, modificado pela racionalidade limitada e pelo modelo político de decisão.

Na prática, a sólida legislação que orienta a avaliação das demandas de incorporação no SUS – e sua estrita observância pela Conitec no período analisado – é o que determinou o predomínio da racionalidade técnico-sanitária do processo de decisão da Conitec.

Colaboradores

Souza KAO contribuiu substancialmente para a concepção, o planejamento a análise e a interpretação dos dados; significativamente na elaboração do rascunho; participou da aprovação da versão final do manuscrito. Souza LEPF contribuiu na concepção e planejamento do artigo, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Scheffer MC. Aids, tecnologia e acesso sustentável a medicamentos: a incorporação dos anti-retrovirais no Sistema Único de Saúde [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2008. 255 f.
2. Cowan J, Berkowitz D. Technology Assessment at work: Part I – Principles and a case study. *Physician Executive*. 1996; 22:5-9.
3. Davison SN. Technological Cancer: It's causes and treatment. *Health Care Forum J* 1995; 52-58.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 152/GM/MS de 19 de janeiro de 2006. Institui o fluxo para incorporação de tecnologias no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*. 19 Jan 2006.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União*. 28 Abr 2011.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo Sistema Único de Saúde – SUS, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 21 Dez 2011.
7. Brasil. Ministério da Saúde, Portaria GM/MS nº 2.009/2012 que aprova o Regimento Interno da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. *Diário Oficial da União*. 13 Set 2012.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Portaria nº 27. Aprova o fluxo de trabalho para elaboração e atualização dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas no âmbito da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*. 12 Jun 2015.
9. Viana ALD, Silva HP, Elias PEM. Economia política da saúde: introduzindo o debate. *Divulg. Saúde debate*. 2007; (37):7-20.
10. Guimarães R. Incorporação tecnológica no SUS: o problema e seus desafios. *Ciênc Saúde Colet*. [internet]. 2014; 19(12):4899-4908.
11. Laranjeira FO, Petramale CA. A avaliação econômica em saúde na tomada de decisão: a experiência da Conitec. *BIS, Bol. Inst. Saúde* [internet]. 2013 maio; 14(2):165-170.
12. Evelinda T, Martins PN, Zanberlan AG et al. Experiência da Rede Paulista de ATS na parceria com a Conitec. *Rev. Eletrôn. Gestão Saúde*. 2015; 6(4):3297-3312.
13. Chiavenato I. *Administração em novos tempos*. 2. ed. Rio de Janeiro: Campus; 1999.
14. Chiavenato I. *Introdução à Teoria Geral da Administração*. 8. ed. São Paulo: Makron; 2011.
15. Einsenhardt KM, Zbaracki MJ. Strategic Decision Making. *Strategic Management J*. 1992; 13(esp):17-37.
16. Simon HA. *Comportamento Administrativo. Estudo dos Processos Decisórios nas Organizações Administrativas*. Rio de Janeiro: FGV; 1979.
17. Mota FCP, Vasconcelos IFG. Os processos decisórios nas organizações e o modelo Carnegie. IN: Mota FCP, Vasconcelos IFG. *Teoria Geral da Administração*. 3. ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning; 2006. p. 95-121.
18. Lindblon CE. *O Processo de Decisão Política*. Brasília, DF: UNB; 1981.
19. Paim JS, Almeida Filho N. Análise da situação de saúde: o que são necessidades e problemas de saúde? In: Paim JS, Almeida Filho N. *Saúde Coletiva*:

- Teoria e Prática. 1. ed. Rio de Janeiro: Medbook; 2014. p. 29-40.
20. Organization for Economic Co-operation and Development. Health technologies and decision making. Paris: OECD; 2005.
21. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Balanço Conitec 2012-2014. Brasília, DF: MS; 2014.
23. Campos CMS, Bataiero MO. Necessidade de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. Interface. 2007; 11(23):605-618.

Recebido em 09/07/2018

Aprovado em 18/09/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Ministério da Saúde (Chamada MCTI / CNPq / CT-Saúde / MS / SCTIE / Decit N ° 41/2013)

As ações judiciais contra a Vigilância Sanitária: pode-se falar de ‘judicialização’?

The lawsuits against Health Surveillance: can one speak of ‘judicialization’?

Aliana Ferreira de Souza Simões¹, Luis Eugênio Portela Fernandes de Souza²

DOI: 10.1590/0103-11042018S205

RESUMO O estudo tem por objetivo analisar as ações ajuizadas contra um serviço de Vigilância Sanitária municipal, à luz do fenômeno da judicialização da saúde. Trata-se de um estudo de caso que teve como fonte documental os processos judiciais relativos à Vigilância Sanitária do município de Salvador, no período de 2000 a 2017. Foram analisadas 50 ações, sendo que 90% tiveram a forma de mandados de segurança, 28% referiram a presença de débitos tributários como principal objeto de discussão e 72% pleitearam a concessão do alvará de saúde, que foi concedido na maioria das decisões. Evidenciou-se que o interesse econômico particular permeia as motivações, os argumentos e a fundamentação dos autores, assim como a fundamentação das decisões e sentenças. Os resultados indicam que não se pode falar de ‘judicialização da Visa’, no sentido de que o Poder Judiciário estaria assumindo algum protagonismo na definição das ações de Vigilância Sanitária. Ademais, indicam que é necessário reestruturar o modelo de atenção da Vigilância Sanitária, a fim de proporcionar alternativas administrativas para a resolução de conflitos.

PALAVRAS-CHAVE Vigilância Sanitária. Decisões judiciais. Judicialização da saúde. Direito à saúde.

ABSTRACT *The objective of this study is to analyze the lawsuits filed against a municipal Health Surveillance service, in the light of the phenomenon of health judicialization. It is a case study that had as documentary source the judicial processes related to Health Surveillance of the municipality of Salvador, from 2000 to 2017. Fifty actions were analyzed, 90% of which were in the form of injunctions, 28% reported the presence of tax debts as the main object of discussion and 72% requested the granting of the health permit, which was granted in most decisions. It was evidenced that the particular economic interest pervades the motivations, the arguments and the reasoning of the authors, as well as the basis of the decisions and sentences. The results indicate that one cannot speak of ‘judicialization of the Health Surveillance service’, in the sense that the Judiciary branch of the government is assuming some protagonism in the definition of Health Surveillance actions. In addition, they indicate that it is necessary to restructure the Health Surveillance way of working, in order to provide administrative alternatives for the resolution of conflicts.*

KEYWORDS Sanitary Surveillance. Judicial decisions. Judicialization of health. Right to health.

¹Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil. Secretaria Municipal da Saúde – Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4307-6067>
alianasimoes@hotmail.com

²Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3273-8873>
luisugenio@ufba.br



Introdução

As ações da Vigilância Sanitária (Visa) envolvem relações de natureza jurídico-política, econômica e médico-sanitária historicamente construídas. Sua atuação é uma atividade típica do Estado, pertencente à Administração Pública e indelegável a entidades privadas, com poder de polícia, de caráter preventivo, que tem a finalidade de assegurar a supremacia do interesse público e social sobre o particular^{1,2}.

A Visa, como componente do Sistema Único de Saúde (SUS), é compreendida como um conjunto de práticas sanitárias e saberes capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde decorrentes do processo de produção-circulação-consumo de bens e serviços, que, direta ou indiretamente, relacionem-se com a saúde, denotando, assim, sua abrangência e sua natureza essencialmente de prevenção e com atividade regulatória ao atuar no controle desses riscos³⁻⁵.

Nessa perspectiva, a vigilância busca, a partir da elaboração de normativas, o estabelecimento de regras para o exercício de uma prática sanitária focada na avaliação, no gerenciamento e na comunicação dos riscos reais e potenciais, em sua diversidade de objetos, ancorados na ética da responsabilidade das práticas da Visa, que são fundamentadas nos princípios e nas diretrizes do sistema de saúde instituídos através dos artigos 196, 198 e 200 da Constituição Federal de 1988 (CF/88)⁶⁻⁸.

A vigilância busca, ainda, a ampliação de sua atuação para promoção da saúde, melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e pleno exercício de cidadania, com vistas à garantia do direito à saúde ao intensificar as ações sobre os determinantes sociais em sua prática, superando o modelo centrado no atendimento da demanda espontânea, originada do segmento produtivo ou de denúncias e emergências sanitárias, constituído, fundamentalmente, por interesses econômicos e políticos particulares que se sobrepõem, na maioria das vezes, aos interesses e necessidades da maioria da população⁹⁻¹¹.

A relação da Visa com as empresas prestadoras de serviços ou produtoras de bens de

interesse da saúde é permeada, muitas vezes, por tensões e conflitos, pois o interesse público de proteção da saúde deve prevalecer sobre o interesse particular, mesmo que as ações desenvolvidas pela Visa para a proteção da saúde repercutam em perdas econômicas de particulares. No entanto, pode ser observado que, às vezes, o interesse econômico privado se sobrepõe ao interesse sanitário coletivo, manietando as atividades da Visa e, assim, potencializando os riscos à saúde da população¹².

Enfim, esses conflitos, como bem lembra Sá¹³, podem ser intensos, dadas as magnitudes potenciais dos ganhos econômicos e dos riscos para a saúde. Esses conflitos, quando não resolvidos pelos agentes diretamente envolvidos ou na ausência de mecanismos para a sua gestão eficaz, podem ser levados ao Poder Judiciário.

O recurso ao Judiciário para a discussão dos conflitos político-sociais pode ser definido como judicialização. Essa discussão no campo do direito confere ao Judiciário a centralidade no processo de resolução de conflitos políticos e sociais, podendo ser utilizado como um instrumento para a formação de políticas públicas para a garantia de direitos¹⁴. Pode-se perceber nessa definição uma dupla dimensão: a judicialização como o ingresso em juízo de determinada causa, indicando certa preferência do autor por esse tipo de via, e a judicialização como protagonismo do Poder Judiciário no âmbito das relações sociais e políticas¹⁵.

A questão que se coloca, então, é: em que medida o caráter dessas ações judiciais tem feito do Poder Judiciário um protagonista da Visa, permitindo que se fale de judicialização da Visa?

Diante disso, o estudo teve como objetivo analisar as ações ajuizadas contra a Visa do município de Salvador, no período de 2000 a 2017. Essa análise incluiu: (a) a descrição da atividade desenvolvida pelo autor, o objeto de litígio e pedido do autor; (b) a apreciação das motivações que impulsionaram os autores a ajuizarem ações contra a Visa do município de Salvador, no período; e (c) a discussão sobre a influência do Poder Judiciário no desenvolvimento das atividades de vigilância.

Métodos

Trata-se de estudo de caso cujas unidades de análise foram as ações judiciais ingressadas contra a Visa do Município de Salvador, no período de 2000 a 2017. Os dados foram coletados de fontes primárias, ou seja, das ações judiciais disponíveis, em inteiro teor, no sítio do Tribunal de Justiça do Estado da Bahia, pela consulta eletrônica, constituindo-se como uma consulta pública.

As palavras-chave utilizadas para a busca foram: vigilância sanitária, secretaria de saúde, vigilância, saúde, Salvador, combinadas, tanto para o campo específico da primeira instância como da segunda instância. Os processos que ainda não tinham passado pelo processo de digitalização pelo Tribunal de Justiça, no período da coleta de dados, foram cedidos pela Procuradoria Geral do Município de Salvador.

As informações foram coletadas no período de outubro de 2017 a janeiro de 2018 por meio de um roteiro para coleta de dados construído a partir de outro instrumento já validado¹³. Os processos judiciais foram analisados de acordo com as categorias: caracterização dos autores e do processo, do pedido e da decisão, da manifestação da defesa e do julgamento.

O *software* Microsoft Office Excel foi utilizado para a construção do banco de dados e sua posterior tabulação, com elaboração de gráficos e tabelas através da distribuição de frequências simples e relativas.

Por tratar-se de uma pesquisa de análise documental, a execução dos procedimentos de coleta de dados foi iniciada após a autorização formal da Secretaria de Saúde do Município de Salvador e da Procuradoria Geral do Município de Salvador.

Vale mencionar que a pesquisa se limitou aos processos judiciais, não sendo possível estimar o que representam em termos de proporções de ações desenvolvidas como concessões de alvarás ou do número de estabelecimentos sujeitos a essas ações, pois essas informações não são disponibilizadas.

Caracterização das ações judiciais contra a Vigilância Sanitária

Com a análise das ações judiciais, observa-se que 90% tiveram a forma de mandados de segurança e que prevaleceram empresas de médio e grande porte como proponentes das ações. Em 62% das ações ajuizadas, as atividades desenvolvidas pelos autores estão classificadas como serviço de saúde. Desses serviços, 48,4% são de optometria, 22,6% de clínicas e 19,3% de drogarias. Entre os serviços de interesse à saúde, o comércio varejista de alimentos (21%), seguido do comércio atacadista de produtos médico-hospitalares e medicamentos (15,8%) e do segmento de hotelaria (10,5%) foram os mais prevalentes.

Vale destacar que 46% das atividades desenvolvidas pelas empresas de médio e grande porte – as que mais ingressaram com ações contra a Visa de Salvador – se enquadram em atividades de alto risco sanitário, de acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC nº 153/2017)¹⁶. São estabelecimentos que, em decorrência do exercício de sua atividade econômica, possuem potencial para causar danos aos indivíduos e ao meio ambiente.

Segundo Bastos¹⁷, até 1998, a Visa municipal desenvolvia atividades exclusivamente de baixa complexidade. A partir dessa data, outras atividades ficaram sujeitas ao monitoramento da Visa de Salvador, tais como o controle sanitário do transporte e do comércio de produtos – saneantes, cosméticos, higiene pessoal, medicamentos –, óticas e serviços de saúde que não desenvolvessem procedimentos invasivos. Em 1999, com a publicação da Lei nº 5.504/1999, foi instituído o Código Municipal de Saúde que disciplina as ações e contém informações relativas ao monitoramento dos serviços que estão sujeitos ao controle da Visa¹⁸.

A partir da análise dos dados coletados, pode-se inferir que o processo de descentralização das ações do sistema de Visa influenciou o objeto das demandas pleiteadas no Judiciário. Com efeito, até o ano de 2006, as ações tinham

como objetos pleitos advindos do setor de drogarias e outros segmentos de baixa complexidade, como clube, restaurante, supermercado e clínica médica sem procedimentos invasivos.

A partir de 2006, a Visa municipal amplia seu leque de atuação para atividades inseridas na média e alta complexidade e de alta densidade tecnológica pactuadas com a Visa estadual por meio de Termo de Ajuste e Metas (TAM)¹⁹. Nesse momento, surgem as ações advindas de setores de média ou alta complexidade, como clínicas, laboratórios, serviços de imunização, comércios atacadistas, lavanderia hospitalar, entre outros.

Esse processo de descentralização deflagra a necessidade de estruturação dos serviços de Visa no que tange à sua capacidade organizativa e de funcionamento, de gestão e de alocação de recursos financeiros²⁰. Para Cohen, Moura e Tomazelli²¹, atrelada à descentralização, há o incremento na oferta de serviços, a reorganização do modelo de atenção ou, ainda, a revisão das formas da relação público-privado.

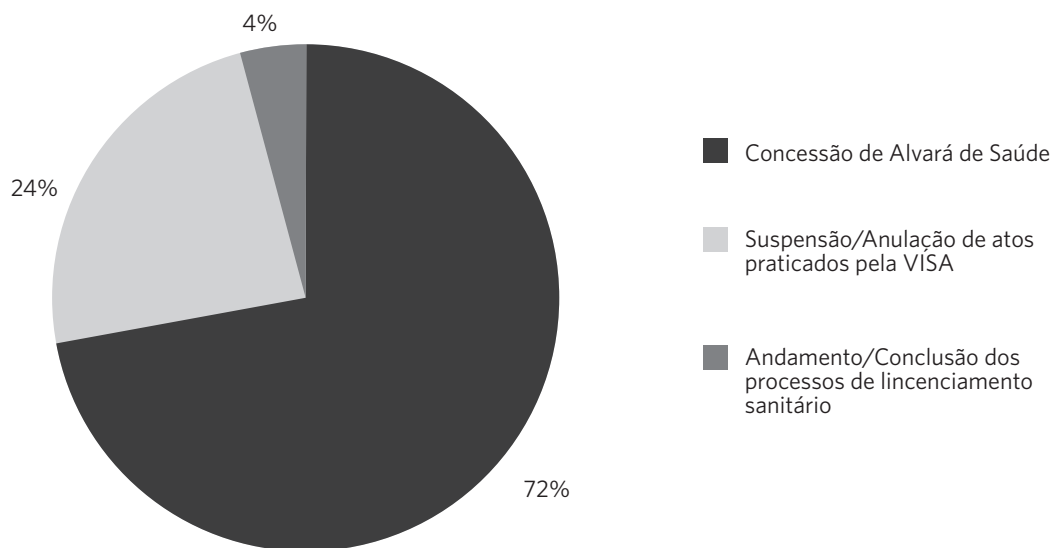
Com efeito, o processo de descentralização

das ações de Visa põe sob a responsabilidade do município um número maior de empresas de maior complexidade tecnológica, exigindo que a vigilância municipal modifique suas rotinas operacionais e organizacionais para atender às novas demandas.

Até 2010, a maioria absoluta das ações (58,3%) tinha como objeto de litígio questionamentos referentes a condutas adotadas pela Visa, enquanto, no período de 2012 a 2015, a maior parte (34,5%) apresentava como reclamação principal a exigência da quitação de débitos tributários municipais para a concessão de alvarás. Já os anos de 2016 e 2017 apresentaram, em 87,5% das ações, questionamentos de profissionais de optometria. Do total de ações, em todo o período (2000-2017), 28% tiveram como principal demanda a questão dos débitos tributários.

Com relação ao pedido do autor, 72% das ações pleiteavam a concessão do alvará de saúde, 24% a suspensão ou a anulação de atos praticados pela Administração Pública e 4% solicitavam o andamento e a conclusão dos processos de licenciamento sanitário (*gráfico 1*).

Gráfico 1. Pedido do autor nas ações instauradas contra a Vigilância Sanitária do município de Salvador, no período de 2000 a 2017. (n=50)



Fonte: Elaboração própria, baseado em processos judiciais relativos à Vigilância Sanitária do município de Salvador, no período de 2000 a 2017.

A Administração Pública, no exercício de sua função, pratica atos administrativos que produzem efeitos jurídicos imediatos, com observância da lei. Na Visa, a licença é o ato administrativo unilateral e vinculado concedido àqueles que atendam aos requisitos legais inerentes ao exercício de uma atividade sujeita à fiscalização da Visa. Essa licença é concedida por meio de um instrumento, o Alvará².

Para a Visa, o alvará de saúde é um documento que formaliza que o estabelecimento possui licença sanitária para o exercício da atividade econômica. Essa licença é solicitada em negociações de empresas para contratação de planos de saúde, para firmar convênio com o SUS; é um requisito para a participação em processos licitatórios e necessária para aquisição de alguns medicamentos e produtos de saúde, entre outros.

No município de Salvador, de acordo com o artigo 218 da Lei Municipal no 5.504/1999, a licença sanitária é concretizada com a emissão do Alvará de Saúde, que possui validade de um ano. Dessa forma, todos os estabelecimentos sujeitos à fiscalização da Visa devem passar pelo processo de licenciamento, anualmente. Ademais, o rito processual

do processo administrativo sanitário municipal é disciplinado pela referida lei nos artigos 220 ao 264¹⁸.

Esse grande volume de demandas relacionadas à concessão de alvará indica que a Administração Pública não está conseguindo atender a uma das atribuições básicas de sua competência. Note-se que essas demandas não mencionam quaisquer elementos relacionados às questões sanitárias dos serviços. Pelo contrário, apresentam, sobretudo, elementos relacionados aos débitos tributários. A alta frequência dessa situação pode valorizar em demasia a licença sanitária, em detrimento do real papel da Visa, o controle sanitário.

Entre os processos analisados, 64% das ações obtiveram resultados em decisão liminar, sendo prevalentes, em 75% das causas, resultados favoráveis ao autor. Dos resultados favoráveis ao autor, 75% foram para obtenção de alvarás sanitários, que foram concedidos liminarmente. Tais dados ratificam a supervalorização da licença sanitária e a emissão do documento, em detrimento do monitoramento das atividades desenvolvidas pelos estabelecimentos (*tabela 1*).

Tabela 1. Características processuais das ações ajuizadas contra a Vigilância Sanitária do município de Salvador, no período de 2000 a 2017

Características processuais	N	(%)
Resultado das ações judiciais em decisão liminar	32	64
Favorável ao autor	24	75
Favorável à Visa	8	25
Resultado das ações em sentença	28	56
Procedente	9	32,2
Procedente parcialmente	1	3,6
Improcedente	12	42,8
Extinção do processo	6	21,4
Momento da decisão e do julgamento (n=50)		
Antes da contestação da Visa	22	44
Após a contestação da Visa	26	52
Sem contestação da Visa	02	4

Tabela 1. (cont.)

Tramitação do processo (n=50)		
Com decisão liminar	14	28
Com sentença	28	56
Sem decisão ou julgamento	08	16
Recursos	17	34
1º Grau	03	17,6
2º Grau	11	64,7
STJ* e STF**	03	17,6

Fonte: Elaboração própria, com base em processos judiciais relativos à Vigilância Sanitária do município de Salvador, no período de 2000 a 2017.

* Superior Tribunal de Justiça (STJ).

** Supremo Tribunal Federal (STF).

Uns poucos magistrados destacaram, em suas decisões, a necessidade de observância das condições sanitárias do estabelecimento, preservando a autonomia do órgão de Visa em exercer a sua atribuição. Salientam que, caso todos os requisitos legais tenham sido cumpridos, não haja impedimentos para o licenciamento sanitário. No entanto, o que prevaleceu foram decisões determinando a emissão imediata do alvará de saúde.

Posto isto, defiro a liminar pleiteada, determinando que o Subcoordenador de Vigilância Sanitária, renove, provisoriamente, o alvará de saúde da empresa [...], no prazo de 48 (quarenta e oito) horas [...]. (Ação judicial 18).

Isto posto, CONCEDO A LIMINAR para determinar que as impetradas, em 24hrs, concedam o Alvará de Localização e Funcionamento, bem como o Alvará Sanitário em favor das impetrantes [...]. (Ação judicial 29).

Em contrapartida, no julgamento em sentença, em 42,8% das causas, o pedido do autor foi julgado improcedente, em alguns casos, revogando-se as liminares. Os julgados procedentes foram em torno de 35,8%, concedendo os pedidos realizados pelos autores. Esses achados assemelham-se aos de Sá¹³, que apresenta, em 51,35% das ações, sentenças favoráveis à Agência Nacional de

Vigilância Sanitária (Anvisa) e, em 33,6% das sentenças, resultados favoráveis ao autor.

Processos extintos foram da ordem de 21,4%, decorrentes de resolução da demanda pleiteada por meios externos ao judicial, da perda do objeto de litígio ou de não atendimento aos requisitos processuais exigidos pelo tipo de ação ingressada. Esse valor apresenta-se superior ao encontrado por Sá¹³, que foi de 11%.

Com relação ao momento da decisão e do julgamento, em 52% dos casos, a decisão ocorreu após a contestação da Visa, em que esta apresenta argumentos e fundamentos que podem subsidiar a decisão do juiz. Esse valor não se apresenta significativo, pois grande percentual das ações (44%) foi decidido antes mesmo de a Administração Pública apresentar sua contestação, e, em 4%, não houve contestação da Visa. Logo, percebe-se o elevado percentual de decisões sem essa peça processual, não oportunizando, previamente, que a autoridade coatora preste as devidas informações para, posteriormente, haver a apreciação do pedido. Os resultados demonstram que 63,6% das ações que tiveram liminares favoráveis ao autor, com decisão antes da manifestação da Visa, foram julgadas improcedentes nas sentenças.

Evidencia-se que, em algumas situações, os autores omitiram informações, como a existência de notificação por parte da Visa a

respeito de inspeção realizada no local, apresentando apenas elementos relacionados aos débitos tributários, com o possível intuito de obter vantagens indevidas no processo. Essa atitude deve ser refutada por caracterizar-se como litigância de má-fé, e seus proponentes devem ser responsabilizados.

Ao analisar a tramitação dos processos, constata-se que apenas 56% possuem sentença. Muitas ações (28% do total de 50) recebem resultados em caráter liminar. O mais importante a destacar é que, das decisões ainda não julgadas quanto ao mérito, 78,6% tiveram liminares desfavoráveis à Visa, com a maioria determinando a emissão do alvará de saúde.

A fundamentação utilizada nas decisões e sentenças teve predomínio da CF de 1988, com referências aos princípios da Administração Pública e artigos que asseguram direitos e garantias fundamentais relacionados à atividade econômica. Essa fundamentação evidencia a relevância dada às questões econômicas individuais em detrimento da discussão do interesse público – os quesitos sanitários dos estabelecimentos. Prevalece a liberdade do exercício da atividade e do livre comércio para que as empresas não sejam acometidas por prejuízos financeiros. Todavia, não são, na grande maioria, feitas ressalvas à prática dessas atividades em consonância com as exigências sanitárias para o adequado funcionamento dos estabelecimentos.

Essas decisões e sentenças podem estar sendo influenciadas pelo modelo tradicional de atuação da Visa, caracterizado por práticas sanitárias centradas no atendimento da demanda espontânea – licenciamento de estabelecimentos –, em detrimento do gerenciamento de riscos. Para Araújo²², esse modelo é marcado por características burocráticas e fiscalizatórias, atuação com rigidez, centralizadora e sem priorização de riscos, reduzindo suas práticas ao poder de polícia. Com efeito, essa conformação compromete a eficácia das ações de proteção da

saúde, contribuindo para a ineficiência dos serviços de Visa.

Nesse modelo tradicional, as práticas são focadas no produto ou serviço, desarticuladas, descontextualizadas e individualizadas. Refletem a fragilidade do planejamento e da organização das práticas, além de não considerarem como relevante para o seu direcionamento, além do contexto econômico, o contexto social e cultural em que o objeto está inserido, nem os sujeitos envolvidos no processo.

Assim, pode-se inferir que predomina no Judiciário a compreensão de que a relação estabelecida entre as empresas e a Visa é predominantemente uma relação mercantilista. Esse posicionamento coloca em um plano inferior de discussão as particularidades e a complexidade da prática sanitária para a redução de riscos e danos à saúde da população e ao meio ambiente.

As normativas específicas da Visa são pouco utilizadas pelo Poder Judiciário. Tanto o Tribunal de Justiça da Bahia como os demais tribunais se amparam em legislações mais gerais e abrangentes na fundamentação dos julgamentos e buscam a valorização do livre exercício da atividade econômica e da livre concorrência.

Em algumas sentenças, não foram discorridas pelos magistrados as razões que fundamentaram o seu julgamento. Há a narração do histórico do debate processual e a apresentação do posicionamento adotado referenciando a decisão e o parecer opinativo do Ministério Público, que já constavam nos autos do processo, para ratificar seu entendimento.

No entanto, cumpre ao juiz motivar sua decisão, sendo necessário expor os fundamentos de fato e de direito que geraram sua convicção, para a construção das bases lógicas das partes decisórias das sentenças. Apesar de dissenso entre a jurisprudência do Supremo Tribunal Federal (STF) e a do Superior Tribunal de Justiça (STJ), Theodoro Júnior²³ acorda com a orientação do STJ, por considerar ser mais condizente com os requisitos do processo constitucional

justo, ao fazer a ressalva de que cabe ao julgador fazer o enquadramento do pleito nas normas legais aplicáveis, mesmo que seja para afastar o cabimento do seu uso no caso específico, versando com transparência a sua motivação e a sua decisão.

Um percentual de 16% das demandas estava sem decisão ou julgamento. Esse valor é superior, em quase quatro vezes, ao apresentado por Sá¹³, que foi da proporção de 3,9% das ações propostas. Esses dados podem significar que o autor abandonou a causa ou que o juiz ainda não reuniu condições necessárias para a emissão de seu julgamento, ou podem, ainda, evidenciar morosidade no Poder Judiciário.

O recurso a instância superior foi pouco utilizado nas ações, estando presente apenas em 34% delas. Da totalidade de recursos, 64,7% foram instaurados na segunda instância e apenas 17,6% progrediram para o nível federal.

Motivações dos autores das ações judiciais

As motivações dos autores podem ser elencadas em três categorias: aspectos da prática sanitária – relacionados à discordância do autor com relação aos atos praticados ou às condutas adotadas pela Visa; aspectos organizacionais – atrelados à morosidade da Administração Pública em atender ao pedido de licenciamento do estabelecimento; e aspectos administrativos ou burocráticos – relacionados à recusa ou negativa de protocolar pedido de licenciamento por ausência de documentos, ausência de mecanismo formal e instituído para resolução de conflitos ou divergências no âmbito administrativo e pela omissão da Visa quanto às tentativas de esclarecimentos sobre andamento dos processos de licenciamento, bem como de condutas adotadas (*quadro 1*).

Quadro 1. Motivações dos autores, por categoria, presentes nas ações judiciais contra a Vigilância Sanitária do município de Salvador, no período de 2000 a 2017

Aspectos da prática sanitária	Discordância do autor com relação aos atos praticados pela Vigilância Sanitária	<p>Apreensão de produtos, com proibição da comercialização e/ou do descarte.</p> <p>Funcionamento de outro estabelecimento licenciado pela Visa, mas que, para o autor, funciona de forma irregular, comprometendo, inclusive, seu faturamento ou provocando perdas econômicas.</p> <p>Proibição de exposição e comercialização de produtos por serem divergentes da atividade autorizada.</p> <p>Retirada de medicamentos anódinos de prateleiras internas em estabelecimentos não autorizados a comercializar medicamentos.</p> <p>Interdição do estabelecimento e/ou dos equipamentos.</p> <p>Proibição de venda remota de medicamentos sujeitos ao controle especial.</p> <p>Excessos praticados pelos profissionais que realizaram a fiscalização, caracterizando abuso de poder.</p>
	Discordância do autor com relação às condutas adotadas pela Visa nas situações	<p>Indeferimento do licenciamento sanitário para o segmento de optometria.</p> <p>Indeferimento do pedido de licenciamento devido ao estabelecimento não atender ao distanciamento mínimo (entre drogarias e farmácias) exigido na Lei Municipal nº 5.504/1999 (Art. 92).</p> <p>Não aceitação do responsável técnico declarado pela empresa por ter formação divergente da exigida na Lei Municipal nº 5.504/1999 (Art. 80).</p> <p>Atuação da Visa sobre estrutura física do ambiente e saúde do trabalhador, que o autor alega ser uma extrapolação das atribuições do órgão.</p>

Quadro 1. (cont.)

Aspectos organizacionais	Alega que houve morosidade da Administração Pública em atender ao pedido de licenciamento do estabelecimento	Após cinco meses do pedido de licenciamento e após requerimento formal sobre o andamento do processo, foi emitida declaração de que o processo se encontrava em trâmite. Estabelecimento há 12 meses aguardando parecer definitivo sobre o processo de licenciamento sanitário. Após 16 meses, com sucessivas emissões de notificações e prorrogações de prazo, não foi concluído o processo de licenciamento, mas emitida apenas declaração de que está em trâmite. Após dois meses do pedido de licenciamento sem que houvesse fiscalização e após sucessivas tentativas de obter informações sobre o andamento do processo, é informado que seu objeto de demanda foi encaminhado para parecer da Procuradoria Geral do Município do Salvador (PGMS).
Aspectos administrativos ou burocráticos	Autor alega que houve recusa de protocolar pedido de licenciamento ou foi negado o pedido por ausência de documentos.	Certidão Negativa de Débitos (CND). Certificado de Responsabilidade Técnica (CRT). Comprovante de pagamento da anuidade da empresa junto ao conselho de classe. Alvará de funcionamento emitido pela Secretaria de Fazenda (Sefaz) do município.
	Alega que a Visa não dispõe de um mecanismo formal e instituído para resolução de conflitos ou divergências no âmbito administrativo.	Ausência de manifestação formal da Visa, com a negativa do requerimento informada verbalmente.
	Alega a omissão da Visa quanto às tentativas de esclarecimentos sobre andamento dos processos de licenciamento, bem como de condutas adotadas.	Relato de que a Visa não emite nenhum documento comprobatório das negativas de protocolar documentos e/ou pedidos. Pedido administrativo protocolado, porém, sem resposta. Ausência de parecer que apresente deferimento ou não do pedido de licenciamento.

Fonte: Elaboração própria.

Das 50 ações analisadas, a motivação mais prevalente foi relacionada à prática sanitária adotada pela Administração Pública, com 32 citações. Posteriormente, com valor muito próximo, motivações atreladas aos aspectos administrativos e burocráticos do serviço, tendo sido citadas 27 vezes. E, por último, motivações de cunho organizacional, citadas apenas seis vezes pelos autores.

O quantitativo de motivações relacionadas às questões administrativas e burocráticas é elevado, quase igualado ao valor encontrado para motivações atreladas ao desenvolvimento da prática sanitária. Esses achados demonstram que há falhas na organização administrativa do sistema de Visa municipal, bem como há excesso ou

impertinência de exigências formais. Isso retrata que o processo de trabalho da Visa tem características cartoriais, sendo centralizador, burocrático e verticalizado, focado em uma atuação sustentada por abordagem fiscalizatória, com ênfase em inspeção, que se desdobra em redução de suas práticas ao poder de polícia e em supervalorização de documentos em detrimento do controle dos riscos sanitários^{22,24}.

As falhas na organização administrativa descritas nas petições iniciais apontam o serviço de atendimento ao público como o de maior fragilidade no sistema, que reflete as lacunas existentes no planejamento e na gestão da vigilância municipal. É possível identificar condutas arbitrárias e ilegais,

como a recusa de protocolar pedidos, requerimentos e, conseqüentemente, a emissão de alvará sanitário, vinculando tais ações à apresentação de documentos, como explicitado nos trechos abaixo, extraídos dos processos:

Todavia, a mencionada Subcoordenação negou-se inclusive a receber tal requerimento, [...], impedida inclusive de peticionar perante o citado órgão, a Impetrante viu-se obrigada a endereçar-lhe telegrama. (Ação judicial 12).

Eis que chegou o momento da Impetrante renovar o seu Alvará de Saúde e ela não conseguiu, sequer, protocolizar o seu pedido, visto que a autoridade coatora só admite receber tal pleito instruído da Certidão de Débitos Tributários Municipais da pessoa interessada, emitida pela Sefaz. (Ação judicial 18).

A exigência da apresentação da Certidão Negativa de Débitos (CND), de acordo com a Visa municipal, é fundamentada no art. 323 da Lei Municipal nº 7.186/2006, que institui o Código Tributário e de Rendas do Município de Salvador²⁵, e no art. 34 da Lei Municipal nº 8.421/2013, que acrescenta dispositivos ao Código Tributário municipal²⁶. No entanto, os autores das ações alegam que essa exigência viola princípios constitucionais, como o da razoabilidade, o da proporcionalidade e o da liberdade de exercício de profissão, ofício ou atividade econômica.

Essas alegações se coadunam com a jurisprudência de tribunais superiores que possuem o entendimento de que a cobrança de tributos deve ser promovida através de meio próprio, sem impedir direta ou indiretamente a atividade profissional do contribuinte, sem uso de meios coercitivos por via transversa para a execução dos débitos. Essa regulamentação municipal evidencia a prioridade dada à arrecadação de tributos pelos Poderes Executivo e Legislativo de Salvador.

Influência do Poder Judiciário no desenvolvimento das atividades de Vigilância Sanitária

Com a análise dos resultados, observa-se que todos os pedidos que solicitavam a concessão do alvará sem a exigência da apresentação da CND foram concedidos. Apesar de a alegação na inicial relacionar-se à dificuldade em protocolar requerimento para o processo de licenciamento sem o referido documento, o pedido continha a solicitação da concessão do alvará, suprimindo as demais etapas do processo.

Em umas poucas decisões, os magistrados determinaram a continuidade do processo de licenciamento mesmo sem a apresentação da CND. Não foi concedido de imediato o alvará, o juiz apenas não vinculou a CND ao andamento do processo. Em outras decisões, houve a determinação para emissão do alvará desde que a ausência da CND fosse o único óbice e que os demais requisitos técnico-sanitários fossem atendidos. Esses posicionamentos dos magistrados, embora contrariem a norma administrativa adotada pela Visa de Salvador de exigir a CND, demonstram o respeito à autonomia do Poder Executivo no que concerne às normas sanitárias *stricto sensu*.

Em outras situações, foi relatado que a recusa ou a negativa do pedido foram expressas apenas de forma verbal, sem formalização do ato administrativo, o que sugere que o órgão está ciente da fragilidade do fundamento legal de sua recusa ou negativa.

Ocorre que, as autoridades sanitárias municipais vêm negando o requerimento acima citado, sem manifestação formal, sob a alegação VERBAL de que a concessão do alvará estaria pendente de AUTORIZAÇÃO DO CONSELHO REGIONAL DE [...]. (Ação judicial 36).

[...] foram aproximadamente 05 meses do mais

completo silêncio, sem qualquer resposta, nem positiva nem negativa [...] o Impetrado não concede, mas também não indefere, permanecendo inerte e indiferente, apesar das diversas provocações que recebeu, por meio de insistente cobrança da Impetrante [...]. (Ação judicial 32).

Essas condutas contrariam os princípios constitucionais da Administração Pública, que são necessários para o adequado funcionamento do órgão perante o segmento regulado. Esse modo de agir da Visa pode interferir na condição econômica da empresa e fragilizar a sua própria atuação.

Apesar das motivações referentes aos aspectos organizacionais serem bem menos frequentes, não deixam de ser relevantes. Sem dúvida, a morosidade no andamento dos processos de licenciamento, vinculada à recusa ou à dificuldade em formalizar um requerimento junto ao órgão, pode trazer prejuízos tanto à atividade econômica como ao controle de riscos sanitários.

Observa-se que a morosidade está relacionada à própria (des)estruturação do processo de trabalho da Visa, em particular, no que se refere à tramitação dos processos de licenciamento, quer por quesitos de inércia, sem apresentação de nenhuma justificativa para aquela lacuna de tempo sem qualquer fiscalização, quer por repetidas inspeções ao local que não resultam em um posicionamento acerca do licenciamento.

Requeriu junto ao órgão municipal de Vigilância Sanitária, ligado à Secretaria Municipal de Saúde do Município de Salvador – Estado da Bahia, há doze meses, NOVO ALVARÁ SANITÁRIO DE LICENÇA [...]. (Ação judicial 36).

[...] houve nova visita em 22/01/2014 (7a. INSPEÇÃO) decorrido mais de um ano desde o protocolo de pedido de renovação do alvará. Que, por mais incrível que pareça, resultou em nova prorrogação de prazo, por mais 15 dias, [...] encontrando-se em processo de renovação de alvará há mais de um ano e meio. (Ação judicial 32).

Em todas essas situações, sobressai a sujeição do segmento regulado à Visa, que, ao atuar com morosidade, pode causar danos às relações econômicas. Essa conduta contraria o direito e a garantia fundamental de que sejam asseguradas a todos a razoável duração do processo e a celeridade na tramitação^{7,27}.

Com relação aos aspectos da prática sanitária, apenas 12 (37,5%) das motivações estão relacionadas a atos praticados pela Visa – interdição de equipamentos e do estabelecimento e da apreensão de produtos. A maioria está atrelada à conduta de indeferimento adotada com relação ao serviço de optometria e aos que possuem responsável técnico com formação divergente do que está disposto na Lei Municipal nº 5.504/1999.

Há que se ressaltar que as motivações dos autores proponentes das ações foram embasadas, de forma geral, em princípios, direitos e garantias estabelecidos na CF de 1988, em defesa do direito ao trabalho, à livre iniciativa e ao livre exercício de atividade econômica.

Além disso, é possível constatar que houve uso muito frequente de jurisprudências de tribunais estaduais e federais para fundamentação das petições. Também houve muita citação de doutrinas, por vezes extensas, em detrimento de discussões acerca de legislação específica ao objeto e de legislação sanitária. Essa realidade evidencia o distanciamento do segmento regulado das especificidades do sistema de Visa.

As súmulas, mesmo pouco utilizadas, compreendem discussões referentes à inadmissibilidade de atos coercitivos da Administração Pública como mecanismo para a cobrança de tributos. Esses dados corroboram os de Sá¹³, ao constatar que os principais motivos que direcionam a busca do Judiciário para dirimir os conflitos e litígios referentes à atuação da Visa estão diretamente vinculados às questões econômicas.

Em suma, a maioria das ações teve como requerentes empresas com atividades classificadas como serviços de saúde. O pedido mais prevalente referiu-se à concessão do

alvará de saúde, que foi concedido na maioria das decisões liminares. Em contraponto, nas sentenças, quase metade das ações foi julgada improcedente, com revogação da liminar. Percentual significativo de ações foi extinto em decorrência de resolução da demanda pela via administrativa, da perda do objeto de litígio ou de não cumprimento dos requisitos processuais.

O modelo de trabalho da Visa, pautado no tradicionalismo, e a descentralização das ações do sistema de Visa atuaram como determinantes dos aspectos da prática sanitária, dos aspectos organizacionais e dos aspectos administrativos ou burocráticos que determinaram, por sua vez, as motivações diretas das ações. O modo como é estruturado o trabalho da Visa, com dificuldades operacionais, provoca morosidade na tramitação dos processos de licenciamento. Na prática, existem processos que tramitam há mais de três anos, sem sua conclusão. E, em alguns casos, pedidos de licenciamento que tramitam há cinco anos ou mais sem finalização.

O interesse econômico particular foi o elemento que mais influenciou as motivações, direcionando as alegações e fundamentações apresentadas pelos autores das ações. Observa-se que a razão da busca do Judiciário para dirimir os conflitos está relacionada à garantia de que não haja danos e prejuízos à atividade econômica do estabelecimento, mesmo que, para isso, requisitos técnicos sanitários sejam negligenciados.

Pode-se verificar que os aspectos referentes ao interesse econômico particular conduzem, inclusive, os julgamentos dos magistrados, que fazem prevalecer os direitos de atividade econômica em detrimento das condições sanitárias de funcionamento dos estabelecimentos. Assim, esse interesse perpassa toda a relação processual, desde a motivação do ingresso das ações aos julgamentos prolatados pelos juízes, induzindo a Visa a considerar mais a atividade econômica do que a segurança sanitária.

Prevalece, com efeito, a busca da

efetivação do direito ao livre exercício da atividade econômica, subordinando tudo e todos aos interesses econômicos. Em decorrência disso, percebe-se, por um lado, que há uma fragilização da relação estabelecida entre a Visa e as empresas prestadoras de serviços ou produtoras de bens de interesse à saúde, e, por outro lado, a própria estruturação da vigilância municipal já permite que haja esmorecimento dessa relação, fomentado por sentimentos de descrédito e de desconfiança, que só é potencializado com os resultados das ações judiciais.

Nesse sentido, ainda que as decisões judiciais devam ser e estejam sendo cumpridas pela Secretaria Municipal da Saúde e, portanto, de algum modo, influenciando o desenvolvimento de atividades da Visa, não se pode dizer que se trata de uma influência determinante do modo de atuar da Visa, seja contribuindo para seu aprimoramento, seja comprometendo uma rotina previamente (pretensamente) bem estruturada.

Considerações finais

Os resultados demonstram que há muitas fragilidades no modo de trabalho da Visa municipal, que reproduz um sistema de Visa permeado por características tradicionais: cartorial, centralizador, burocrático, verticalizado e fiscalizador/inspetor. Desse modo, a Visa não consegue executar suas atribuições de forma eficiente, impulsionando a busca do Poder Judiciário para que as demandas sejam atendidas. Ressalta-se a necessidade de tramitação dos processos de forma célere e dinâmica, para que não haja ônus indevido ao administrado e, em contrapartida, à população e ao meio ambiente.

Os achados evidenciam, também, que o interesse econômico particular perpassa as motivações, os argumentos e a fundamentação dos autores, assim como a fundamentação das decisões e sentenças. E as decisões judiciais, em regra, favorecem o interesse

econômico particular em detrimento do interesse sanitário público.

Enfim, a análise do caso demonstra que as ações ajuizadas a Visa de Salvador decorreram, em grande medida, das falhas de atuação do próprio órgão executivo, mesmo que as motivações dos autores e as decisões dos magistrados tenham se apoiado, sobretudo, nos interesses econômicos particulares.

Neste sentido, não se pode falar de influência do Poder Judiciário no desenvolvimento das atividades de Visa no sentido de 'judicialização da Visa', entendida como o protagonismo do Poder Judiciário na condução de uma política que deveria ter como responsável principal o Poder Executivo. A Prefeitura de Salvador, por meio de sua secretaria da saúde, mantém o papel de protagonista das ações de Visa, apesar de todas as falhas.

Em consequência, fica patente a necessidade de reconhecimento das limitações do

trabalho da Visa pelos gestores e técnicos do sistema de vigilância municipal, para que haja uma avaliação sobre o processo de trabalho e sobre o monitoramento do risco sanitário que, aliada às tecnologias de planejamento e comunicação social, poderá subsidiar uma reestruturação do modelo de atenção em Visa com reorganização de suas práticas. Ao passo que se avança o processo de descentralização das ações, essa organização inadequada do sistema pode propulsionar que novas demandas sejam judicializadas.

No âmbito organizacional e administrativo, cabe à Visa municipal a formalização de alternativas administrativas, sem se afastar do gerenciamento de riscos, para a resolução dos conflitos, entre os quais, a instauração devida de processos administrativos sanitários, em observância aos princípios da Administração Pública. ■

Referências

1. Cunha Júnior D. Curso de Direito Administrativo. 9. ed. Salvador: JusPodvim; 2010.
2. Di Pietro MSZ. Direito Administrativo. 23. ed. São Paulo: Atlas; 2010.
3. Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 19 Set 1990.
4. Souza GS. Trabalho em vigilância sanitária: o controle sanitário da produção de medicamentos no Brasil [tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva; 2007. 217 p.
5. Dallari SG. Vigilância sanitária: responsabilidade pública na proteção e promoção da saúde. In: Costa EA, organizador. Vigilância sanitária: desvendando o enigma. Salvador: EDUFBA; 2008. p. 45-52.
6. Costa EA. O trabalhador de vigilância sanitária e a construção de uma nova vigilância: fiscal ou profissional de saúde? In: Costa EA, organizador. Vigilância sanitária: desvendando o enigma. Salvador: EDUFBA; 2008. p. 77-90.
7. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Casa Civil; 1988.
8. Garrafa VA ética da responsabilidade e equidade nas práticas da vigilância sanitária. In: Costa EA, organizador. Vigilância sanitária: desvendando o enigma. Salvador: EDUFBA; 2008. p. 53-60.
9. Paim JS. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. In: Costa EA, organizador. Vigilância sanitária: desvendando o enigma. Salvador: EDUFBA; 2008. p. 61-76.
10. Teixeira CF, Costa EA. Vigilância da saúde e vigilância sanitária: concepções, estratégias e práticas. In: Costa EA, organizador. Vigilância sanitária: desvendando o enigma. Salvador: EDUFBA; 2008. p. 149-164.
11. Lucena RCB. O compromisso da Visa com a garantia do direito à saúde: expressões no Plano Nacional de Saúde. Rev Dir Sanit. 2014; 14(3):95-111.
12. Aith F, Minhoto LD, Costa EA. Poder de polícia e vigilância sanitária no estado democrático de direito. In: Costa EA, organizador. Vigilância Sanitária: temas para debate. Salvador: EDUFBA; 2009. p. 37-60.
13. Sá MCDNP. Controle judicial da política pública de vigilância sanitária: a proteção no Judiciário [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 2010. 258 p.
14. Asensi FP. Judicialização ou juridicização? As instituições jurídicas e suas estratégias na saúde. Physis. 2010; 20(1):33-55.
15. Teixeira C, Silveira P, organizadores. Glossário de Análise Política em Saúde. Salvador: EDUFBA; 2016. 222 p.
16. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 153, de 26 de abril de 2017. Dispõe sobre a Classificação do Grau de Risco para as atividades econômicas sujeitas à vigilância sanitária, para fins de licenciamento, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 26 Abr 2017.
17. Bastos AA. Vigilância Sanitária de farmácias em Salvador-Bahia [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva; 2006. 159 p.
18. Salvador. Lei nº 5.504, de 01 de março de 1999. Institui o Código Municipal de Saúde. Diário Oficial do Município de Salvador. 1 Mar 1999.
19. Leal COBS. Análise situacional da vigilância sanitária em Salvador [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva; 2007. 152 p.

20. Maragon MS, Scatena JHG, Costa EA. Vigilância sanitária: estratégias para sua descentralização em Mato Grosso, 1996-2005. *Ciênc Saúde Colet*. 2010; 15(supl.3):3587-3601.
21. Cohen MM, Moura MLO, Tomazelli JG. Descentralização das ações de Vigilância Sanitária. *Rev Bras Epidemiol*. 2004; 7(3):290-301.
22. Araújo DG, Melo MB, Brant L, et al. Os desafios da implantação do Plano Diretor de Vigilância Sanitária em um contexto municipal. *Saúde Soc*. 2013; 22(4):1154-1166.
23. Theodoro Junior H. Curso de Direito Processual Civil. 59. ed. Rio de Janeiro: Forense; 2018.
24. Cohen MM. Dilemas do processo de gestão descentralizada da vigilância sanitária no Estado do Rio de Janeiro. *Physis*. 2009; 19(3):867-901.
25. Salvador. Lei nº 7186, de 27 de dezembro de 2006. Institui o Código Tributário e de Rendas do Município do Salvador. *Diário Oficial do Município de Salvador*. 27 Dez 2006.
26. Salvador. Lei nº 8421, de 15 de julho de 2013. Altera, acrescenta e revoga dispositivos da lei nº 7.186, de 27 de dezembro de 2006, que instituiu o Código Tributário e de Rendas do Município de Salvador, e dá outras providências. *Diário Oficial do Município de Salvador*. 15 Jul 2013.
27. Lima YOR, Costa EA. O processo administrativo no âmbito da vigilância sanitária. In: Costa EA, organizador. *Vigilância Sanitária: temas para debate*. Salvador: EDUFBA; 2009. p. 196-219.

Recebido em 08/07/2018

Aprovado em 18/09/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Política de Saúde Bucal no Brasil: as transformações no período 2015-2017

Oral Health Policy in Brazil: transformations in the period 2015-2017

Sônia Cristina Lima Chaves¹, Ana Maria Freire de Lima Almeida², Camila Santana dos Reis³, Thais Regis Aranha Rossi⁴, Sandra Garrido de Barros⁵

DOI: 10.1590/0103-11042018S206

¹Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1476-8649>
sclichaves@gmail.com

²Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) – Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9285-194X>
anamariafsl@gmail.com

³Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8824-4517>
camilareis21@hotmail.com

⁴Universidade do Estado da Bahia (Uneb) – Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2561-088X>
thais.aranha@gmail.com

⁵Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8255-1230>
sangarrido@gmail.com

RESUMO Este estudo analisou a implementação da Política de Saúde Bucal no Brasil entre 2015 e 2017 em quatro componentes: ações institucionais, implantação, financiamento e resultados. Foram realizados acompanhamento dos sites do Ministério da Saúde (MS) e coleta de dados secundários sobre ações institucionais do MS, implantação dos serviços de Atenção Básica e Atenção Especializada, resultados alcançados (cobertura da primeira consulta odontológica, média de ação coletiva de escovação supervisionada e tratamentos especializados) e financiamento. Entre 2015 e 2017, houve aumento de 5,8% no número de Equipes de Saúde Bucal e de 6,4% no número de Centros de Especialidades Odontológicas. A cobertura de primeira consulta odontológica programática decresceu no período de 14,6% em 2015, para 10,5% em 2016 e 8,3% em 2017. Houve redução discreta do financiamento federal no ano de 2017, quando comparado a 2016. Verificou-se, em 2016, um cenário político restritivo para a saúde bucal na menor implantação de novos serviços, com mudanças sucessivas na coordenação nacional da política. É necessário aprofundar o estudo sobre o financiamento da política, visto que o aporte financeiro de 2016-2017 não está coerente com o pouco avanço na implantação e tendência de manutenção de resultados, com queda de indicadores específicos, como o de primeira consulta odontológica programática.

PALAVRAS-CHAVE Política de saúde. Serviços de saúde. Monitoramento. Saúde bucal.

ABSTRACT *This study analyzed the implementation of the Oral Health Policy in Brazil between 2015-2017 in four components: institutional actions, implementation, financing and results. The Ministry of Health (MS) websites were monitored and secondary data were collected regarding institutional actions of the MS, implementation of Primary Dental Care and Specialized Dental Care, results (coverage of the first dental consultation, average collective action of supervised brushing and specialized treatments), and financing. Between 2015 and 2017, there was a 5.8% increase in the number of Oral Health Teams and a 6.4% increase in the number of Dental Specialties Centers. Coverage for the dental consultation fell from 14.6% in 2015 to 10.5% in 2016 and 8.3% in 2017. There was a slight reduction in federal funding in 2017 compared to 2016. A restrictive political scenario for oral health was found in 2016 in*



the smaller implantation of new services, with successive changes in the oral health policy national coordination. It is necessary to deepen the study on the financing of the policy, since the financial contribution of 2016-2017 is not consistent with the little advance in the implantation and tendency of maintenance of results, with decrease of specific indicators such as the first programmatic dental consultation.

KEYWORDS *Health policy. Health services. Monitoring. Oral health.*

Introdução

A atenção à saúde bucal nos sistemas de serviços de saúde no mundo tem forte influência do modelo liberal, com predominância da oferta de serviços privados, mesmo em países com tradição em sistemas públicos de saúde, como Itália, Canadá e Reino Unido¹. Na Suíça, a oferta pública de serviços de saúde bucal ocorre apenas em caso de acidentes e condições inevitáveis, apresentando muitas demandas acumuladas e problemas de saúde bucal na população adulta. Iniciativas recentes têm proposto um modelo de seguro obrigatório para cuidados odontológicos nesse país², como também em Israel, para atenção odontológica odontopediátrica¹. Segundo Benzian et al.³, a prioridade política global para a implementação de ações e serviços públicos de saúde bucal é baixa, resultante de um conjunto de questões complexas, com falta de aderência dos profissionais da odontologia, bem como a falta de acordo sobre o problema e possíveis soluções.

No caso do Brasil, a configuração de um subsistema público de atenção à saúde bucal ocorreu em um longo processo histórico com rupturas e continuidades, sendo que o Brasil Sorridente, política formalizada em 2004, expressou um conjunto de diretrizes e articulação de ações de saúde bucal no

Sistema Único de Saúde (SUS), com concepção ampliada de saúde na perspectiva do projeto da Reforma Sanitária Brasileira, com foco na qualificação e ampliação da atenção primária e especializada⁴. Essa política implementada nos governos de Lula e Dilma, entre 2003 e 2014, promoveu o crescimento na oferta e cobertura potencial de serviços públicos odontológicos entre 2003 e 2006 e certa manutenção nos períodos 2007-2010 e 2011-2014⁵.

Houve ampliação do financiamento, infraestrutura e organização da rede de serviços de saúde bucal⁶. Os recursos federais (financiamento nominal) para estados e municípios passaram de R\$ 83,4 milhões em 2003 para R\$ 916 milhões em 2014, com aumento de 10,9 vezes no período, contudo, ainda assim, o uso dos serviços públicos odontológicos se mantém em torno de 30,7% contra 69,3% de serviços odontológicos privados⁵. Estudos publicados têm-se debruçado sobre essa política^{7,8}, de forma específica sobre os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)⁹⁻¹¹, bem como sobre os resultados dessa implementação¹²⁻¹⁴.

Destarte, o presente trabalho analisou as transformações da política de saúde bucal brasileira entre 2015 e 2017 nos componentes das ações institucionais, implantação, resultados e financiamento, no sentido de atualizar o estado atual da sua implementação⁵.

Metodologia

Este foi um estudo retrospectivo, descritivo, com abordagem quantitativa e qualitativa de monitoramento das ações institucionais, implantação dos serviços públicos odontológicos, resultados alcançados e financiamento público a partir da análise documental de arquivos e conteúdos disponíveis em *sites* institucionais do Ministério da Saúde (MS) e bancos de dados disponíveis – DataSus, Sala de Apoio à Gestão Estratégica (Sage) e Departamento de Atenção Básica do MS (DAB/MS). A análise temática de conteúdo¹⁵ foi utilizada para a construção da síntese das ações institucionais no período analisado.

O eixo temático de Análise das Políticas de Saúde Bucal vinculado ao Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS) do Instituto de Saúde Coletiva tem monitorado sua implementação desde a formulação do marco zero desse observatório (2003-2014)¹⁴. Nesse sentido, este trabalho analisa os componentes implantação, resultados e financiamento para o período de 2015 a 2017 (Governo Dilma II 2015-2016 e Governo Temer 2016-2017).

O monitoramento foi compreendido como a coleta sistemática de informações, realizada trimestralmente, para observar tendências e avaliar seu curso¹⁶. A análise dos dados foi baseada na identificação de quatro componentes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB):

1) ações institucionais: iniciativas do nível federal, em especial aquelas sobre a Coordenação Geral de Saúde Bucal (CGSB) do MS, reveladas nas publicações do governo federal e do próprio MS, bem como notícias e notas publicadas nos sites das entidades odontológicas (Conselhos Federal e Regionais, Associações e Sindicatos) relacionadas com a saúde bucal no período estudado.

2) implantação (oferta de serviços): número de Equipes de Saúde Bucal (eSB) na Atenção Básica (AB) e nos CEO;

acompanhamento da cobertura da saúde bucal na AB, seja na Estratégia Saúde da Família (ESF), seja em unidades de saúde convencionais por meio da análise documental de publicações e dados disponíveis na Sage¹⁷ e no DAB/MS¹⁸. Essas informações são utilizadas com o objetivo de estabelecer uma correlação entre cobertura e procedimentos realizados.

3) resultados: análise de indicadores de serviços de saúde na AB (cobertura da primeira consulta odontológica e ação coletiva de escovação dental supervisionada) e na Atenção Especializada (AE) (tratamentos endodônticos concluídos e periodontais). Esses indicadores foram descritos na série histórica no período de 2003 a 2017. Os indicadores de tratamento endodôntico e periodontal monitorados só estão disponíveis no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS)¹⁹ a partir de 2008.

O indicador de ‘cobertura de primeira consulta odontológica programática’ foi escolhido por representar a proporção da população brasileira que utilizou o serviço odontológico público no âmbito da AB. A ‘Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada’ representa a realização de ações coletivo-preventivas em saúde bucal e estima a proporção de indivíduos que tiveram acesso à escovação dental com orientação/supervisão de um profissional de odontologia, podendo apontar mudanças no modelo de atenção²⁰. Os dois grupos de indicadores referentes à AE foram: a) o ‘número absoluto de tratamento endodôntico realizado’ (obturação de dente permanente unirradicular, birradicular, de três ou mais raízes e selamento de perfuração radicular – códigos no SIA-SUS 03.07.02.006-1, 03.07.02.004-5, 03.07.02.005-3, 03.07.02.011-8), visto que se constituem de uma produção ambulatorial realizada apenas nos CEO; e b) o ‘número absoluto de procedimentos de tratamento periodontal’ (gengivectomia, gengivoplastia, tratamento cirúrgico periodontal – por sextante/códigos no SIA-SUS 0414020081,

0414020154, 0414020162, 0414020375), considerando que esses seriam os procedimentos típicos do serviço especializado que é referência para a atenção primária em saúde bucal.

Os procedimentos odontológicos monitorados foram selecionados de acordo com a série histórica de 2008 a 2016, nas cinco regiões do Brasil (Sul, Sudeste, Centro-Oeste, Norte e Nordeste), considerando a quantidade de procedimentos aprovados e o ano de processamento. Foram apresentados dados de anos anteriores a 2015 para possibilitar melhor análise do período recente, tendo em vista a visualização de tendências na série histórica. A coleta das informações foi realizada no mês de janeiro de 2018 por uma única pesquisadora, utilizando o programa Tab para Windows® (TABWIN) e exportados para o programa Microsoft Excel® versão 2007 (Microsoft Corp. Estados Unidos da América).

Para calcular os indicadores de cobertura da primeira consulta odontológica programática e da média de ação coletiva de escovação dental supervisionada, utilizaram-se os métodos de cálculos instituídos pelo MS²¹, sendo, respectivamente: número total de primeiras consultas odontológicas programáticas (código no SIA-SUS 03.01.01.015-3) realizadas em determinado local e período dividido pela população no mesmo local e período x 100; número de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada (código no SIA-SUS 01.01.02.003-1) realizada em determinado local em 12 meses dividido por 12 e dividido pela população no mesmo local e período x 100.

4) financiamento da política (repasso fundo a fundo do nível federal): disponível no

site do Fundo Nacional de Saúde em março de 2018, com análise das rubricas de saúde bucal no Piso da Atenção Básica variável, AE e investimento. Cabe destacar que, no Fundo Nacional de Saúde, no momento da coleta, os repasses financeiros eram designados por blocos²². Em relação ao custeio, o bloco de financiamento Federal da AB para estados, Distrito Federal e municípios é subdividido em: a) eSB – Unidade Odontológica Móvel (UOM); b) Incentivo Adicional de Saúde Bucal; e c) Saúde Bucal. O custeio para prestadores federais conveniados inclui: a) incentivo adicional à UOM; e b) Saúde Bucal. Já o bloco de financiamento de custeio da média e alta complexidade é composto por: a) CEO Municipal; b) CEO Estadual; e c) Fundos de Ações Estratégicas e Compensações (Faec). O bloco de investimento (capital) utiliza as rubricas específicas de ações em saúde bucal nos componentes ‘Ações de implantação de ações e serviços de saúde’ (Implantação do CEO) e ‘Piso de Atenção Básica Variável’ (Aquisição de equipamentos odontológicos).

Todos os dados coletados foram deflacionados pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA)/Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o mês de dezembro de 2017, com vistas a corrigir os valores e possibilitar a comparação de valores nos distintos períodos. O Procedimento de correção dos valores pelo IPCA/IBGE foi realizado na Calculadora do Cidadão do Banco Central do Brasil²³.

A análise da série histórica dos dados foi feita articulando a implantação dos serviços por nível (AB e AE) com os resultados alcançados nos indicadores dos serviços de saúde bucal selecionados em cada um deles (tabelas 1 e 2).

Tabela 1. Número de Equipes de Saúde Bucal (eSB), cobertura populacional de eSB (%), cobertura de primeira consulta odontológica (%) e da ação coletiva de escovação dental supervisionada (%) no Brasil entre 2003-2017 a partir do Sistema de Informações Ambulatoriais

Ano	Equipes de Saúde Bucal ^a	Cobertura populacional eSB (%) ^a	Nº absoluto de primeira consulta odontológica	Cobertura primeira consulta odontológica (%)	Nº absoluto de ação coletiva de escovação dental supervisionada	Ação coletiva de escovação dental supervisionada (%)
2003	617	20,5	-	-	-	-
2004	8.951	26,6	-	-	-	-
2005	12.602	34,7	-	-	-	-
2006	15.086	39,8	-	-	-	-
2007	15.694	40,8	-	-	-	-
2008	17.801	39,2	26843628	14,0	57693648	2,5
2009	18.982	47,5	27156753	14,0	60304340	2,6
2010	20.424	34,0	26043708	13,3	63527864	2,8
2011	21.425	35,7	29449468	14,9	62504333	2,7
2012	22.203	36,7	26395480	13,2	54380251	2,3
2013	23.150	37,9	29526595	14,7	53246037	2,2
2014	24.279	37,9	27093617	13,4	57151878	2,3
2015	24.467	37,8	29925575	14,6	50543350	2,1
2016	24.384	37,4	21661874	10,5	37078584	1,5
2017	25.905	36,7	17263772	8,3	29535694	1,2

Fonte: Elaboração própria, com base em dados do MS e IBGE.

^a Mod I + Mod II. Dados referentes a dezembro de cada ano. - Mudança do indicador no período 2003-2007.

Tabela 2. Número de CEO implantados, número de tratamentos endodônticos e procedimentos periodontais especializados realizados entre 2008 e 2017 a partir do Sistema de Informações Ambulatoriais, SIA-SUS. Brasil

Ano	Número de CEO	Número de tratamentos endodônticos	Número de procedimentos periodontais (por sextante - códigos SIA/SUS: 0414020081, 0414020154, 0414020162, 0414020375)			Total
			Enxerto gengival	Gengivectomia e gengivoplastia	Tratamento cirúrgico periodontal	
2008	674	527.474	22.646	287.918	92.766	403.330
2009	808	612.621	12.484	194.802	82.684	289.970
2010	853	681.057	7.054	191.439	88.871	287.364
2011	882	684.800	7.365	191.642	95.901	294.908
2012	944	691.933	10.859	193.156	105.807	309.822
2013	988	687.296	8.956	177.605	99.196	285.757
2014	1.030	683.265	5.155	177.518	147.064	329.737
2015	1.034	682.181	5.230	203.788	168.631	377.649
2016	1.072	635.923	3.877	189.740	180.837	374.454
2017	1100a	582.040	4.405	251.335	190.528	446.268

Fonte: Elaboração própria, com base em dados do MS/SAI/SUS, 2017.

^a Dados até setembro de 2017.

Resultados

O mercado de trabalho odontológico recebe anualmente grande volume de novos profissionais. No ano de 2016, eram 278.394 Cirurgiões-Dentistas (CD) no País. Em 2017, o número de CD aumentou para 300 mil, com 66.561 atuando no SUS (cerca de 22,2%). Destaca-se no período analisado um aumento significativo (7,3%) do número de faculdades de Odontologia em

funcionamento, passando de 204 em 2015 para 220 faculdades em 2016. Segundo as informações do Conselho Federal de Odontologia (CFO), cerca de 75% dessas unidades são privadas. Em relação à faixa salarial, de acordo com a Federação Nacional dos Odontologistas (FNO) o salário médio do CD para 2017 foi fixado em R\$ 5.622,00. Mas há também indícios de desproteção social com assalariamento atípico (*quadro 1*).

Quadro 1. Mercado de trabalho e formação profissional, oferta de serviços públicos odontológicos e ações institucionais, resultados nos indicadores de serviços de saúde no Brasil no governo Dilma II (2015-2016) e Temer (2016-2018)

Categorias analisadas	Períodos de governo	
	Dilma II (2015 a 04/2016)	Temer (05/2016-2017)
Número, renda média dos cirurgiões-dentistas e perfil das instituições de ensino	Em 2015, eram 266.665 CD no País, com 204 faculdades de Odontologia, sendo cerca de 70% da rede privada. Não há informações sobre nº de CD no SUS e renda média do CD nesse período.	Em 2016, eram 278.394 CD no País, com 220 faculdades de Odontologia em funcionamento, sendo 75% delas da rede privada. Em 2017, eram 300.000 CD no País, com 66.561 CD no SUS (cerca de 24%). O salário médio do CD era de R\$ 5.622,00 (FNO, 2017).
Oferta (disponibilidade) da atenção odontológica pública	Em 2015, eram 24.467 eSB implantadas, 1.034 CEO e 1.770 LRPD. Em dezembro de 2016, eram 24.384 (redução de 83 equipes) e 1.072 CEO (aumento de 3,6%) em relação a 2015. Não há informações sobre o nº de LRPD em 2016.	Em 2017, eram 25.905 eSB implantadas, representando um aumento de 5,8% em relação a 2015 e de 6,2% em relação a 2016. Em setembro de 2017, havia 1.100 CEO e 1.840 LRPD.
Ações institucionais	Outubro de 2015: nomeação de Marcelo Castro (PMDB) para Ministro da Saúde Novembro de 2015: Rosângela Camapum foi exonerada do cargo de coordenadora da Coordenação Geral de Saúde Bucal (CGSB); e, em seu lugar, foi nomeado Ademir Fratric Bacic.	Maio de 2016: nomeação de Ricardo Barros (PMDB) para Ministro da Saúde; Julho de 2016: exoneração de 73 cargos comissionados do Ministério da Saúde, incluindo o de coordenador de saúde bucal (Ademir Fratric Bacic) Agosto de 2016: nomeação de Patrícia Lima Ferraz para a CGSB. 06 de janeiro de 2017: nomeação de Lívia Maria Almeida Coelho de Souza, para o cargo de coordenadora da CGSB. Nesse mesmo mês, houve um evento realizado em Brasília para anúncio da liberação de R\$ 344,3 milhões para a saúde bucal. O evento teve participação do CFO e dos Conselhos Regionais.

Fonte: Elaboração própria, com base em dados do CFO, MS e FNO.

Com relação às ações institucionais, no período do segundo mandato de Dilma (Dilma II), destacam-se no cenário do MS a nomeação, em outubro de 2015, de Marcelo Castro, médico e deputado federal pelo Movimento Democrático Brasileiro (MDB) do Piauí – nas legislaturas 1999-2003, 2003-2007, 2007-2011, 2011-2015 e 2015-2019 –, para Ministro da Saúde. Em novembro de 2015, a então coordenadora da CGSB do MS, Rozângela Camapum, ex-presidente da Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO), foi exonerada do cargo. Para seu lugar, foi nomeado Ademir Fratric Bacic, cirurgião-dentista e empresário ligado ao setor de saúde suplementar odontológico.

No período de governo Temer, uma das suas primeiras ações foi a nomeação de Ricardo Barros, engenheiro civil, empresário e deputado pelo MDB – nas legislaturas 1995-1999, 1999-2003, 2003-2007, 2007-2011, 2015-2019 –, para Ministro da Saúde. Nesse período, destacam-se sucessivas mudanças na CGSB. Em julho de 2016, foram exonerados 73 cargos comissionados do MS, incluindo o então coordenador de saúde bucal. Essa nova mudança na coordenação gerou especulações sobre uma possível extinção da CGSB. Esses fatos movimentaram as entidades odontológicas, que emitiram em suas redes sociais notas e comunicados de repúdio e preocupação (CFO, Conselhos Regionais – BA, SP, SE, PR, RS, MT; Sindicatos – Soergs, Soepar, Sinodonto-SE, SoDF; FIO e FNO)^{24,25}. Em agosto de 2016, foi nomeada nova coordenadora de saúde bucal, Patrícia Lima Ferraz, cirurgiã-dentista, filiada ao Partido Social Cristão (PSC) – Amapá. A sua permanência no cargo foi de apenas cinco meses; e sua saída do cargo ocorreu logo após situação polêmica, envolvendo uma viagem internacional enquanto ela estava de licença médica, conforme publicado em jornais como ‘O Estado de São Paulo’, ‘Estadão’²⁶.

Outras ações institucionais do período Temer relacionadas com a saúde foram a

publicação da Portaria nº 1.482, de 04 de agosto de 2016, do MS, a qual instituiu o Grupo de Trabalho (GT) para discutir o projeto de ‘Plano de Saúde Acessível’; da Emenda Constitucional 95, a qual instituiu novo regime fiscal com redução progressiva dos recursos do SUS por 20 anos; e da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), por meio da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.

Na saúde bucal, destaca-se nova mudança na CGSB, com nomeação de Livia Maria Almeida Coelho de Souza, cirurgiã-dentista, especialista em prótese dentária e em saúde da família, com atuação anterior no MS mediante consultorias e organização de publicações, como o ‘Manual de Especialidades em Saúde Bucal’, em 2008. Em julho de 2017, a Comissão de Assuntos Sociais (CAS) aprovou o Projeto de Lei do Senado nº 8/2017, de autoria do senador Humberto Costa (Partido dos Trabalhadores – PT-PE), que inclui a PNSB no campo de atuação do SUS. O autor justifica o referido projeto apontando que, atualmente, a PNSB se caracteriza como uma política de governo, e, portanto, com frágeis garantias de continuidade e priorização nas agendas. Por fim, como ação institucional, nesse mesmo mês, houve um evento realizado em Brasília, no Palácio do Planalto, promovido pelo MS, para anúncio da liberação de R\$ 344,3 milhões para a saúde bucal. O evento teve participação do CFO e dos Conselhos Regionais²⁷.

Com relação à implantação, observou-se que 2015 encerrou com 24.467 eSB implantadas, com 37,8% de cobertura populacional. Em 2016, houve redução de 83 eSB (0,3%), fato inédito na série histórica desde a implantação da PNSB. Em 2017, houve aumento de 5,8% (1.438 eSB) em relação a 2015 e de 6,23% (1.521 eSB) quando comparado a 2016. Em alguma medida, a cobertura foi mantida nesse período, mas não resultou em expansão da oferta de serviços na AB, considerando que a cobertura populacional apresentou queda de 1% em relação ao ano de 2015 (*tabela 1*).

Com relação aos centros especializados, verifica-se aumento de 38 unidades no País entre 2015 e 2016. Os dados de 2017 para esse serviço e para os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) foram disponibilizados pela CGSB com informações apenas até o mês de setembro. Nesse período, houve discreto aumento de centros especializados. As bases públicas do Datasus e Sage estão desatualizadas em relação ao CEO e LRPD.

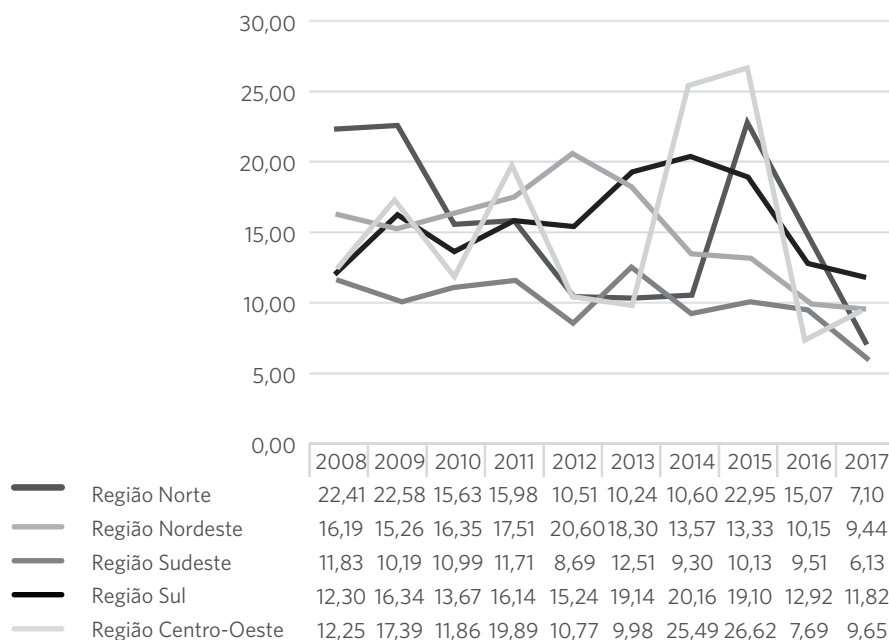
Os resultados apontaram redução dos indicadores monitorados para AB (*tabela 1*), cobertura populacional de eSB, cobertura de primeira consulta odontológica programática e cobertura de ação coletiva de escovação dental supervisionada. A cobertura populacional de eSB registrou leve redução (2,9%) entre 2015 e 2017, retornando à cobertura de 2012 (*tabela 1*).

A produção ambulatorial de primeira consulta odontológica programática apresentou

queda acentuada de 42,3% no número de procedimentos entre 2015 e 2017. A cobertura de primeira consulta variou de 14,6% a 8,3%, registrando uma redução de 43,2% no período. Em 2017, foram realizadas 17.263.772 consultas, com cobertura populacional de apenas 8,3 % (*tabela 1*).

A análise da série histórica do indicador de cobertura de primeira consulta odontológica programática segundo macrorregiões do Brasil aponta que todas as regiões apresentaram decréscimo no número de primeiras consultas realizadas entre 2008 e 2017, mas esta não foi linear (*gráfico 1*). No período, houve picos de aumento no Centro-Oeste, Norte, Sul e Nordeste. A região Sudeste foi a que apresentou menor desempenho quando comparada às demais regiões. No ano de 2017, a maior queda na cobertura foi na região Centro-Oeste, seguida das regiões Sul e Nordeste.

Gráfico 1. Cobertura de primeira consulta odontológica programática segundo macrorregiões do Brasil, de 2008 a 2017



Fonte: Elaboração própria, com base em dados do Datasus, 2018.

Para o procedimento ação coletiva de escovação supervisionada, observou-se redução no número de procedimentos no período analisado (41,5%), enquanto a cobertura de ação coletiva de escovação supervisionada variou de 2,1% em 2015 a 1,2% em 2017, redução de 42,9% (tabela 1). A média de ação coletiva de escovação dental supervisionada manteve-se constante até 2011, havendo um decréscimo durante os anos seguintes. O ano de 2017 foi o que o apresentou menor resultado durante o período descrito.

Sobre os procedimentos especializados, houve redução dos procedimentos endodônticos (códigos no SIA-SUS 03.07.02.006-1,

03.07.02.004-5, 03.07.02.005-3, 03.07.02.011-8) e aumento dos procedimentos periodontais (por sextante – códigos SIA-SUS: 0414020081, 0414020154, 0414020162, 0414020375) quando comparados os anos de 2015 e 2017. Os procedimentos endodônticos reduziram 14,6% em relação a 2015, enquanto os periodontais apresentaram aumento de 18,2% no período (tabela 2). Contudo, há que se destacar o mês de abril de 2017, o qual, isoladamente, apresentou 132.412 procedimentos periodontais, refletindo em aumento da produção total desse ano. Esse aumento, incompatível com a tendência de redução, pode ter ocorrido por não revisão dos dados pelo Datasus (tabela 2).

Tabela 3. Repasses do governo federal para estados e municípios para custeio da AB e da AE e investimento referentes à saúde bucal, 2003-2017*

Ano	Repasses AB	Repasso AE	Investimento	Total de repasses
2003	R\$ 180.711.384,39	R\$ 4.199.199,41	-	R\$ 184.910.583,80
2004	R\$ 400.253.626,42	R\$ 13.190.710,44	R\$ 6.304.645,54	R\$ 419.748.982,40
2005	R\$ 546.418.744,21	R\$ 45.331.462,08	R\$ 31.877.452,15	R\$ 623.627.658,44
2006	R\$ 688.235.433,13	R\$ 92.765.111,83	R\$ 24.652.705,41	R\$ 805.653.250,37
2007	R\$ 782.892.493,59	R\$ 120.313.603,62	R\$ 8.195.508,96	R\$ 911.401.606,17
2008	R\$ 804.365.480,27	R\$ 120.555.494,77	R\$ 7.993.136,98	R\$ 932.914.112,02
2009	R\$ 831.562.396,24	R\$ 139.337.767,70	R\$ 6.868.294,44	R\$ 977.768.458,38
2010	R\$ 919.183.022,98	R\$ 125.605.721,28	R\$ 444.078,79	R\$ 1.045.232.823,05
2011	R\$ 938.858.309,03	R\$ 149.397.321,92	R\$ 10.661.188,67	R\$ 1.098.916.819,62
2012	R\$ 1.071.567.005,31	R\$ 166.756.711,15	R\$ 7.584.628,10	R\$ 1.245.908.344,56
2013	R\$ 881.541.675,52	R\$ 190.569.481,50	R\$ 10.302.606,98	R\$ 1.082.413.764,00
2014	R\$ 880.880.671,40	R\$ 233.202.804,46	R\$ 3.881.009,69	R\$ 1.117.964.485,55
2015	R\$ 887.097.152,31	R\$ 215.160.162,46	R\$ 1.739.921,08	R\$ 1.103.997.235,85
2016	R\$ 909.189.917,30	R\$ 217.513.800,79	R\$ 2.651.231,75	R\$ 1.129.354.949,84
2017	R\$ 829.995.247,00	R\$ 226.725.301,48	R\$ 2.835.000,00	R\$ 1.059.555.548,48

Fonte: Elaboração própria, com base em dados do Fundo Nacional de Saúde, Brasil, 2017.

*Valores corrigidos pelo IPCA - IBGE.

A análise da série histórica de financiamento para as ações de saúde bucal, no período de mencionado, mostra pequeno aumento de valores entre os anos de 2015 e 2016 e diminuição de valores em 2017 (tabela 3). Foi observado um aumento da

participação percentual do financiamento da AE. Os recursos destinados à AB representaram o maior montante dos repasses em todo o período estudado, entretanto, destaca-se que houve redução nos valores repassados para esse componente em 2017.

Na análise da participação percentual da AB, AE e investimentos, observa-se uma redução do componente AB, aumento do especializado e aumento nos investimentos.

Discussão

A PNSB completou 13 anos em 2017, com algumas transformações no período, podendo ser considerada como frágil a sua institucionalização. Em 2003, eram apenas 617 eSB, com cobertura populacional ainda incipiente. Em 2017, eram 25.905 eSB presentes em 5.029 municípios, representando 36,7% de cobertura populacional potencial. Na AE, também houve ampliação de serviços. Tal fato pode se constituir em um dos fatores apontados por Pinell²⁸, segundo o qual a evolução de uma política é produto da dinâmica de um jogo social complexo, tendo como efeito concreto da sua implementação a criação de instituições, desenvolvimento de grupos profissionais e emergência de novas estruturas associativas. No caso da odontologia pública, há potencial capacidade de mobilização, tendo em vista as associações ligadas ao movimento sanitário, como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e o GT Saúde Bucal, serem importantes vocalizadores desse espaço. No entanto, do ponto de vista do campo odontológico, a hipótese é que o movimento das associações de classe e dos especialistas apoiam a criação de novos postos de trabalho e ainda não se constituíram em reais defensores desses serviços odontológicos, tendo a saúde bucal também como direito à saúde. O mercado privado ainda é dominante.

Nesse sentido, o mercado de trabalho odontológico e formação profissional no período demonstram tendência de aumento do número de faculdades da rede privada de ensino, e menor proporção de CD no SUS, que, em 2014, era de 30%⁵ e, em 2017, passaram a representar cerca de 22,2% (66.561 CD). Provavelmente, isso ocorreu pela

chegada de maior número de CD em um mercado de trabalho com mesma oferta de vagas no setor público. Estudo de Cascaes et al.²⁹ mostrou que houve no Brasil um crescimento do número de CD atuando como clínicos gerais e especialistas no período de 2007 a 2014, com expansão da força de trabalho de clínico geral (0,5%) e de especialista (11,6%), menor no setor público, em relação ao setor privado (24,5% e 30,3% respectivamente). Em Belo Horizonte, Minas Gerais, estudo em três instituições privadas revelou maior desejo dos estudantes por atuar em consultório particular (60,9%), seguido da ESF (41,3%) e em clínica popular (16,3%)³⁰. Apesar do número elevado de CD, sua distribuição desigual entre as regiões, e nos setores público e privado, pode ser uma importante barreira no acesso aos cuidados em saúde bucal no País²⁹. Essa dominância de formação em faculdades privadas poderá se constituir em barreira futura para a própria política pública, tendo em vista as contradições da formação para o sistema público de saúde em faculdades privadas. Agentes sociais formados por essas instituições poderão ter pouca capacidade de mobilização e disposições para o campo público da saúde.

No monitoramento das ações institucionais entre 2015 e 2017, verificou-se que as sucessivas mudanças no MS, sobretudo na coordenação nacional, revelam a instabilidade política no País, caracterizada pela saída de Dilma Rousseff, por meio de um processo de *impeachment*, e entrada do vice-presidente Michel Temer. As ações de saúde bucal realizadas no período do governo Temer foram alvo de fortes críticas dos sanitaristas e de instituições da Saúde Coletiva por representarem fragilização do caráter universal e igualitário do SUS, com destaque para a política de ajuste fiscal e cortes progressivos de recursos da saúde e educação, para a criação de um GT para implementação de planos de saúde acessíveis e para a nova PNAB³¹. Morosini e Fonseca³² destacam que essas medidas publicadas sob a justificativa

de enfrentar o desequilíbrio fiscal limitaram as políticas sociais, promovendo a redução da dimensão pública do Estado e ampliando a participação do setor privado. As autoras apontam que o SUS tem sofrido fortes pressões para a conversão dos direitos sociais à lógica mercadológica; e a nova PNAB, além de promover a relativização da cobertura universal, fomenta a segmentação do acesso, a recomposição das equipes de forma ambígua, a reorganização do processo de trabalho e a fragilização da coordenação nacional da política.

Na política de saúde bucal, as transformações no sentido do seu aprofundamento e continuidade não foram ainda percebidas nesse momento histórico. Pinell²⁸ aponta a influência das mudanças de governo para manutenção ou abandono das políticas. A relação entre uma política pública e a emergência de grupos de agentes interessados com novas competências especializadas nessas novas instituições leva à formação de um espaço de produção simbólica especializado²⁸, que pode lutar pela manutenção dessas conquistas. No caso da atenção pública à saúde bucal no Brasil, é, ainda, necessário investigar a constituição desse espaço relativamente novo já que a oferta estatal de serviços odontológicos especializados é relativamente recente no Brasil, e sofre de legitimidade, haja vista a grande concorrência com o mercado privado de serviços odontológicos, que é hegemônico. Estudo de Pilloto e Celeste³³ apontou tendência de aumento de uso de plano exclusivamente odontológico de 1,0% em 1998 para 6,3% em 2013. Além disso, de 1998 para 2013, houve aumento do uso de serviços privados médicos e odontológicos por pessoas com e sem plano privado, independentemente do sexo, faixa etária e escolaridade³³.

No que se refere à AB, os dados de implantação das eSB mostram que, na série histórica, desde o início da política, o ano de 2016 foi o único que encerrou com redução de equipes. Ademais, apesar da implantação ter

sido mantida entre os anos de 2015 e 2017, a cobertura populacional de eSB e os indicadores de resultados monitorados (primeira consulta odontológica programática ação coletiva de escovação supervisionada) apresentaram expressiva redução. A análise da cobertura de primeira consulta odontológica programática segundo macrorregiões brasileiras aponta que todas as regiões apresentaram decréscimo no número de primeiras consultas realizadas em algum momento entre 2008 e 2017. No ano de 2017, a maior queda na cobertura foi na região Centro-Oeste, seguida das regiões Sul e Nordeste. Causas para essa variação precisam ser mais bem explicadas, como a provável inclusão do novo sistema e-SUS, bem como as dificuldades de cofinanciamento da política pelo nível local, em função da queda na arrecadação do tesouro municipal e sobrecarga deste ente federativo no financiamento do sistema público de saúde. Estudo em Fortaleza, Ceará, entrevistou 137 CD da eSF sobre os indicadores de desempenho e monitoramento do MS para a saúde bucal, e apesar da maioria dos entrevistados os considerar importantes, ressaltam sua complexidade diante de questões enfrentadas na prática, tais como falta de manutenção regular dos equipamentos e insumos odontológicos, baixa cobertura da eSB nos territórios e dificuldades nas relações de trabalho e no planejamento da gestão para organização da oferta e adesão dos usuários às consultas programadas³⁴.

A análise da série histórica de ação coletiva de escovação dental supervisionada no período de 2008 a 2017 revela que, no ano de 2010, foi realizado um maior número dessas ações no Brasil (*tabela 1*). Esse fato pode estar relacionado com a distribuição, em 2009, de 40,6 milhões de kits de saúde bucal pelo MS, os quais foram enviados para as escolas públicas que apresentaram baixo Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (Ideb) e entregues às eSB em 4.597 municípios do Brasil. Em 2017, esses procedimentos somaram apenas 25.674.964, o que

significa uma expressiva redução em relação aos oito anos anteriores.

O acompanhamento de indicadores de resultados da AE revela redução dos procedimentos endodônticos, sobretudo em 2017, e aumento dos procedimentos periodontais quando comparados os anos de 2015 e 2017. A mudança no sistema de informação para o e-SUS pode explicar parte desses resultados, mas, de fato, não é suficiente. Estudos sobre sistemas de informação, análises de implantação e resultados da política nos âmbitos regional e municipal são necessários para evidenciar os diversos fatores relacionados com esses achados.

Estudos recentes como o de Celeste et al.¹² reiteram que a implantação dos CEO produz efeito positivo na produção municipal de procedimentos especializados, especialmente para endodontia. Todavia, estudos no Rio Grande do Sul³⁵ e no Maranhão³⁶ mostraram que a maioria dos CEO gaúchos e maranhenses não atingem as metas estabelecidas pela coordenação nacional. Cabe refletir em que medida o investimento na implantação desses serviços produz maior oferta e utilização. O protagonismo do governo local para o êxito da implementação de políticas com formulação e indução do nível federal tem sido valorizado³⁷. Todavia, é recente a discussão na saúde bucal sobre a necessidade de fortalecimento da regionalização para o êxito da oferta especializada e bom desempenho dos serviços de saúde, em que a gestão regional pode exercer papel central.

Frazão e Narvaj³⁸ destacam que durante os oito anos anteriores ao Brasil Sorridente (1994-2002) foram poucas ações em saúde bucal, sendo o avanço do processo de descentralização do sistema de saúde nesse período um elemento importante para potencializar a capacidade dos municípios em responder às demandas da saúde bucal da população. Houve um significativo incremento no financiamento federal da política, sobretudo no período de 2003 a 2006, em que os gastos com investimentos em saúde

bucal passaram de 56,5 para 427 milhões por ano^{38,39}. No período 2015-2017, verificou-se certa manutenção do financiamento federal, com redução discreta no ano de 2017 quando comparado a 2016. Todavia, ainda que tenha havido redução, chama a atenção uma certa inconsistência entre a implantação da política, seus resultados e o financiamento, na medida em que o financiamento e a implantação se mantiveram relativamente estáveis no período; e observa-se uma tendência de redução dos resultados nos indicadores dos serviços de saúde. É necessário aprofundar o estudo do financiamento, ampliar os indicadores de resultados e avançar na análise regional da política para melhor compreensão desse achado.

Apesar da expansão, a PNSB ainda tem dificuldades em reduzir as iniquidades de saúde, visto que há poucos estudos neste sentido. Além disso, muitas das ações de saúde são inacessíveis às populações mais vulneráveis⁴⁰. Outrossim, é preciso questionar também a relação entre o crescimento do investimento, a oferta de serviços, a utilização e os resultados produzidos^{5,40}. Essa questão do enfrentamento dos determinantes sociais da saúde é ainda pouco explorada e precisa ser resgatada, constituindo-se em uma amnésia da gênese do movimento da saúde bucal coletiva que influenciou a formulação da atual PNSB⁴¹. Estudo apontou que os procedimentos odontológicos curativos, que, em tese, deveriam ocorrer em todas as eSB no País, estão presentes em apenas 69,5% das 11.374 eSB avaliadas no primeiro ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) em 2011. Ademais, revelou importantes diferenças entre as macrorregiões, sendo que as regiões Sul e Sudeste apresentam melhores taxas que as regiões Norte e Nordeste⁴². Ou seja, a organização dos serviços está relacionada com o desenvolvimento humano da região. Fernandes et al.⁴³ encontraram associação entre a cobertura de primeira consulta odontológica programática

com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) no sentido pró-equidade. As autoras apontam que esse achado pode ser decorrente do aumento de incentivo, a partir de 2004, para as eSF e saúde bucal para os municípios com menor IDH, além dos incentivos adicionais do Brasil Sorridente para insumos e equipamentos odontológicos. Entretanto, apesar de os estados do Norte e do Nordeste apresentarem maior oportunidade de acesso, o impacto das políticas públicas sobre a utilização dos serviços ainda é uma lacuna, visto que a proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais é maior entre os estados com maior IDH⁴³.

O modelo de atenção curativo e mutilador ainda é presente no setor público e na ESF^{44,45}, especialmente em regiões remotas, contribuindo para o afastamento da legitimação que essa política poderia alcançar na população; e, assim, permanece suscetível às conjunturas governamentais. Iniciativas recentes no cenário político, como o Projeto de Lei do Senado nº 8/2017, ainda em tramitação, que objetiva incluir a PNSB no campo de atuação do SUS, podem contribuir para o enfrentamento dessas fragilidades.

Conclusões

Em conclusão, o presente estudo apontou redução da implantação, expressa pela menor cobertura populacional das eSB e estabilidade no número de CEOs, resultados limitados da política de saúde bucal no Brasil, revelados pela tendência de queda nos indicadores dos serviços odontológicos e também redução no financiamento da política entre 2015 e 2017. Além disso, observou-se um cenário político restritivo para a PNSB, expresso nas mudanças sucessivas na coordenação nacional da política e no próprio MS, que certamente influenciaram na perda de direcionamento da política no nível federal.

O presente estudo apresenta limitações por trabalhar com dados secundários, como os indicadores dos resultados dos serviços odontológicos, que, por sua vez, apresentam limitações na padronização do registro do procedimento, digitação, controle e atualização dos sistemas de informação, especialmente com o novo e-SUS. Há ainda outras questões que merecem discussão, como a pactuação desses indicadores de AB pelos municípios e as metas da AE estabelecidas pelo MS, as quais não foram objeto deste estudo. Contudo, essas limitações não retiram o potencial de uso desses dados para monitoramento e análise de políticas de saúde bucal no Brasil. Existem lacunas também sobre a utilização dos serviços odontológicos público e privados no período monitorado (2015-2017), visto que os dados mais recentes disponíveis são da Pesquisa Nacional de Saúde, publicada pelo IBGE em 2013.

É necessário aprofundar o estudo sobre o financiamento da política, uma vez que o maior aporte financeiro de 2016 não foi coerente com o não avanço na implantação e nos resultados desse ano. A viabilidade em longo prazo da odontologia no SUS é questionada em alguns estudos, diante do caráter secundário dessa política, que concorre com políticas de maior gravidade da saúde^{3,41,46}. Isso reforça a necessidade de debater os rumos da política Brasil Sorridente no sentido do fortalecimento de sua legitimidade social no País, a qual encontra-se com a sua manutenção ameaçada nos próximos anos, tendo em vista seus resultados atuais.

Colaboradores

Chaves SCL coordenou a formulação da pesquisa, participou da análise dos dados e revisou o manuscrito final. Nascimento CR, Almeida AMFL, Rossi TRA e Barros SG participaram da coleta e análise dos dados, escrita e revisão final do manuscrito. ■

Referências

- Cohen N, Horev T. Policy entrepreneurship and policy networks in healthcare systems – The case of Israel's pediatric dentistry reform. *Isr J Health Policy Res.* 2017; 6:24.
- Di Bela E, Leporatti L, Montefiori M, et al. Popular initiatives in 2014-2016 call for the introduction of mandatory dental care insurance in Switzerland: The contrasting positions at stake. *Health Policy.* 2017 jun; 121(6):575-581.
- Benzian H, Hobdell M, Holmgren C, et al. Political priority of global oral health: an analysis of reasons for international neglect. *Int Dent J.* 2011 jun; 61(3):124-130.
- Rossi TTA. Produção social das políticas de saúde bucal no Brasil [tese]. Salvador: UFBA/ISC; 2016. 380 p.
- Chaves SCL, Almeida AMFL, Rossi TRA, et al. Oral health policy in Brazil between 2003 and 2014: scenarios, proposals, actions, and outcomes. *Ciênc Saúde Colet.* 2017; 22(6):1791-1803.
- Cunha BAT, Marques RAA, Narvai PC, et al. Saúde bucal em Diadema: da odontologia escolar à estratégia saúde da família. *Saúde Soc.* 2011; 20(4):1033-1045.
- Baldani NH, Antunes JLF. Inequalities in access and utilization of dental services: a cross-sectional study in an area covered by the Family Health Strategy. *Cad Saúde Pública.* 2011; 27(supl.2):S272-283.
- Pereira CRS, Roncalli AG, Cangussu MCT, 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.* 2012 mar; 28(3):449-462.
- Figueiredo N, Goes PSA. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2009 fev; 25(2):259-267.
- Chaves SCL, Cruz DN, Barros SG, et al. Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2011 jan; 27(1):143-154.
- Goes PSA, Figueiredo N, Neves JC, et al. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2012; 28(supl):S81-S89.
- Celeste RK, Moura FRR, Santos CP, et al. Análise da produção ambulatorial em municípios com e sem centros de especialidades odontológicas no Brasil em 2010. *Cad Saúde Pública.* 2014 mar; 30(3):511-521.
- Corrêa GT, Celeste RK. Associação entre a cobertura de equipes de saúde bucal na saúde da família e o aumento na produção ambulatorial dos municípios brasileiros, 1999 e 2011. *Cad Saúde Pública.* 2015 dez; 31(12):2588-2598.
- Observatório de Análise Política em Saúde. Análise do Processo da Reforma Sanitária Brasileira no período de 2007 a 2016 [internet]. Salvador: Oaps; 2018 [acesso em 2018 jun 20]. Disponível em: <http://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/matriz/analises/1/>.
- Gomes R. Análise e interpretação de dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, organizadora. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade.* Petrópolis: Vozes; 1993. p. 67-79.
- Vieira-da-Silva LM. Avaliação de Políticas e Programas de Saúde. *Temas em Saúde Coletiva.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014.
- Brasil. Ministério da Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica [internet]. Brasília, DF: Ministério da

- Saúde; 2018 [acesso em 2017 ago 12]. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/#>.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portal do Departamento de Atenção Básica [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018 [acesso em 2018 mar 12]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php.
 19. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Sistema de Informações Ambulatoriais [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018 [acesso em 2018 maio 19]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>.
 20. Barros SG, Chaves SCL. A utilização do sistema de informações ambulatoriais (SIA-SUS) como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. *Epidemiol Serv Saúde*. 2003; 12(1):41-51.
 21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Qualificação dos Indicadores do Manual Instrutivo para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015.
 22. Brasil. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018 [acesso em 2018 fev 10]. Disponível em: <http://aplicacao.saude.gov.br/portalthransparencia/index.jsf>.
 23. Banco Central do Brasil. Calculadora do cidadão [internet]. Brasília, DF: BCB; 2018 [acesso em 2018 jun 20]. Disponível em: <https://www3.bcb.gov.br/CALCIDADAOPublico/exibirFormCorrecaoValores.do?method=exibirFormCorrecaoValores>.
 24. Rio de Janeiro. Conselho Regional de Odontologia. Portal de Notícias [internet]. Rio de Janeiro: CRO; 2016 [acesso em 2016 ago 09]. Disponível em: <http://www.cro-rj.org.br/cfo-condena-possivel-extincao-da-coordenacao-nacional-de-saude-bucal/>.
 25. Brasília. Federação Interestadual dos Odontologistas. Portal de Notícias [internet]. Brasília, DF: FIO; 2016 [acesso em 2016 ago 08]. Disponível em: <http://www.sodf.org.br/site/Arquivos/carta-aos-sindicatos2.pdf>.
 26. Pollo L. De atestado médico, servidora da saúde faz tour em Madri. Estado de São Paulo [internet]. 2016 nov 27 [acesso em 2018 jun 5]. Disponível em: <https://politica.estadao.com.br/blogs/coluna-do-estado/servidora-que-pegou-atestato-medico-e-fez-tour-soltas-em-madri-e-exonerada/>.
 27. Brasil. Ministério da Saúde. Portal de Notícias [internet]. Brasília, DF: MS; 2017 [acesso em 2017 jul 20]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/apresentacoes/41456-governo-federal-investe-r-344-3-milhoes-para-fortalecer-a-saude-bucal-brasileira>
 28. Pinell P. Análise Sociológica das Políticas de Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010.
 29. Cascaes AM, Dotto L, Bomfim RA. Tendências da força de trabalho de cirurgiões-dentistas no Brasil, no período de 2007 a 2014: estudo de séries temporais com dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. *Epidemiol Serv Saúde*. 2018 mar; 27(1):1-10.
 30. Sousa JE, Maciel LKB, Oliveira CAS, et al. Mercado de trabalho em Odontologia: perspectivas dos estudantes concluintes de faculdades privadas. *Rev ABENO*. 2017; 17(1): 74-86.
 31. Narvai PC. O fim do Brasil Sorridente? Portal de Notícias [internet]. Rio de Janeiro: Abrasco; 2017 [acesso em 2017 ago 17]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/opiniaio/brasil-sorridente-paulo-capel-narvai/30172/>.
 32. Morosini MVGC, Fonseca LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde debate*. 2018 jan-mar; 42(116):11-24.
 33. Pilotto LM, Celeste RK. Tendências no uso de serviços de saúde médicos e odontológicos e a relação

- com nível educacional e posse de plano privado de saúde no Brasil, 1998-2013. *Cad Saúde Pública*. 2018 mar; 34(4):1-11.
34. Mendes FIR, Bandeira MA, Tajra FS. Percepção dos profissionais quanto à pertinência dos indicadores de saúde bucal em uma metrópole do Nordeste brasileiro. *Saúde debate*. 2015 jan-mar; 39(104):147-158.
35. Pires ALC, Gruendemann JLAL, Figueiredo GS, et al. Atenção Secundária em saúde bucal no RS: Análise descritiva da produção especializada em municípios com CEOs a partir do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS. *RFO*. 2015 set-dez; 20(3):325-333.
36. Thomaz EBAF, Sousa GMC, Queiroz RCS, et al. Avaliação do cumprimento das metas de produtividade em Centros de Especialidades Odontológicas no Maranhão, 2011. *Epidemiol Serv Saúde*. 2016 out-dez; 25(4):807-818.
37. Rossi TRA, Chaves SCL. Implementação da Atenção Especializada em Saúde Bucal em dois municípios na Bahia-Brasil. *Saúde debate*. 2015; 39(esp):196-206.
38. Frazão P, Narvai PC. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. *Saúde debate*. 2009 jan-abr; 33(81):64-71.
39. Junqueira SR, Pannuti CM, Rode SM. Oral health in Brazil--part I: public oral health policies. *Braz Oral Res*. 2008; 22(supl.1):8-17.
40. Cangussu MCT, Passos JS, Cabral MBBS. Necessidades e problemas de saúde bucal no Brasil e tendências para as políticas de saúde. In: Chaves SCL, organizadora. *Política de Saúde Bucal no Brasil: teoria e prática*. 1. ed. Salvador: Edufba; 2016. p. 47-78.
41. Soares CLM, Paim JS, Chaves SCL, et al. O movimento da Saúde Bucal Coletiva no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017; 22(6):1805-1816.
42. Neves M, Giordani JMA, Hugo FN. Atenção primária à saúde bucal no Brasil: Processo de trabalho das equipes de saúde bucal. *Ciênc Saúde Colet [internet]* 2017 set; 22(9):1-10.
43. Fernandes JKB, Pinho JRO, Queiroz RCS, et al. Avaliação dos indicadores de saúde bucal no Brasil: tendência evolutiva pró-equidade? *Cad Saúde Pública*. 2016 fev; 32(2):1-18.
44. Soares FF, Figueiredo CRV, Borges NCM, et al. Atuação da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família: análise dos estudos publicados no período 2001-2008. *Ciênc Saúde Colet*. 2011; 16(7):3169-3180.
45. Pires FS, Botazzo C. Organização tecnológica do trabalho em saúde bucal no SUS: uma arqueologia da política nacional de saúde bucal. *Saúde Soc*. 2015; 24(1):273-284.
46. Assis LN, Paim JS, Soares CLM. Políticas de saúde bucal pós-constituinte: governos FHC e Lula. In: Chaves SCL, organizador. *Políticas de saúde bucal no Brasil: teoria e prática*. 1. ed. Salvador: UFBA; 2016. p. 117-136.

Recebido em 14/07/2018

Aprovado em 27/09/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Posicionamento das entidades odontológicas sobre a Política Nacional de Saúde Bucal, no período de 2015-2017

Positioning of dental entities on the National Oral Health Policy, in the period 2015-2017

Ana Maria Freire de Lima Almeida¹, Sônia Cristina Lima Chaves², Letícia Rabelo Nunes³, Camila Oliveira Araújo⁴

DOI: 10.1590/0103-110420185207

RESUMO Este estudo analisou o posicionamento de entidades odontológicas nacionais sobre a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), entre 2015 e 2017, no Brasil, como espaço de relações de força entre agentes e instituições. Foi realizada análise documental das publicações relacionadas sobre a política nos sites oficiais, em redes sociais e em notícias do Conselho Federal de Odontologia (CFO), da Associação Brasileira de Odontologia (ABO), das Federações de sindicatos e da Associação de Saúde Bucal Coletiva (Abrasbuco). O monitoramento foi semanal, segundo categorias: ações e posicionamento da entidade sobre a política, demandas profissionais e relações com o campo político. Observou-se, nesse período, que CFO e Federação Interestadual dos Odontologistas foram as entidades que mais publicaram sobre a política. As entidades sindicais e os representantes da Abrasbuco se posicionaram mais criticamente sobre as sucessivas mudanças na Coordenação Geral de Saúde Bucal em 2015. O fato que mobilizou todas as entidades, à exceção da ABO, foi a possível extinção da coordenação, em 2016. Destaca-se o posicionamento comum das entidades pela defesa da expansão da política com novos postos de trabalho no SUS e articulação com o poder legislativo na aprovação de projetos de lei, como o da odontologia na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e da transformação da PNSB em política de Estado.

PALAVRAS-CHAVE Política de saúde. Assistência odontológica. Odontologia. Saúde bucal.

ABSTRACT *This study analyzed the positioning of national dental entities on the National Oral Health Policy (PNSB), between 2015 and 2017, in Brazil, as a space for relations of strength between agents and institutions. A documentary analysis of the related publications about politics was carried out on official websites, social networks and news from the Federal Council of Dentistry (CFO), of the Brazilian Association of Dentistry (ABO), the Federations of unions and the Association of Collective Oral Health (Abrasbuco). The monitoring was weekly, according to categories: actions and positioning of the entity on the politics, professional demands and relations with the political field. It was observed, during this period, that CFO and Interstate Odontologists Federation were the entities that most published about politics. The unions and representatives of Abrasbuco were more critically positioned about the successive changes in*

¹Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9285-194X>
anamariafsl@gmail.com

²Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1476-8649>
sclichaves@gmail.com

³Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9750-6478>
leticianabelo@gmail.com

⁴Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6989-7296>
camila.odontoufba2@gmail.com

the General Coordination of Oral Health in 2015. The fact that mobilized all entities, with the exception of ABO, was the possible extinction of coordination, in 2016. It stands out the common position of entities for the defense of the expansion of the policy with new jobs in the SUS and articulation with the legislative power in the approval of bills, such as dentistry in the Intensive Care Unit (ICU) and the transformation of the PNSB into State politics.

KEYWORDS Health policy. Dental care. Dentistry. Oral health.

Introdução

A Constituição Brasileira, publicada em 1988, marcou a transição para o regime democrático no País e favoreceu o envolvimento dos diversos atores da sociedade nos processos de decisão e implementação das políticas sociais. Na política de saúde bucal, as entidades odontológicas historicamente protagonizam essa participação social e exerceram influência nos diferentes períodos de governo no período pós-constituente, com destaque para o Conselho Federal de Odontologia (CFO) e para a Associação Brasileira de Odontologia (ABO)¹. Rossi¹ relata que, na década de 1980, essas entidades exerciam uma posição dominante no campo odontológico e marcaram seus posicionamentos na defesa dos interesses corporativos, mas sem uma preocupação explícita com as alternativas de enfrentamento dos problemas de saúde bucal da população brasileira, defendendo o modelo da odontologia de mercado, curativo e focado na atenção individual, mesmo no âmbito da prestação de serviços previdenciários.

Estudo de Soares e colaboradores², que analisaram o posicionamento das entidades médicas quanto ao Sistema Único de Saúde (SUS), no período 2015-2016, de grande instabilidade política, apontou que as entidades médicas (Conselho Federal de Medicina, Associação Brasileira de Medicina

e Federação Brasileira dos Médicos) foram fortes oponentes às políticas do governo federal antes do impeachment de Dilma Rousseff, como o Programa Mais Médicos, que contrariou os interesses da categoria médica, com forte caráter corporativo.

Contudo, não há estudos mais recentes sobre a atuação de agentes não governamentais na implementação da política de saúde bucal. Nesse espaço de luta, entre as entidades do campo odontológico, destacam-se atualmente, no cenário nacional, o CFO, a ABO, a Federação Nacional dos Odontologistas (FNO), a Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO) e, na área da saúde coletiva, a Associação Brasileira de Saúde Bucal Coletiva (Abrasbuco). Todos esses atores estiveram presentes ao longo dos últimos anos nas Conferências Nacionais de Saúde, produzindo fatos políticos de mobilização pelos interesses dos Cirurgiões-Dentistas (CD), por um lado, e da assistência em saúde bucal como direito à saúde, por outro. Foram atuantes na luta para inclusão da saúde bucal no Programa Saúde da Família (PSF), que ocorreu no ano de 2000, e na reivindicação pela igualdade de proporção entre a equipe de saúde bucal e a equipe de saúde da família, e, posteriormente, em 2004, participaram do processo de construção e lançamento da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB – Brasil Sorridente)³.

Silva, Jaccoud e Beghin⁴ destacam que,

apesar de a sociedade ter avançado no exercício do acompanhamento, da participação e do controle das políticas públicas, há problemas envolvendo a mobilização dos setores representados, como a captura dos espaços participativos por interesses privados ou corporativos e a predominância do poder executivo nos processos decisórios. Compreender a forma como os diferentes agentes e instituições se posicionam e agem diante do processo histórico que envolve a resposta social a problemas de saúde é uma das principais atribuições da subárea da saúde coletiva denominada política, planejamento e gestão em saúde.

No caso da atenção à saúde bucal, chama a atenção a inexistência de estudos que analisem a participação e o posicionamento das entidades odontológicas com relação à política, aqui compreendida como a possibilidade de influência dos agentes e das instituições sobre o Estado, que é aquele que detém o monopólio da resposta social aos problemas evocados⁵. Nesse sentido, este estudo busca analisar parte do espaço social da saúde bucal quanto ao posicionamento das entidades odontológicas a partir do acompanhamento e da sistematização dessa participação, realizado pelo eixo temático de Saúde Bucal do Observatório de Análise Política em Saúde (Oaps), do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), no período de 2015 a 2017.

Material e métodos

Este foi um estudo retrospectivo, descritivo, com abordagem qualitativa de monitoramento do posicionamento das entidades odontológicas, através da análise documental das publicações relacionadas com a Política Nacional de Saúde Bucal nos sites oficiais, redes sociais, documentos, cartas, atas, notícias, jornais e revistas das entidades monitoradas [Conselho Federal de Odontologia (CFO), Associação Brasileira

de Odontologia (ABO), Federação Nacional dos Odontologistas (FNO), Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO) e Associação Brasileira de Saúde Bucal Coletiva (Abrasbuco)], no período de 2015 a 2017.

A pesquisa foi exploratória no uso dos conceitos de espaço social e posição dos agentes através de suas instituições, oriundos da obra de Pierre Bourdieu⁵. Toda política se apresenta num determinado espaço social onde se estruturam as relações de força entre agentes e instituições, definidas em cada caso pelas posições diferenciadas que ocupam na distribuição de um tipo específico de capital, como dominantes ou dominados. Todo espaço de posições sociais se retraduz em um espaço de tomadas de posição, essa retradução se faz pela intermediação do espaço de disposições, ou seja, do *habitus*⁶. No presente estudo, partiu-se do pressuposto de que há entidades dominantes no espaço de luta da saúde bucal que pautam a discussão e congregam as demais em torno de questões em jogo comuns, de interesse mútuo. E, entre elas, o CFO ocupa o polo dominante, por ter o metacapital do Estado^{5,6}, seguido da ABO, por apresentar a representação da odontologia 'liberal' e de mercado, que é dominante no *habitus* da classe.

Do ponto de vista da história, cabe destacar que o CFO e os Conselhos Regionais foram criados nos anos 1960 pela Lei nº 4.324, de 14 de abril de 1964. Os Conselhos são constituídos em seu conjunto em uma Autarquia, sendo cada um deles dotado de personalidade jurídica e de direito público, com autonomia administrativa e financeira e com a finalidade de supervisionar a ética profissional em toda a República⁷. A ABO Nacional foi fundada por volta de 1917 e é reconhecida como entidade de utilidade pública, sem fins lucrativos, dedicada à defesa da classe odontológica e da saúde oral da população brasileira. Está representada nas 27 unidades federativas através de Seções Estaduais e em 294 municípios, por meio de Regionais, no que é conhecida por

Rede ABO⁸. A FNO foi fundada em 23 de fevereiro de 1948 pelos sindicatos do Ceará, Recife, Bahia, Paraná, Juiz de Fora, Niterói, Minas Gerais e Rio de Janeiro, e trata-se de uma entidade sindical que compreende todo território nacional, congregando sindicatos de Odontologia e representando legalmente os CD⁹. A FIO foi fundada em 1988 e congrega 21 Sindicatos de Odontologistas do País, e se considera uma instância superior que reúne o movimento sindical¹⁰. A criação da Abrasbucó ocorreu em agosto de 1998, em reunião paralela realizada durante o XIV Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico (Enatespo) e o III Congresso Brasileiro de Saúde Bucal, na cidade de Fortaleza, Ceará. Para seus organizadores, foi um episódio da luta e do desejo organizativo de pessoas que entendem a saúde bucal enquanto componente de qualidade de vida dos grupos

sociais, direito de cidadania e responsabilidade do Estado, colocando-se no campo das políticas públicas¹¹.

O monitoramento, compreendido como acompanhamento sistemático das publicações das referidas entidades, foi semanal, e o material coletado foi distribuído nas categorias de análise: ações e posicionamento da entidade sobre a política, demandas profissionais, relações com o campo político, relações com o poder executivo e relações entre entidades. A distribuição dos achados nessas categorias foi realizada por dois pesquisadores, separadamente, e não houve discordâncias entre eles. Foi também realizada uma síntese descritiva das principais ações e posicionamentos por ano (*quadro 1*), e, a partir das categorias de análise propostas, foi construída uma síntese dos principais posicionamentos das entidades odontológicas, no período de 2015 a 2017 (*quadro 2*).

Quadro 1. Síntese das informações encontradas nas publicações das entidades odontológicas* por categorias de análise, no período de 2015 a 2017

Categorias de Análise	Ano		
	2015	2016	2017
Ações e Posicionamentos sobre a Política	CFO, ABO, FNO, FIO, ABRAS-BUCO	CFO, ABO, FNO, FIO, ABRAS-BUCO	CFO, ABO, FNO, FIO, ABRAS-BUCO
Defesa do SUS, expansão, valorização e melhorias dos serviços públicos odontológicos			
Defesa da política de fluoretação das águas de abastecimento público	CFO, ABO	-	-
Organização de eventos, atos, espaços, comissões e/ou frentes para discussão do SUS e/ou da PNSB	FNO, FIO	-	-
Defesa de plano de carreira no SUS	FNO	-	-
Posicionamento contrário sobre as mudanças na Coordenação Nacional de Saúde Bucal do MS	CFO, FNO, FIO, ABRASBUCO	CFO, FNO, FIO, ABRASBUCO	-
Apoio ao projeto de lei que transforma a PNSB Brasil Sorridente em política de Estado.	-	CFO, FIO, ABO	CFO, FIO, ABO, FNO
Demandas Profissionais	FNO	FNO	-
Defesa de plano de carreira no SUS			
Autoria e/ou defesa de Projetos de Lei de interesse da classe odontológica	CFO, ABO, FNO	CFO	CFO, ABO, FNO
Aumento do número de vagas para CD do SUS	-	CFO, FNO, FIO	-
Relações com o campo político	FNO, CFO	-	-
Apoio e publicação sobre parlamentares			

Quadro 1. (cont.)

Relações com o poder executivo	CFO	CFO	CFO
Publicações de apoio ou divulgação de ações da Coordenação Nacional de Saúde Bucal do MS			
Relações entre entidades odontológicas	CFO, ABO, FNO	CFO, FIO, FNO	ABO, CFO, FNO
Participação em eventos e espaços com as demais entidades odontológicas com temas relacionados ao SUS e/ou à PNSB			

Fonte: Elaboração própria, com base no material coletado.

* Conselho Federal de Odontologia (CFO), Associação Brasileira de Odontologia (ABO), Federação Nacional dos Odontologistas (FNO), Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO) e a Associação Brasileira de Saúde Bucal Coletiva (Abrasbuco).

Quadro 2. Principais ações e posicionamento das entidades odontológicas* interessadas na PNSB no período de 2015 a 2017

2015	2016	2017
<p>O CFO se posiciona como 'parceiro' do Ministério da Saúde (MS) e afirmou preocupação com a ampliação dos serviços públicos de saúde bucal. Reforçou demandas da classe odontológica presentes no documento 'O que esperamos do próximo presidente do Brasil', como a ampliação dos sistemas de fluoretação das águas de abastecimento público e da política Brasil Sorridente Indígena.</p> <p>Diversas entidades (ABO, CFO, FIO e FNO Abeno, ABCD) entregaram carta ao ministro da saúde, solicitando a manutenção da PNSB e da então coordenadora geral de Saúde Bucal, Rozângela Camapum, ex-presidente da FIO, que ocupou o cargo por cerca de dois meses, sendo substituída por Ademir Fatric, empresário ligado a planos odontológicos.</p> <p>A FIO criticou a exoneração de Rozângela publicando o texto 'Para onde vai o Brasil Sorridente: SUS ou mercado?'</p> <p>A ABRASBUCO também foi contrária à saída da coordenadora e destacou o envio do documento 'Carta a Presidente Dilma Rousseff e à sociedade - Nota Pública Sobre o SUS e a Agenda Brasil'. As entidades criticam o documento 'Agenda Brasil' por ameaçar o caráter universal do SUS. Assinaram essa carta a Abrasco, Abres; Ampasa; APSP; Cebes; Idisa e Rede Unida - SBB.</p>	<p>O CFO destacou o papel da Comissão Parlamentar da entidade na aprovação pelo Senado do PL 34/2013, que regulamenta a presença do cirurgião-dentista nas UTIs e inclui a assistência odontológica no atendimento e na internação domiciliares do SUS.</p> <p>Em julho, as entidades emitiram notas e comunicados de repúdio (CFO, FIO, FNO, Conselhos Regionais - BA, SP, SE, PR, RS, MT; Sindicatos - Soergs, Soepar, Sinodonto-SE, SoDF) sobre a possível extinção da Coordenação Nacional de Saúde Bucal (CNSB). Em agosto, foi nomeada para o cargo de coordenadora Patrícia Ferraz, onde permaneceu apenas por cinco meses.</p> <p>Em dezembro, a FIO, FNO e CFO organizaram uma Assembleia Conjunta com os presidentes dos CROs, com o objetivo de somar as forças do Sistema CFO/CROs e entidades sindicais em prol das causas da categoria odontológica. Nesse encontro, a FNO destacou como pleito o aumento do número de vagas para cirurgiões-dentistas no SUS.</p>	<p>O CFO e a ABO destacaram a realização do XXXV Ciosp, evento de repercussão nacional onde a discussão da PNSB vem sendo mantida.</p> <p>A FIO deu grande enfoque a questões sobre as reformas da previdência social e trabalhista. A terceirização na saúde também foi tema de debate. A FNO encaminhou ofício ao presidente da Câmara dos Deputados, Rodrigo Maia (DEM/RJ), solicitando a preservação da aposentadoria especial dos Cirurgiões-Dentistas.</p> <p>A FNO manifestou-se contra a proposta de criação do plano de saúde popular que foi encaminhada à Agência Nacional de Saúde (ANS) pelo MS. A entidade também se mobilizou contra a reforma da Previdência.</p> <p>ABO publicou inúmeras postagens em sua página no Facebook a respeito do PL que torna a política Brasil Sorridente uma lei federal.</p> <p>Em julho, houve um anúncio de liberação de R\$ 344,3 milhões para a saúde bucal, realizado no Planalto, em Brasília, com participação do CFO. A FIO e FNO publicam sobre esse assunto em seus sites oficiais.</p> <p>Em agosto, o CFO, ABO, FIO, FNO, Abrasco, Cebes e membros da Abrasbuco manifestaram contrariedade sobre a revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).</p>

Quadro 2. (cont.)

Destaca-se a participação do CFO e ABO no Congresso Internacional de Odontologia de São Paulo (Ciosp) e na mesa de abertura do Encontro de Coordenadores de Saúde Bucal do Sistema Público; da FNO nos debates das etapas municipais, estaduais e nacional da XV CNS, realizadas no final de 2015, em Brasília/DF; e da FIO, na construção do IX Congresso da Federação Interestadual dos Odontologistas (Confio), cujo tema foi 'O mercado de trabalho na Odontologia: desafio atual público e privado'.	O CFO, a FIO, ABO e o ex-coordenador de Saúde Bucal, Gilberto Pucca, manifestaram apoio ao projeto de lei do senador Humberto Costa (PT-PE) e do deputado Jorge Solla (PT-BA), para transformar o programa Brasil Sorridente em política de Estado.	Em outubro, O CFO discutiu sobre a criação da Frente Parlamentar da Odontologia, encabeçada pelo presidente da entidade, Juliano do Vale, no intuito de defender os interesses da classe profissional. No dia 5 de outubro, a FNO participou de uma reunião do Conselho Nacional de Saúde, junto ao Ministro da Saúde, Ricardo Barros, onde foi requerida a revogação da portaria da Nova PNAB.
---	---	--

* Conselho Federal de Odontologia (CFO), Associação Brasileira de Odontologia (ABO), Federação Nacional dos Odontologistas (FNO), Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO) e a Associação Brasileira de Saúde Bucal Coletiva (Abrabuscu).

As categorias de análise foram assim denominadas: a) ações e posicionamento da entidade sobre a política – por exemplo, comentários e opiniões do presidente da entidade no editorial dos jornais; b) demandas profissionais, como solicitações específicas dos profissionais (CD, TSB e ASB) – por exemplo, aumento de postos de trabalho, salários, carga horária, plano de carreira no SUS, capacitação profissional; c) relações com o campo político, encontros, reuniões e entrevistas com os políticos – isso pode estar expresso nas entrevistas de deputados e vereadores e em reuniões de trabalho; d) relações com o poder executivo, como encontros, reuniões, entrevistas e espaço nas publicações da entidade com os atores do governo; e e) relações entre entidades: encontros, reuniões e entrevistas entre as entidades.

Resultados

O Posicionamento sobre a Política apontou que as entidades publicaram, em algum momento do período monitorado, sobre a defesa do SUS, expansão e valorização e melhorias dos serviços públicos odontológicos, bem como posicionamento contrário sobre as mudanças realizadas na Coordenação Geral de Saúde Bucal (CGSB) do Ministério da

Saúde (MS) e apoio ao projeto de lei de 2016, que busca transformar a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) em política de Estado. A defesa da política de fluoretação das águas de abastecimento público foi destacada pela ABO, pelo CFO e pela Abrabuscu. A organização de eventos, atos, espaços, comissões e/ou frentes para discussão do SUS e/ou da PNSB e a defesa de plano de carreira no SUS foram protagonizadas pelas entidades sindicais (FNO e FIO). As Demandas Profissionais foram frequentes nos posicionamentos do CFO, da FNO e da FIO na defesa de plano de carreira no SUS, autoria e/ou defesa de Projetos de Lei de interesse da classe odontológica e solicitação de aumento do número de vagas para CD no SUS.

Quanto às relações com o campo político, as publicações do CFO e da FNO apontam para o apoio a Projetos de Lei (PL) de interesse da odontologia e/ou defendem a política de saúde bucal (*quadro 3*). Nas Relações com o poder executivo, o principal achado foram publicações do CFO de apoio ou divulgação de ações da CGSB do MS. E, por fim, nas relações entre entidades foram encontradas diversas notícias de todas as organizações monitoradas sobre a participação em eventos e espaços com as demais entidades odontológicas com temas relacionados ao SUS e à PNSB.

Quadro 3. Projetos de Lei das demandas profissionais da odontologia brasileira, 2003 a 2017

Projeto de Lei (PL)/Ano	Autor/Partido	Assunto	Situação atual
PL 957/03	Deputado Vanderlei Assis (PPSP)	Regulamenta a Odontologia do Trabalho – dispõe sobre a especialização em Odontologia do Trabalho Comissão de Legislação Participativa.	Aguardando Designação de Relator na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC) 19/03/2015 – Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (Mesa)
PL 1140/03	Deputado Rubens Otoni (PT/GO).	Regulamenta as profissões de técnico em higiene dental e auxiliar de consultório dentário	Transformado na Lei Ordinária 11889/2008
PL 1823/03	Deputado Geraldo Resende (PPS/MS)	Proíbe a criação de novos cursos de Odontologia e a ampliação de vagas nos cursos existentes e dá outras providências.	11/02/2015: Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (Mesa)
PL 3466/04	Deputado Inocêncio Oliveira (PFL/PE)	Estabelece critérios para a edição da lista referencial de honorários médicos no âmbito nacional e dá outras providências.	05/06/2007 – Aguardando Apreciação pelo Senado Federal
PL 3520/04	Deputado Vanderlei Assis (PP/TO)	Altera o art. 162, Seção III, e o art. 168, Seção V, do Capítulo V do Título II da Consolidação das Leis do Trabalho, relativo à segurança e medicina do trabalho e dá outras providências, obrigando as empresas a manter serviços especializados em segurança em medicina e odontologia do trabalho.	Arquivado
PL 422/2007	Deputado Flaviano Melo (PMDB/AC)	Odontologia do Trabalho – altera o art. 162, Seção III, e o art. 168, Seção V, do Capítulo V do Título II da Consolidação das Leis do Trabalho, relativo à segurança e medicina do trabalho e dá outras providências.	24/03/2015 – Enviado à Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC)
PL 3.734/2008	Deputado Ribamar Alves (PSB/MA)	Piso Salarial – Altera a Lei 3.999, de 15 de dezembro de 1961, que altera o salário mínimo dos médicos e cirurgiões-dentistas. Fixa em R\$ 7 mil o salário mínimo dos médicos, sendo o valor horário de R\$ 31,81.	Arquivado
PEC 362/2009	Deputado Maurício Rands (PT/PE)	Dispõe sobre planos de carreira do Sistema Único de Saúde e dá outras providências, por meio de acréscimo de parágrafos ao art. 198 da Constituição Federal.	Arquivado.
PL 140/2009	Senador Gilvam Borges (PMDB/AP)	Piso salarial – altera dispositivos da Lei 3.999, de 15 de dezembro de 1961, para fixar o valor do piso salarial e a jornada de trabalho dos médicos e cirurgiões-dentistas, e dá outras providências. O piso salarial é fixado em R\$ 7.000,00 (sete mil reais) mensais.	Situação: projeto está pronto para votação em plenário. Aguarda inclusão em pauta.
PL 555/2010 – anexado ao PL472/2009 PL 147/2012	Arnaldo Faria de Sá (PTB/SP)	Regulamenta o inciso III do § 4º do art. 40 da Constituição, que dispõe sobre a concessão de aposentadoria especial ao servidor público titular de cargo efetivo cujas atividades sejam exercidas sob condições especiais que prejudiquem a saúde ou a integridade física.	20/09/2017 – Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) Retirado de pauta a requerimento da deputada Carmen Zanotto.
PEC 74/2011	Deputado Mendonça Prado (DEM/SE)	Acrescenta o art. 197-A no Título VIII, Capítulo II, Seção II – “Da Saúde”, da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, criando a carreira de Cirurgião-Dentista de Estado.	Arquivada

Quadro 3. (cont.)

PL 1187/2011	Deputada Gorete Pereira (PR/CE)	Técnico em Saúde Bucal (TSB) e de Auxiliar em Saúde Bucal (ASB) – altera a Lei nº 11.889, de 24 de dezembro de 2008, que regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal e de Auxiliar em Saúde Bucal, para instituir piso salarial profissional nacional.	01/12/2015 – Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA) Aguardando Designação de Relator na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF)
PL 2.750/11	Deputado Andre Moura (PSC/SE)	Fixa o piso salarial dos Cirurgiões-Dentistas e médicos em R\$ 10.125,82 e passa a ser corrigido a cada 12 meses segundo o INPC, válido para profissionais da rede pública e privada.	O Projeto encontra-se na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) da Câmara dos Deputados e aguarda a designação de Relator.
PL 34/2013 PL 2.776/2008	Deputado Neilton Mulim (PR/RJ)	Inclusão do dentista na UTIS: Estabelece a obrigatoriedade da presença de profissionais de odontologia nas unidades de terapia intensiva e dá outras providências.	Último local: 05/05/2016 – Secretaria Legislativa do Senado Federal Último estado: 05/05/2016 – Pronto para deliberação do plenário
PL 5728/2013 – PNCCS-SUS	Deputado Benjamin Maranhão (PMDB/PB)	Dispõe sobre o Plano Nacional de Carreiras, Cargos e Salários dos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) – PNCCS-SUS.	Arquivado
PLC 86/2014	Deputado Dr. Grilo (PLS/MG)	Institui a Semana Nacional de Prevenção do Câncer Bucal.	Sancionado e transformado na Lei nº 13.230, de 28 de dezembro de 2015.
PL 316/2014	Senador Paulo Davim (PV/RN)	Altera a Lei nº 3.999, de 15 de dezembro de 1961, para fixar o piso salarial dos médicos e cirurgiões-dentistas e excluir do âmbito de aplicação da lei os auxiliares laboratorista e radiologista.	Relator atual: Garibaldi Alves Filho Último local: 28/06/2017 – Comissão de Assuntos Econômicos (Secretaria de Apoio à Comissão de Assuntos Econômicos)
PL 765/2015	Benjamin Maranhão (SD/PB)	Altera a lei nº 3.999, de 15 de dezembro de 1961, que altera o salário mínimo dos médicos e cirurgiões-dentistas.	Apensados PL 776/2015 PL 1602/2015 Aguardando Parecer do Relator na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF), na Câmara dos Deputados
PL 1699/2015	Benjamin Maranhão (SD/PB)	Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para estabelecer parâmetros aplicáveis à gestão de recursos humanos no âmbito de instituições integradas ao Sistema Único de Saúde (SUS), e dá outras providências.	Aguardando Deliberação do Recurso na Mesa Diretora da Câmara dos Deputados (MESA)
PL 6.836/2017 e PL 8/2017	Deputado Jorge Solla (PT/BA) e senador Humberto Costa (PT/PE)	Prevê a alteração da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para incluir a saúde bucal no campo de atuação do SUS.	Aprovada por Comissão em decisão terminativa Destino: 01/08/2017 – Remetida a Câmara dos Deputados

Fonte: Elaboração própria, com base no material coletado.

Ações e posicionamentos das entidades relacionadas com a PNSB, em 2015

No ano de 2015, o CFO, a ABO e a FNO manifestaram atuação junto ao Congresso Nacional para aprovação de PL de interesse para a classe odontológica, entre eles, o PL que trata da obrigatoriedade de um CD nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), no âmbito hospitalar das redes pública e privada⁷⁻⁹. Os projetos de lei citados nas publicações monitoradas estão sistematizados no *quadro 3*.

Em suas publicações, foi frequente o posicionamento do CFO e da ABO como entidades ‘parceiras’ do MS na implantação das políticas públicas de saúde bucal. O CFO publicou dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), realizada em 2013, e defendeu a priorização de programas que ampliem os serviços públicos de saúde bucal, considerando o dado da pesquisa que indica que 74,3% das pessoas buscam serviços odontológicos em consultório ou clínicas particulares. O sistema de fluoretação das águas de abastecimento público também esteve presente nas publicações do CFO e da ABO, no ano de 2015. O CFO solicitou ampliação do investimento na fluoretação e da política do Brasil Sorridente Indígena no documento ‘O que esperamos do próximo presidente do Brasil’¹².

As entidades participaram de diversos eventos no País, com destaque para o CFO. A autarquia participou da abertura do IV Encontro Sul Brasileiro de Saúde Bucal, na cidade de Campo Grande (MS), que teve como tema ‘Desafios e Perspectivas da Saúde Bucal Coletiva’¹³. Participou, também, da V Reunião de Pesquisa em Saúde Bucal Coletiva, em Natal, RN, a qual reuniu pesquisadores e profissionais da área, bem como representantes de entidades odontológicas e a então coordenadora de Saúde Bucal do MS, Rozângela Camapum¹⁴.

Um fato marcante no ano de 2015 foi

a nomeação da CD Rozângela Fernandes Camapum, ex-presidente da Federação Interestadual de Odontologia, para o cargo de coordenadora da CGSB do MS¹⁵. Esse cargo havia sido ocupado por Gilberto Alfredo Pucca-Junior, CD, sanitarista, desde a implantação da PNSB, a partir de 2003. Rozângela Camapum foi exonerada do cargo após dois meses, em 17 de novembro de 2015, sendo substituída por Ademir Fatric, empresário ligado a planos odontológicos. A saída de Rozângela motivou entidades odontológicas Nacionais – Associação Brasileira de Ensino Odontológico (Abeno), Associação Brasileira de Cirurgiões-dentistas (ABCD), ABO Nacional, CFO, FIO e FNO – a entregar carta ao ministro da saúde, Marcelo Castro, solicitando a manutenção da Política Nacional de Saúde Bucal e da então coordenadora, para evitar quaisquer rupturas nas ações desenvolvidas na área pelo MS. Ainda em novembro de 2015, a FIO publicou um texto intitulado ‘Para onde vai o Brasil Sorridente: SUS ou mercado?’, no qual criticou a inesperada exoneração da coordenadora, ressaltando sua carreira sindical e na gestão, além de questionar o futuro da política de saúde bucal diante da entrada de um novo coordenador ligado ao mercado de planos odontológicos privados¹⁶. A Abrasbuco também se manifestou contra a mudança da Coordenação Nacional de Saúde Bucal e encaminhou um ofício ao MS no dia 22 de novembro, solicitando uma audiência para discutir o assunto. A entidade reafirmou o compromisso com o SUS e demais políticas inseridas nele e publicou no documento a seguinte afirmação: “jamais concordaremos com medidas que tenham direção contrária o que claramente representaria retrocessos inaceitáveis”¹⁷.

Em 2015, a FNO elaborou propostas para compor os debates das etapas municipais, estaduais e nacional da XV Conferência Nacional de Saúde, realizada

no final de 2015, em Brasília (DF). Entre as propostas para a Atenção Básica, estavam a ampliação das equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e das equipes ribeirinhas e a ampliação da atenção básica para o terceiro turno. Já na média complexidade, indicou ampliação dos laboratórios de prótese dentária, criação e implantação de centros de imagem e a garantia de acesso para os brasileiros de todas as especialidades de Odontologia. Na área de recursos humanos, a entidade pautou a aprovação do piso nacional e da carreira única para todos os trabalhadores do SUS¹⁸.

Destaca-se, também, a participação da FIO na LXX Reunião Ordinária da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS), da qual faz parte, em Brasília. Esse encontro elaborou documento para a XV Conferência Nacional de Saúde (CNS), com propostas sobre a valorização do trabalho e da educação no âmbito do SUS e discussão das diretrizes da Agenda Nacional do Trabalho Decente para Trabalhadores e Trabalhadoras do SUS (ANTD-SUS)¹⁹.

A Abrasbuco publicou o envio de documento intitulado ‘Carta à Presidente Dilma Rousseff e à sociedade – Nota Pública Sobre o SUS e a Agenda Brasil’, o qual criticava o documento ‘Agenda Brasil’, apresentado por lideranças do Senado ao Governo Federal, em agosto de 2015, com a proposta de extinção do SUS universal e cobrança de cidadãos assistidos pela rede pública de saúde, de acordo com a faixa de renda. Assinaram essa carta a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco); Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres); Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde (Ampasa); Associação Paulista de Saúde Pública (APSP); Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes); Instituto de Direito Sanitário Aplicado (Idisa) e Rede Unida Sociedade Brasileira de Bioética (SBB)²⁰.

Ações e posicionamentos das entidades relacionadas com a PNSB, em 2016

No início de 2016, o CFO trouxe o papel da Comissão Parlamentar da entidade na aprovação, pela Comissão de Assuntos Sociais do Senado, do Projeto de Lei nº 34/2013, que regulamenta a presença do CD nas UTIs e inclui a assistência odontológica no atendimento e na internação domiciliares do SUS (*quadro 3*). Em maio de 2016, o Conselho recebeu a visita do então Coordenador Geral de Saúde Bucal do MS, Ademir Fratric Bacic, e o presidente do CFO, à época, Ailton Morilhas, manteve em seu discurso o estabelecimento de parceria da entidade com o MS:

Esse é o objetivo do CFO, trabalhar em conjunto com os CROs e com a Coordenação de Saúde Bucal do Ministério da Saúde para que possamos, efetivamente, beneficiar o cidadão brasileiro, [afirmou Morilhas]²¹.

A instabilidade política no Brasil, presente no cenário de 2015, permaneceu e se agravou em 2016. No mês de julho, foram exonerados 73 cargos comissionados do MS, incluindo o coordenador, Ademir Fratric, que havia assumido em novembro de 2015. Essa nova mudança na coordenação gerou especulações sobre uma possível extinção da Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Esses fatos movimentaram as entidades odontológicas, que emitiram em suas redes sociais notas e comunicados de repúdio e preocupação (CFO²²; Conselhos Regionais – BA, SP, SE, PR, RS, MT; Sindicatos – Soergs, Soepar, Sinodonto-SE, SODF; FIO²³, FNO²⁴). A FIO destacou em sua nota de repúdio que a extinção da coordenação nacional implicaria redução ainda maior dos investimentos da saúde bucal no SUS e, conseqüentemente, perda dos avanços conquistados nos 14 anos de existência do Brasil Sorridente²³. Não foi encontrada manifestação pública sobre essa possível extinção da coordenação nacional por parte da ABO.

Mais uma vez a Federação Interestadual dos Odontologistas é obrigada a vir a público externar completo repúdio contra ameaças do Ministério da Saúde à Odontologia pública no país. A indicação do ministro da Saúde, Ricardo Barros, de que será extinta a Coordenação-Geral de Saúde Bucal do Ministério da Saúde [...] Ficando órfã, a Odontologia Pública no Brasil ruma para a extinção²³.

A Federação Nacional dos Odontologistas (FNO) congrega, em sua base, 23 sindicatos, em todo território nacional tendo, portanto, representação nacional da categoria odontológica, vem a público informar que tomou conhecimento [...] que o Ministério da Saúde extinguiu a Coordenação Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde, responsável pela formulação e execução de uma política nacional para a saúde bucal, em benefício da população brasileira, primordialmente amparada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) [...] Desde já manifestamos a rejeição a tal fato e informamos que encaminharemos expediente [...] solicitando a reversão da decisão de extinção da Coordenadoria Nacional da Saúde Bucal do Ministério da Saúde²⁴.

O Conselho Federal de Odontologia vem, por meio de sua Comissão de Políticas Públicas de Saúde/Prêmio Brasil Sorridente, externar a preocupação de toda a classe odontológica diante das notícias de mudanças na Política Nacional de Saúde Bucal, com a exoneração de 73 cargos titulares e a possível extinção da coordenação do Ministério da Saúde. Acreditamos que é de suma importância a manutenção da referida coordenação para que a mesma possa exercer de forma independente, centralizada e interfederada, o papel de responsável pelas ações de saúde bucal no país. A sua extinção implicará em redução de investimentos no setor e consequente perda dos avanços conquistados pelo Brasil Sorridente. O momento da Odontologia brasileira pede avanços e não retrocessos. Não podemos tolerar o recuo nas conquistas recentes, não iremos admitir nenhum sorriso a menos²².

Em 5 de agosto de 2016, foi publicada a nomeação de Patrícia Lima Ferraz, CD, ligada ao Partido Social Cristão-Amapá, para o cargo de coordenadora da CGSB. A nomeação de Patrícia Ferraz, à época desconhecida pela maioria dos dentistas brasileiros, foi apontada pela FIO e pelo CFO como decorrente das manifestações das entidades de classe contra a extinção da CGSB. A sua permanência foi de cinco meses apenas, e sua saída do cargo ocorreu logo após situação polêmica, envolvendo uma viagem internacional enquanto estava de licença médica. Assim como os coordenadores dos últimos dois anos – Rozângela Camapum (2015) e Ademir Fatric (2016) –, o pouco tempo de permanência no cargo não evidenciou mudanças com relação aos componentes da PNSB.

No dia 06 de janeiro de 2017, o MS publicou a nomeação de Livia Maria Almeida Coelho de Souza para o cargo de coordenadora. Livia Souza é graduada em odontologia pela Universidade Federal do Pará, em 1999, especialista em Prótese Dentária e em Saúde da Família, foi consultora Unesco junto a CNSB durante dois anos e atuou no Programa de Saúde da Família no estado do Pará. Chama a atenção que foi organizadora, juntamente com Gilberto Pucca-Junior e outros autores, do ‘Manual de Especialidades em Saúde Bucal’, em 2008. Participou, também, como organizadora, de publicações importantes para a área, como os ‘Cadernos de Atenção Básica’, nº 17, de saúde bucal, em 2008, bem como do próprio texto da política, publicado pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) em português e inglês, intitulado ‘A Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica’, em 2006. Ou seja, é uma agente do campo burocrático, que, de alguma forma, tem participado da formulação e implementação da atual política em curso.

Cabe relatar, também, o acontecimento da Assembleia Conjunta do CFO com os presidentes dos CROs, no mês de dezembro de 2016, em Brasília, a qual contou com a

participação de lideranças da FNO e de vários sindicatos de CD. De acordo com o CFO, o objetivo do encontro foi somar as forças do Sistema CFO/CROs e de entidades sindicais em prol das causas da categoria odontológica. Nesse encontro, a FNO destacou como pleito o aumento do número de vagas para CD no SUS, considerando que a portaria que regulamenta as equipes de saúde da família não trata como prioritária a presença da equipe de saúde bucal. O CFO publicizou na matéria sobre a referida Assembleia que a reunião foi uma solicitação da FNO e da FIO ao CFO, que acatou o pedido. Esses fatos políticos evidenciam a relação entre esses agentes quando há interesses comuns da classe odontológica.

A entrada de Michel Temer, do Partido do Movimento Democrático do Brasil (PMDB), na presidência do País e as medidas que vêm sendo tomadas pela sua equipe revelam que o projeto de governo em vigor atualmente vai na direção contrária ao projeto de sociedade construído pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que deu origem ao SUS. A ocupação do cargo de ministro da Saúde por uma pessoa totalmente desvinculada da Saúde Coletiva é uma dessas evidências. O atual ministro Ricardo Barros, deputado federal licenciado (Partido Progressista – Paraná), teve sua campanha financiada pela empresa Aliança (administradora de planos de saúde), e uma de suas afirmações mais polêmicas foi: ‘é preciso reduzir o tamanho do SUS’²⁵. Na sua gestão, foi criado um grupo de trabalho para compor uma proposta de ‘Planos de Saúde Acessíveis’²⁶. Diversos debates vêm sendo promovidos por segmentos dos movimentos sociais, do campo político e acadêmico. No caso da saúde, o foco principal tem sido as ameaças que as medidas do atual governo representam para o SUS e para os avanços e conquistas que esse sistema universal alcançou nos seus ²⁸ anos de existência.

Por fim, importante destacar, ainda no ano de 2016, apresentação do projeto de

lei pelo senador Humberto Costa (Partido dos Trabalhadores – PT-Pernambuco) e, em seguida, pelo deputado Jorge Solla (PT-Bahia), que transforma o programa Brasil Sorridente em política de Estado^{27,28}. Essa é uma pauta antiga da odontologia brasileira, reforçada por suas entidades, que visa a garantir a permanência e o orçamento próprio da Política Nacional de Saúde Bucal, independentemente das mudanças de governo. As entidades odontológicas, CFO, FIO, ABO, e o ex-coordenador de Saúde Bucal, Gilberto Pucca, manifestaram apoio ao referido PL nas redes sociais.

Ações e posicionamentos das entidades relacionadas com a PNSB, em 2017

A FIO, nos primeiros meses do ano, deu grande enfoque sobre as reformas da previdência social e trabalhista. A terceirização na saúde também foi tema de debate. No dia 15 de março, a FIO participou de uma mobilização popular contra as reformas propostas e publicou em seu *site* uma nota de repúdio contra a aprovação, pela Câmara Federal, do Projeto de Lei nº 4.302, que libera a terceirização irrestrita da mão de obra no Brasil. No mesmo período, a FNO manifestou-se contra a proposta de criação do plano de saúde acessível que foi encaminhada à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) pelo MS. A entidade também se mobilizou contra a reforma da Previdência²⁹.

A ABO destacou sua participação no XXXV Congresso Internacional de Odontologia de São Paulo (Ciosp), evento de repercussão nacional que agrega diversas entidades odontológicas e vem mantendo espaço para discussão da PNSB em suas edições³⁰. No mês de maio, a associação publicou inúmeras postagens em sua página no Facebook a respeito do projeto de lei que torna a política Brasil Sorridente uma lei federal, relatando sua aprovação, por unanimidade, pela Comissão de Assuntos Sociais do Senado.

Em junho de 2017, a ABO publicou uma nota sobre uma pesquisa feita pelo MS, a qual apontou pouca acessibilidade de brasileiros a tratamentos odontológicos, afirmando que metade das pessoas com idade entre 35 e 45 anos já perdeu ao menos 12 dentes e que 80% dos idosos têm menos de 20 dentes na boca. Nessa mesma publicação, o presidente da entidade afirmou que essa realidade reforça a necessidade de transformar em lei federal o programa Brasil Sorridente³¹. Esse projeto de lei foi assunto destacado pelas entidades monitoradas ao longo do ano, e, no início de julho, o CFO publicou nota sobre o avanço no Congresso desse PL relatando a aprovação na Comissão de Assuntos Sociais do Senado e o encaminhamento para apreciação na Câmara dos Deputados. No mesmo dia, o CFO postou notícia sobre uma apresentação feita pela atual Coordenadora Nacional de Saúde Bucal (Livia Maria Almeida) ao CFO e aos CROs, durante Assembleia Conjunta, em Brasília, onde apresentou em linhas gerais o seu trabalho na CNSB.

A FNO participou, em Brasília, da reunião do Fórum das Entidades Nacionais da Área da Saúde, evento que discutiu a defesa do SUS e desenvolveu ações para a construção de uma Política Nacional de Vigilância em Saúde. O CFO noticiou o lançamento da Frente Parlamentar da Odontologia, em Brasília, com a adesão de mais de 300 deputados. A autarquia publicou que essa Frente Parlamentar foi iniciativa da entidade em parceria com os conselhos regionais, com vistas a garantir mais recursos para as políticas de saúde bucal, além de defender os interesses dos CD³².

No cenário nacional, destaca-se um evento realizado no Planalto, em Brasília, para anúncio da liberação de R\$ 344,3 milhões para a saúde bucal. O evento teve participação do CFO e dos Conselhos Regionais, e, segundo nota divulgada pelo MS, a verba seria destinada à aquisição de 10 mil cadeiras odontológicas e 17 Unidades Odontológicas Móveis (UOMs) e para o custeio de 2.299

equipes de saúde bucal e 34 equipes de UOMs³³. Outro fato político relevante foram as manifestações contrárias à publicação da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). No mês de agosto, CFO, ABO, FIO e FNO publicaram nota afirmando contrariedade sobre a revisão da PNAB. As entidades apontaram problemas que devem impactar consideravelmente a atenção básica, como a flexibilização da carga-horária dos profissionais, autonomia da gestão municipal na composição das equipes e a possibilidade de redução do número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e dos Agentes de Combate às Endemias (ACE)³⁴. A Abrasco, o Cebes e membros da Abrasbuco também manifestaram contrariedade à revisão da PNAB³⁵.

Em setembro, a FIO publicou uma nota sobre o artigo de Paulo Capel Narvai, CD sanitário, intitulado ‘Infeliz decisão para o SUS’. O artigo é uma crítica à nova PNAB, que diz que a mudança não contempla reivindicações históricas dos profissionais, condena a possibilidade de contratação de profissionais de saúde para atuar na atenção básica, afirmando ser a oficialização da precarização do trabalho nesse nível de atenção, entre outras reivindicações. No dia seguinte, outro artigo de Paulo Capel foi citado no site da FIO, este de título ‘O fim do Brasil Sorridente?’, no qual Capel elenca decisões do governo que representam ameaças ao Brasil Sorridente. Por fim, ainda sobre a revisão da PNAB, a FNO participou de uma reunião do Conselho Nacional de Saúde junto ao então ministro da saúde, Ricardo Barros, onde foi requerida a revogação da portaria da nova PNAB.

Discussão

No período 2015-2017, no Brasil, observaram-se diferentes níveis de engajamento das entidades odontológicas em torno da política de saúde bucal, com posicionamento mais crítico das entidades sindicais sobre a

conjuntura política e econômica do período, bem como na reivindicação de demandas profissionais. Para melhor análise do papel das instituições na democracia participativa, é necessário compreender sua diversidade, suas especificidades e a natureza de cada uma delas³⁶. Os sindicatos, historicamente, apresentam dificuldades para superar o padrão restrito de organização de interesses corporativos no âmbito das lutas democráticas gerais, entretanto, o caso da Reforma Sanitária Brasileira foi uma experiência onde a participação dessas entidades contribuiu para ampliação das noções de justiça e equidade³⁷. Na Odontologia, as evidências do presente estudo apontam alguns avanços nesse aspecto, através da participação da FNO e da FIO em mesas de negociação e frentes de defesa do SUS para além da saúde bucal.

As relações com o campo político, bem como as ações de articulação e acompanhamento dos PL de interesse do campo odontológico, sobretudo por parte da FIO, FNO e CFO, expressam o potencial reivindicatório que essas instituições possuem junto ao campo político. Cabe destacar que os Projetos de Lei sobre piso salarial e plano de carreira no SUS, ao longo dessas últimas décadas, não avançaram na tramitação, e alguns foram arquivados, sendo essa uma pauta antiga de outras categorias profissionais de saúde e que envolve obstáculos, como o planejamento do sistema de saúde e processos de avaliação de desempenho, além do entendimento de que vai muito além da racionalidade administrativa, tendo um caráter também político, econômico, social e cultural³⁸. De fato, a nova conformação do mercado de trabalho odontológico, em razão do grande contingente de profissionais, formados pelo número crescente de faculdades privadas a partir dos anos 2000 e do processo de expansão das empresas odontológicas de saúde suplementar, implicou o assalariamento de grande parte dos CD.

Lyra³⁶ acredita que a participação de entidades da sociedade oxigena o Estado,

proporciona mais transparência e o aproxima da população, todavia, não há consenso sobre as limitações 'genéticas', ligadas a uma representatividade limitada, considerando que essas instituições apresentam relações de organicidade com esse Estado, formulador e gestor das políticas sociais. Os conselhos profissionais são exemplos dessa organicidade, pois são dotados de direito público, apresentam poder de regulamentar e suspender licenças de atuação profissional, conferidas pelo próprio Estado³⁹. A maior presença de publicações divulgando as ações e participações em eventos da CGSB e do próprio MS por parte do CFO é um achado que converge para essa natureza estatal dos conselhos, constituindo-se como braço do Estado no campo odontológico. Ou seja, confirmou-se a relativa influência do CFO na vocalização da política, sendo que o CFO se posiciona no sentido de apoiar o Estado na construção de uma agenda focada, principalmente, nos interesses da categoria em torno de novos empregos na área pública. Estudo de Rossi¹ também apontou a presença dessa entidade nas negociações iniciais em torno do desenho da política e na 'costura' com o campo político-legislativo. O CFO exerce um papel muito mais de apoiador da política do que propositivo no que se refere aos seus conteúdos concretos. Rossi¹ apresentou, ainda, a influência do CFO na saúde bucal desde a entrada na agenda até a sua formulação, em menor grau. O processo de definição de políticas públicas entre sociedade e Estado é complexo no mundo moderno, e a perspectiva do presente trabalho está mais próxima à posição teórica daqueles que defendem que existe um espaço da política com 'autonomia relativa do Estado', com forte presença de outros agentes e instituições fora do Estado. Esse estudo apontou o CFO no espaço da política de saúde bucal como instituição híbrida de posição dominante¹. Esse aspecto se dá por a entidade representar o Estado⁶ e ser 'representante' dos CD. Por outro lado, verificou-se que a ABO não se constituiu em

instituição dominante no espaço da política pública de saúde bucal nesse período, mas, sim, no espaço simbólico do campo odontológico, por ocupar a posição em defesa da odontologia ‘liberal’ e de mercado, que é dominante no *habitus* de classe.

O interesse fundamental da maioria das entidades recai sobre o ‘crescimento’ da odontologia, pela via de novos postos de trabalho no SUS, como é o caso da odontologia hospitalar em UTI. Chama a atenção que isso não ocorre no campo médico, já que estudo de Soares et al.² observou reduzida preocupação das entidades médicas com a expansão da oferta de serviços públicos, principalmente na atenção primária, com grandes críticas à expansão do Programa Mais Médicos e também às propostas de mudança na formação médica, com 30% do internato em serviços públicos, além da avaliação bianual, e, posteriormente, na formação massiva de especialistas, consideradas como propostas ‘autoritárias’, com grande tensão entre as entidades médicas e o governo no período 2015-2016². De acordo com o Conselho Federal de Medicina e com o Ministério da Educação, em 2018, há no País 452 mil médicos, 312 escolas de medicina, com 65,7% dos estudantes em faculdades privadas, enquanto na odontologia são mais de trezentos mil CD e cerca de 220 faculdades de Odontologia em funcionamento, com 75% delas da rede privada⁷. O provável motivo pode ter relação com a baixa oferta de médicos ainda no Brasil que não veem o serviço público e a atenção primária como postos de trabalho atrativos. Por outro lado, a ideologia liberal do campo médico é apontada e já observada nas origens da Reforma Sanitária Brasileira².

As sucessivas mudanças no MS e na CGSB bucal expressam a instabilidade política do período de 2015 a 2017, ocasionada sobretudo pela saída de Dilma Rousseff da presidência a partir de maio de 2016, através de um processo de impeachment, seguida pela entrada do vice-presidente Michel Temer.

Entre 2015 e 2017, foram nomeadas quatro pessoas diferentes para a coordenação da política de saúde bucal. Os estudos de Pinell⁴⁰, na França, apontam a influência das mudanças de governo para manutenção ou abandono das políticas e do papel da emergência de grupos de agentes interessados na luta pela manutenção das conquistas, sendo, portanto, necessário seguir com o monitoramento das ações da atual gestão e seus efeitos concretos na implementação do Brasil Sorridente.

Outro papel dos representantes da sociedade é o de contribuir para avaliar o desempenho político e administrativo do gestor na implementação da política pública⁴¹. Apesar das declarações de apoio e defesa dos serviços públicos odontológicos por todas as entidades, não foi encontrada nenhuma publicação específica de avaliação da política por parte delas.

As recentes medidas do Governo de Michel Temer na saúde – com destaque para a Emenda Constitucional de 2016, de ajuste fiscal, que congela os gastos sociais por 20 anos, a nova Política de Atenção Básica e a proposição de financiamento público para Planos de Saúde Acessíveis – foram repercutidas, criticadas e geraram ações e fatos políticos, como notas de repúdio e entrega de documentos ao governo pelas entidades monitoradas. Esses fatos configuram uma conjuntura de ameaça e ataques aos princípios de universalidade, igualdade e integralidade do SUS, conforme previstos na legislação brasileira, e reforçam a intenção dos atuais gestores de estreitar as relações com o setor privado e reduzir o papel do Estado na garantia e na oferta de serviços de saúde^{40,42}.

Considerações finais

As principais limitações do presente estudo se referem ao foco em um período limitado no tempo (2015-2017) e a não terem sido contempladas todas as instituições nacionais do campo odontológico interessadas na

política de saúde bucal. Além disso, centrou-se na análise de dados secundários e não se aprofundou na trajetória dos agentes sociais que ocupavam cargo de direção dessas instituições nesse período. Essa é uma lacuna importante para novos estudos de abordagem sócio-histórica, na perspectiva Bourdiesiana⁵, a serem conduzidos, tendo se constituído numa exploração preliminar e parcial das principais categorias analíticas desse autor, como espaço social e campo.

A mudança de agentes sociais no MS, entre eles, a CGSB, reflete a saúde como moeda de troca no jogo político, entretanto, os impactos desses fatos ainda estão por vir e merecem acompanhamento. O presente estudo não pretendeu analisar a conjuntura política e econômica do Brasil em curso no período, entretanto, diante da dada crise, sobretudo política, o futuro do SUS e de todas as suas políticas é incerto, incluindo o Brasil Sorridente. Recomenda-se o acompanhamento das ações e dos posicionamentos das entidades odontológicas, considerando o potencial histórico desses agentes para

influenciar o processo de implantação da PNSB e de outros projetos de interesse da saúde bucal coletiva brasileira.

As evidências deste trabalho reforçam a permanente articulação e o posicionamento comum das entidades odontológicas pela defesa de novos postos de trabalho no SUS para saúde bucal, com articulação importante com o campo político, através do legislativo, na aprovação de projetos de lei de interesse para esse espaço de luta, como a busca da transformação do Brasil Sorridente em política de Estado.

Colaboradores

Almeida AMFL participou da formulação da pesquisa, da coleta e análise dos dados, além da escrita e da revisão final do manuscrito. Chaves SCL coordenou a formulação da pesquisa, participou da análise dos dados e revisou o manuscrito final. Nunes LR e Araújo CO participaram da coleta e análise dos dados e da escrita do manuscrito final. ■

Referências

1. Rossi TRA. Produção social das políticas de saúde no Brasil [tese]. Salvador: UFBA/ISC; 2016. 380 p.
2. Soares CM, Freitas MS, Teixeira CF, et al. Análise do posicionamento das Entidades Médicas: 2015-2016. *Saúde debate* [internet]. 2017 set [acesso em 2018 jul 11]; 41(esp.3):74-86. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000700074&lng=pt.
3. Chaves SCL, Almeida AMFL, Santana SF, et al. A Política Nacional de Saúde Bucal no período 2003 a 2013: breves considerações sobre cenário e implementação [internet]. Salvador: Oaps; 2014 [acesso em 2018 jul 3] Disponível em: <https://www.analise-politicaensaude.org/oaps/matriz/#>.
4. Silva FB, Jaccoud L, Beghin N. Políticas sociais no Brasil: participação social, conselhos e parcerias. In: Jaccoud L, organizador. *Questão Social e Políticas Sociais no Brasil Contemporâneo*. Brasília, DF: Ipea; 2005. p. 373-408.
5. Bourdieu P. *Razões práticas: sobre a teoria da ação*. 11. ed. Campinas: Papirus; 2011.
6. Bourdieu P. *Sobre o Estado: Cursos no Collège de France (1989-92)*. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras; 2014.
7. Conselho Federal de Odontologia [internet]. Brasília, DF: CFO; c2018 [acesso em 2018 abr 20]. Disponível em: <http://cfo.org.br>.
8. Associação Brasileira de Odontologia. Notícias da Associação Brasileira de Odontologia [internet]. São Paulo: ABO; 2018 [acesso em 2018 abr 20]. Disponível em: <http://abo.org.br/site/#/home>.
9. Federação Nacional dos Odontologistas [internet]. Brasília, DF: FNO; 2018 [acesso em 2018 abr 20]. Disponível em: <http://www.fno.org.br>.
10. Federação Interestadual dos Odontologistas [internet]. Brasília, DF: FIO; 2018 [acesso em 2018 abr 20]. Disponível em: <http://www.fio.org.br/>.
11. Associação Brasileira de Saúde Bucal Coletiva [internet]. São Paulo: Abrasbuco; c2003-2012 [acesso em 2015 abr 20]. Disponível em: <http://abrasbuco.org/>.
12. Conselho Federal de Odontologia. Valorização da Categoria [internet]. Brasília, DF: CFO; 2015 [acesso em 2015 ago 17]. Disponível em: <http://cfo.org.br/website/o-cfo-e-a-valorizacao-da-categoria/>.
13. Conselho Federal de Odontologia. Campo Grande recebe o CFO no IV Encontro Sul Brasileiro de Saúde Bucal [internet]. Brasília, DF: CFO; 2015 [acesso em 2015 ago 28]. Disponível em: <http://cfo.org.br/website/campo-grande-recebe-o-cfo-no-iv-encontro-sul-brasileiro-de-saude-bucal/>.
14. Conselho Federal de Odontologia. Natal (RN) vai sediar a V Reunião de Pesquisa em Saúde Bucal Coletiva [internet]. Brasília, DF: CFO; 2015 [acesso em 2015 set 29]. Disponível em: <http://cfo.org.br/website/natal-rn-vai-sediar-a-v-reuniao-de-pesquisa-em-saude-bucal-coletiva/>.
15. Conselho Federal de Odontologia. Ministério da Saúde tem nova Coordenadora de Saúde Bucal [internet]. Brasília, DF: CFO; 2015 [acesso em 2015 ago 24]. Disponível em: <http://cfo.org.br/website/ministerio-da-saude-tem-nova-coordenadora-de-saude-bucal/>.
16. Conselho Regional de Odontologia de Goiás. Para onde vai o Brasil Sorridente: SUS ou mercado? [internet]. Goiânia: CROGO; 2015 [acesso em 2015 nov 22]. Disponível em: <http://www.fio.org.br/index.php/noticias/destaques/381-para-onde-vai-o-brasil-sorridente-sus-ou-mercado>.
17. Associação Brasileira de Saúde Bucal Coletiva. Ofício enviado ao Ministério da Saúde [internet]. São Paulo: Abrasbuco; 2015 [acesso em 2015 nov 22]. Disponível em: <http://www.abrasbuco.org/component/content/article/158.html>.

18. Confederação Nacional das Profissões Liberais. Federação Nacional dos Odontologistas apresenta propostas para a 15ª Conferência Nacional de Saúde [internet]. Brasília, DF: CNPL; 2015 [acesso em 2015 jun 12]. Disponível em: <http://www.cnpl.org.br/new/index.php/institucional/84-cnpl-brasil/675-federacao-nacional-dos-odontologistas-apresenta-propostas-para-a-15-conferencia-nacional-de-saude>.
19. Federação Interestadual dos Odontologistas. Boletim Informativo – MNNP-SUS [internet]. Brasília, DF: FIO; c2017 [acesso em 2017 nov 17]. Disponível em: <https://www.fio.org.br/index.php>.
20. Associação Brasileira de Saúde Bucal Coletiva. Carta à Presidente Dilma Roussef e à sociedade: nota pública sobre o SUS e a Agenda Brasil [internet]. São Paulo: Abrasbuco; 2015 [acesso em 2017 nov 17]. Disponível em: <http://www.abrasbuco.org/component/content/article/89-home-abr-2015/157-carta-a-presidente-dilma-roussef-e-a-sociedade-nota-publica-sobre-o-sus-e-a-qagenda-brasilq.html>.
21. Conselho Federal de Odontologia. Coordenador Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde visita CFO [internet]. Brasília, DF: CFO; 2016 [acesso em 2018 abr 30]. Disponível em: <http://cfo.org.br/website/coordenador-nacional-de-saude-bucal-do-ministerio-da-saude-visita-cfo/>.
22. Conselho Federal de Odontologia. Nota Oficial sobre possível extinção da Coordenação Nacional de Saúde Bucal [internet]. Brasília, DF: CFO; c2015 [acesso em 2016 ago 8]. Disponível em: <http://www.cro-rj.org.br/cfo-condena-possivel-extincao-da-coordenacao-nacional-de-saude-bucal/>.
23. Federação interestadual dos Odontologistas. Nota de repúdio [internet]. 2016. [acesso em 2016 out 15]. Disponível em: <https://www.facebook.com/610696648962828/photos/a.628132300552596/1241145125917974/?type=3&theater>.
24. Federação Nacional dos Odontologistas. Nota Pública [internet]. Brasília, DF: CFO; 2016 [acesso em 2016 ago 30]. Disponível em: <http://lookinformati->
[ca.com/wp/index.php/2016/08/01/nota-publica/](http://lookinformati-ca.com/wp/index.php/2016/08/01/nota-publica/).
25. Colussi C. Tamanho do SUS precisa ser revisito, diz novo ministro da Saúde [internet]. Folha de S. Paulo 2016 maio 17 [acesso em 2016 maio 17]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/05/1771901-tamanho-do-sus-precisa-ser-revisto-diz-novo-ministro-da-saude.shtml>.
26. Brasil. Ministério de Saúde. Portaria nº 1.482, de 04 de agosto de 2016. Institui Grupo de Trabalho para discutir projeto de Plano de Saúde Acessível. Diário Oficial da União. 4 Ago 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt1482_04_08_2016.html.
27. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei 6836/2017. Dispõe sobre a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para incluir a saúde bucal no campo de atuação do SUS. Diário Oficial da União. 7 Fev 2017. Disponível em <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2122955>.
28. Senado Federal. Projeto de Lei do Senado (PLS) 8/2017. Inclui o programa de saúde bucal Brasil Sorridente no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2017/07/05/politica-nacional-de-saude-bucal-pode-ser-oficialmente-incluida-no-sus>.
29. Campos Sobrinho JF. Odontologistas reforçam mobilização de 18 de abril [internet]. Brasília, DF: CNTU; 2017 [acesso em 2017 abr 13]. Disponível em: <http://www.cntu.org.br/new/noticias-lista/4543-odontologistas-reforcam-mobilizacao-de-28-de-abril>.
30. Associação Brasileira de Odontologia. Solenidade marca abertura do 35º CIOSP [internet]. Brasília, DF: ABO; 2017 [acesso em 2017 mar 16]. Disponível em: <http://www.abo.org.br/noticia/solenidade-marca-abertura-do-35-ciosp>.
31. Associação Brasileira de Odontologia. Pesquisa

- aponta pouca acessibilidade de brasileiros a tratamentos odontológicos [internet]. Brasília, DF: ABO; 2017 [acesso em 2017 jun 9]. Disponível em: <http://www.abo.org.br/site/2017/06/07/pesquisa-apon-ta-poucaacessibilidade-de-brasileiros-a-tratamen-tos-odontologicos>.
32. Conselho Federal de Odontologia. Criação de Frente Parlamentar da Odontologia [internet]. Brasília, DF: CFO; 2017 [acesso em 2017 out 24]. Disponível em: <http://cfo.org.br/website/com-mais-de-300-assinaturas-frente-parlamentar-da-odontologia-e-criada-no-congresso/>.
33. Conselho Federal de Odontologia. CFO e CROs participam do anúncio da liberação de R\$ 344,3 milhões para saúde bucal [internet]. Brasília, DF: CFO; 2017. Disponível em: <http://cfo.org.br/website/cfo-e-cros-participam-do-anuncio-da-liberacao-de-r-3443-milhoes-para-saude-bucal/>.
34. Conselho Federal de Odontologia. Posicionamen-to do CFO sobre a revisão da Política Nacional de Atenção Básica [internet]. Brasília, DF: CFO; 2017 [acesso em 2017 ago 10]. Disponível em: <http://cfo.org.br/website/posicionamento-do-cfo-sobre-a-revisao-da-politica-nacional-de-atencao-basica/>.
35. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Contra a re-formulação da PNAB – nota sobre a revisão da Po-lítica Nacional de Atenção Básica [internet]. Rio de Janeiro: Cebes; 2017 [acesso em 2017 jul 27]. Dispo-nível em: <http://cebes.org.br/2017/07/contr-a-re-formulacao-da-pnab-nota-sobre-a-revisao-da-po-litica-nacional-de-atencao-basica/>.
36. Lyra RP. Democracia representativa x democracia participativa: a representação do estado e da socie-dade civil nos conselhos de políticas públicas. In: Anais do II Seminário Nacional sobre Movimentos Sociais, Participação e Democracia; 2007. Florianó-polis: UFSC; 2007.
37. Costa NR. Políticas públicas, direitos e interesses: reforma sanitária e organização sindical no Brasil. Rev Adm Pública [internet]. 1994 [acesso em 2018 jun 20]; 28(4):5-7. Disponível em: <http://bibliote-cadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewFile/8313/7088>.
38. Vieira SV, Pierantoni CR, Magnago C, et al. Planos de carreira, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde: além dos limites e testando possi-bilidades. Saúde debate [internet]. 2017 [acesso em 2018 jun 20]; 41(112):110-121. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n112/0103-1104-sdeb-41-112-0110.pdf>.
39. Costa BRM, Valente MAL. Responsabilidade So-cial dos Conselhos Profissionais. Consultoria Le-gislativa [internet]. 2008 nov [acesso 2018 jun 20]; 1-13. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/a-camara/documentos-e-pesquisa/estudos-e-notas-tecnicas/areas-da-conle/tema1/2008-14144.pdf>.
40. Pinell P. Análise sociológica das políticas de saúde. In: Pinell P. Algumas reflexões sobre as políticas de luta contra os flagelos sociais. Rio de Janeiro: Fio-cruz; 2010. p. 229-250.
41. Silva MJS, Silva MD, Silva AX. O processo de con-trarreforma na política de saúde. In: Anais da VIII Jornada Internacional de Políticas Públicas; 2017 ago 22-25. Maranhão: UFMA; 2017. p. 1-12.
42. Morosini MVG, Fonseca AF. Revisão da Política Na-cional de Atenção Básica numa hora dessas. Cad Saúde Pública. 2017; 33(1):1-4.

Recebido em 14/07/2018
Aprovado em 19/09/2018
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Avaliação da qualidade da Atenção Pré-Natal no Brasil

Evaluation of the quality of Prenatal Care in Brazil

Leandro Alves da Luz¹, Rosana Aquino², Maria Guadalupe Medina³

DOI: 10.1590/0103-11042018S208

RESUMO O objetivo do estudo foi investigar características da estrutura das unidades de saúde e dos processos gerenciais e assistenciais da Atenção Pré-Natal (APN) no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, em municípios que aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Trata-se de avaliação normativa com dados de 16.566 equipes de saúde da família que aderiram ao PMAQ-AB. Foi elaborado um modelo lógico dos componentes da APN, composto pelas dimensões de análise, gerencial e assistencial, e de 42 critérios de estrutura e processo e seus respectivos padrões. A estrutura das unidades básicas e as ações prestadas pelas equipes não obedeciam à maioria dos padrões, destacando-se a existência de barreiras estruturais, indisponibilidade de medicamentos e exames essenciais, problemas na oferta do elenco de ações assistenciais, envolvendo a atenção individual e o cuidado clínico, bem como de promoção da saúde e ações coletivas e domiciliares ofertadas. Conclui-se que, apesar da alta cobertura da APN e da sua institucionalização nos serviços de APS, persistem problemas que devem ser alvo de iniciativas governamentais que garantam atenção integral e de qualidade no ciclo gravídico-puerperal e que repercutam na melhoria dos indicadores de saúde materno-infantil.

PALAVRAS-CHAVE Avaliação em saúde. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Cuidado pré-natal. Saúde materno-infantil.

ABSTRACT *The aim of the study was to investigate the characteristics of the structure of the health units and the management and assistance processes of Prenatal Care (PNC) within the scope of Primary Health Care (PHC) in Brazil, in municipalities that joined the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care (PMAQ-AB). This is a normative evaluation with data from 16.566 family health teams that joined the PMAQ-AB. A logical model of the PNC components was elaborated, composed of the analysis, management and care dimensions, and 42 criteria of structure and process and their respective standards. The structure of the basic units and the actions provided by the teams did not comply with the majority of the standards, highlighting the existence of structural barriers, unavailability of medicines and essential tests, problems in the provision of the cast of assistance actions, involving individual attention and clinical care, as well as health promotion and collective and domiciliary actions offered. It is concluded that, despite the high coverage of PNC and its institutionalization in PHC services, problems persist that must be addressed by governmental initiatives that guarantee comprehensive attention and quality in the pregnancy-puerperal cycle and that have repercussions on the improvement of health indicators of maternal and child health.*

KEYWORDS *Health evaluation. Primary Health Care. Family Health Strategy. Prenatal care. Maternal and child health.*

¹Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3566-3117> leojluz@gmail.com

²Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil. Orcid: <http://orcid.org/0000-0003-3906-5170> aquino@ufba.br

³Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7283-2947> medina@ufba.br



Introdução

A Atenção Pré-Natal (APN) é fundamental para que se obtenham bons resultados no desfecho da gestação, e sua qualidade está relacionada com a disponibilidade de recursos em âmbito gerencial e assistencial, bem como ao desenvolvimento de ações de forma rotineira, obedecendo a padrões técnico-científicos de qualidade. Para que seja efetivo, recomenda-se que o pré-natal seja iniciado no início da gestação¹ e seja constituído por um conjunto de ações estabelecidas por protocolos assistenciais que orientem as condições e procedimentos necessários ao cuidado das gestantes^{2,3}.

Diversos estudos têm demonstrado a associação da APN com a prevenção de riscos na gestação, redução de complicações no parto e puerpério⁴ e de complicações perinatais⁵; melhores condições de saúde do concepto, como melhor crescimento intrauterino⁶, menor incidência de baixo peso ao nascer⁷, redução da mortalidade materno-infantil^{2,3,8} e da morbimortalidade neonatal e perinatal⁹.

No Brasil, os destacados avanços quanto à ampliação da cobertura da APN observados nos últimos anos¹⁰ não se distribuíram de forma homogênea no território nacional, persistindo grandes desigualdades. Vários estudos têm demonstrado dificuldades de acesso para mulheres com menor escolaridade, sem companheiro e múltiparas¹¹ e gestantes adolescentes¹²; ressaltando a manutenção das disparidades sociais e raciais, especialmente, em zonas rurais e áreas indígenas da Região Norte¹¹.

Nos últimos anos, diversas iniciativas foram implementadas para melhorar a qualidade da APN² e da Atenção Primária à Saúde (APS)^{13,14}, sendo o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) uma das estratégias mais recentes e relevantes. Esse Programa, criado em 2011, foi aderido no primeiro ciclo por 3.935 municípios e por 17.202 equipes de saúde. Ademais, todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos 5.543

municípios do País, foram recenseadas por meio de observação na unidade. Destaca-se que a realização do censo ocorreu de forma independente da adesão do gestor municipal¹⁵.

O PMAQ-AB tem como objetivo a ampliação do acesso da APS, bem como a garantia de padrões de qualidade no desenvolvimento de ações assistenciais e gerenciais nesse nível de atenção^{13,14}. É composto por quatro fases (adesão voluntária e contratualização; desenvolvimento; avaliação externa e recontração), e a avaliação externa, em suma, visa avaliar as condições da infraestrutura das unidades, disponibilidade de insumos, aspectos do processo de trabalho, gerenciais e organizacionais dos serviços de saúde, com vistas à certificação das equipes de saúde que aderiram voluntariamente ao Programa¹³⁻¹⁵.

Os dados da avaliação externa do PMAQ-AB permitem identificar, em âmbito nacional, aspectos relacionados com a atenção ao pré-natal e puerpério, que podem subsidiar as práticas de planejamento, monitoramento e avaliação. Além disso, são fontes para o desenvolvimento de pesquisas, minimizando lacunas de conhecimento, dada a incipiência de estudos avaliativos que considerem os aspectos de estrutura e processo, em âmbito nacional, que vão além do número de consultas.

Dessa forma, o objetivo do estudo foi investigar características da estrutura das unidades de saúde e dos processos gerenciais e assistenciais da APN no âmbito da APS no Brasil, em municípios que aderiram ao PMAQ-AB.

Métodos

Trata-se de estudo de avaliação normativa com dados secundários relativos às Equipes de Saúde da Família (EqSF) provenientes do PMAQ-AB, em 2012, no Brasil¹³⁻¹⁵.

Modelo lógico

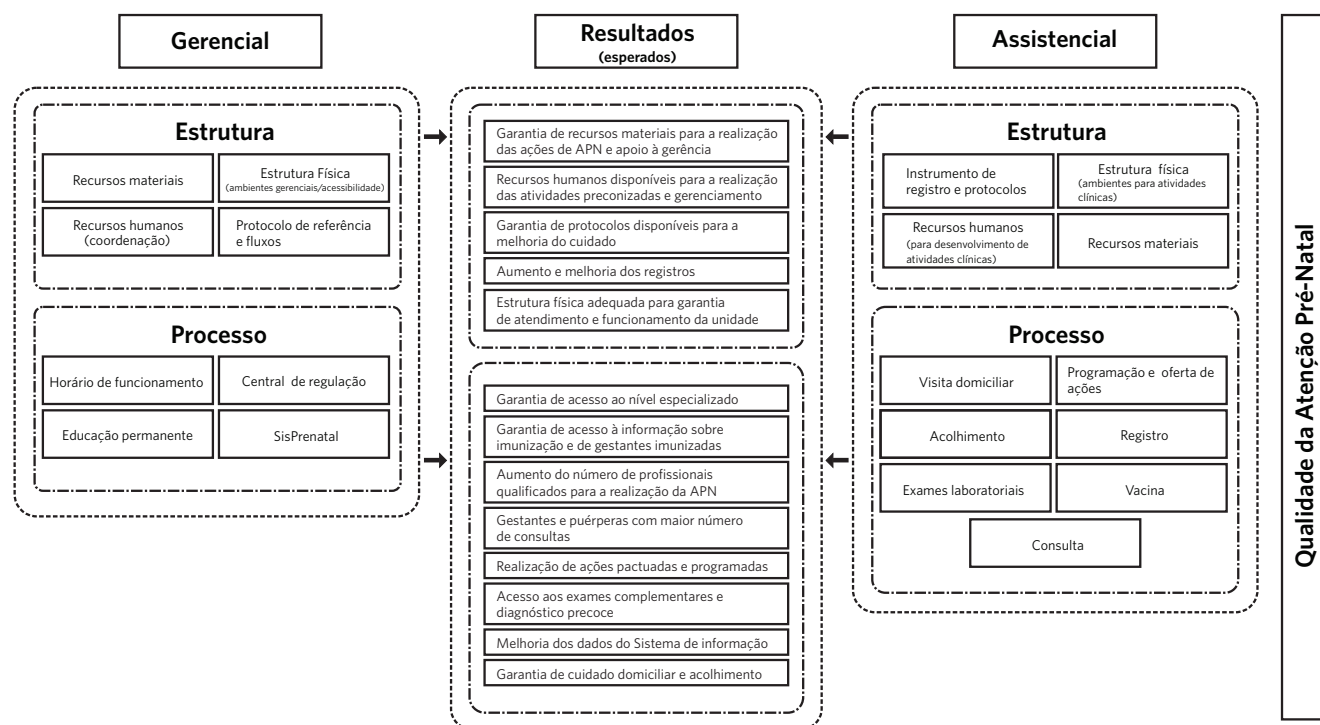
A primeira etapa deste estudo foi a elaboração do modelo. Adotou-se o referencial

teórico de Donabedian¹⁶ para a sua construção e buscou-se representar os componentes da APN e suas relações entre si, sendo formuladas duas dimensões de análise, gerencial e assistencial, compostas por atributos de estrutura e processo.

O modelo lógico foi elaborado a partir das normas e legislações que regulamentam

a APN, cujos conteúdos foram extraídos de dois manuais elaborados pelo Ministério da Saúde: o ‘Caderno de Atenção Básica – Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco’² e o ‘Manual de Estrutura Física das UBS’¹⁷, essenciais para a elaboração do presente modelo lógico (figura 1).

Figura 1. Modelo lógico da qualidade da Atenção Pré-Natal



População e amostra

Este estudo utilizou dados relativos à linha de base do PMAQ-AB – que se refere ao primeiro ciclo da avaliação externa do Programa, incluindo o censo das UBS, no Brasil, realizado em 2012¹⁴, o qual abrangeu 38.812 estabelecimentos. Do total de municípios brasileiros, 3.935 (70,7%) aderiram ao PMAQ-AB, e 17.202 (51,0%) equipes de saúde participaram da avaliação, sendo a menor adesão entre as equipes da Região Nordeste (23,2%) e maior entre as Regiões Sul e Sudeste (37,9%,

respectivamente). Entre as unidades federadas, o percentual variou de 3,1% (Maranhão) a 47,9% (Santa Catarina).

No âmbito da atenção básica, existem diferentes modalidades de equipes de saúde. São consideradas equipes de atenção básica as equipes de saúde da família e as equipes de atenção básica parametrizadas, equipe de saúde bucal e os núcleos de saúde da família. Embora a Estratégia Saúde da Família (ESF) seja a opção basilar para a organização dos serviços de APS no Brasil, existem equipes de atenção básica que se organizam de

maneira diferente da ESF. Nestes casos, para a correspondência de carga horária entre as equipes das duas modalidades, foi proposta uma equivalência de equipes de atenção básica por meio da soma da carga horária mínima de médicos e enfermeiros, sendo que, após a equivalência de carga horária, o número dessas cargas horárias poderá fazer correspondência a uma, duas ou três EqSF¹⁸.

Do total de equipes participantes, 70% era do tipo EqSF com saúde bucal, 26% de EqSF sem saúde bucal e menos de 4% de equipes de atenção básica de outro tipo ou parametrizadas. A amostra, após a exclusão das equipes de atenção básica de outra modalidade, ficou constituída por 16.566 EqSF que aderiram ao PMAQ-AB e que participaram do censo das UBS, correspondendo 49,6% das equipes implantadas, em 2012, abrangendo 69,3% dos municípios brasileiros.

Descrição dos critérios e padrões

A matriz de análise utilizada para avaliação contém duas dimensões de análise, gerencial e assistencial, cada uma composta de atributos de estrutura e processo, desdobradas em 20 subdimensões e 42 critérios, com seus respectivos padrões (*quadro 1*).

Na dimensão gerencial, os atributos de estrutura incluem os critérios: estrutura física, recursos materiais, recursos humanos e protocolo de referência e fluxos. Os atributos de processo constituem-se dos critérios: horário de funcionamento, central de regulação, educação permanente e Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal, Parto, Puerpério e Criança (SisPreNatal). Na dimensão assistencial, os atributos de

estrutura incluem os critérios: estrutura física; recursos materiais; recursos humanos, instrumentos de registro e protocolos. Os atributos de processo englobam os critérios: visita domiciliar, exames laboratoriais, vacina, registro (utilização da caderneta de gestante e registro das informações quanto ao pré-natal) e programação e oferta de ações relativas à consulta, promoção da saúde e classificação de risco. Os critérios estão descritos em detalhes no *quadro 1*.

Cada critério foi construído, na maioria das vezes, pela agregação de aspectos provenientes de mais de uma questão dos instrumentos do PMAQ-AB¹⁸, dicotomizando as alternativas de resposta em sim e não. No caso dos equipamentos, instrumentais, insumos, teste rápido, medicamentos vacinas e material impresso, considerou-se como resposta afirmativa os casos em que os itens estavam em condições de uso, existiam em quantidade suficiente, sempre disponíveis, ou disponíveis quando necessário, no caso de veículos. Para as questões relativas às ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde, considerou-se como resposta afirmativa apenas os casos em que foi referida a realização da ação com apresentação de confirmação documental.

Finalmente, as opções de resposta ‘nunca disponíveis/às vezes disponíveis’, ‘não sabe/não respondeu’ e ‘não se aplica’ foram classificadas como ‘não’.

Cada critério foi categorizado em ‘inadequado’, ‘intermediário’ e ‘adequado’, com base nos padrões adotados, construídos conforme as normativas adotadas. Os enquadramentos das categorias mencionadas podem ser consultados no *quadro 1*.

Quadro 1. Critérios e Padrões das dimensões gerencial e assistencial, subdimensões, atributos de estrutura e processo da APN e categorização dos critérios

Dimensão gerencial: atributos de Estrutura			
Subdimensão	Critério	Padrão	Categorização dos critérios
Subdimensão Estrutura física	Ambientes administrativos e de apoio	Estrutura física adequada com recepção, sanitário (normal e adaptado), expurgo, depósito de lixo, sala de espera para 15 a 75 pessoas (a depender do nº de EqSF).	Adequada: 7 estruturas e nº de equipe adequado; intermediária: entre 4 e 6 ambientes; inadequada: com mais de 5 equipes, ou menos de 3 estruturas.
	Características estruturais	Características estruturais com circulação de ar (janelas, exaustores), iluminação e privacidade nos consultórios.	Adequada: com todas as características; Inadequada: sem pelo menos uma das características estruturais.
	Acessibilidade: cadeirante ou com dificuldade de locomoção	Características estruturais adequadas: barras de apoio, calçada da entrada em boas condições, portas adaptadas para cadeira de rodas, rampa de acesso, corrimão, bebedouros adaptados, piso regular, firme e antiderrapante.	Adequada: com todos os itens; Inadequada: todas as demais situações.
	Acessibilidade: dificuldade visual ou auditiva	Características estruturais adequadas: textos ou figuras, caracteres ou figuras em relevo, Braille e recursos auditivos.	Adequada: com todos os itens; intermediária: com pelo menos um dos recursos; inadequada: todas as demais situações.
	Sinalização externa	Identificação externa visível como placa na fachada, totem externo adequado ou outra forma de sinalização.	Adequada: com pelo menos uma forma de identificação externa; inadequada: sem nenhuma forma de identificação externa.
Recursos materiais	Equipamentos de informática e acesso à internet	Equipamentos de informática (computador, impressora, estabilizador) com acesso à internet, em condições de uso.	Adequada: com todos os equipamentos em condições de uso e acesso à internet; inadequada: todas as demais situações.
	Equipamentos audiovisuais	Existência de televisão e caixa de som em condições de uso.	Adequada: com televisão e caixa do som; inadequada: sem um dos equipamentos.
	Veículo	Existência de veículo que atenda às necessidades da equipe	Adequada: com veículo que atenda às necessidades; intermediária: não atende às necessidades; inadequada: sem veículo.
Recursos Humanos	Coordenador de equipe	Possuir coordenador na equipe para o gerenciamento da unidade de saúde.	Adequada: com coordenador; inadequada: sem coordenador.
Protocolos de referência e fluxos	Documentos com referências e fluxos	Possuir fluxo definido para a realização de exames sorológico para sífilis, anti-HIV, glicose, urocultura ou sumário de urina (tipo 1), ultrassonografia (USG) e local para o parto, com comprovação.	Adequada: com documentos contendo as referências e fluxos relacionados ao pré-natal; intermediária: apenas para os atendimentos de usuários do território da equipe; inadequada: todas as demais situações.
Dimensão gerencial: atributos de processo			
	Critério	Padrão	Categorização dos critérios
Horário de funcionamento	Funcionamento da unidade	A unidade de saúde deve funcionar em dois turnos e no horário de almoço (12h às 14h).	Adequada: funcionar em dois turnos e no horário de almoço; inadequada: todas as demais situações.
Central de regulação	Central de regulação	Central de Regulação (CR) disponível com encaminhamento para marcação de consulta especializada, exames e leitos.	Adequada: com vínculo a CR para marcação de consulta especializada, exames e leitos; intermediária: apenas com CR; inadequada: todas as demais situações.
Sistema de Informação	Alimentação do SisPreNatal	SisPreNatal alimentado regularmente pelos profissionais de saúde, com comprovação.	Adequada: alimenta regularmente o SisPreNatal e comprova; inadequada: não alimenta o sistema ou não comprova.
Educação permanente	Ações de educação permanente	Existência de ações de educação permanente no município e que tenha garantido a participação da equipe no último ano em, pelo menos, uma das ações.	Adequada: com ações de educação permanente no município e tenha participado de pelo menos uma no último ano; intermediária: sem participação nas ações; inadequada: todas as demais situações.

Quadro 1. (cont.)

Dimensão assistencial: atributos de Estrutura			
	Critério	Padrão	Categorização dos critérios
Estrutura física	Ambientes para atendimento clínico	Estrutura física adequada ao nº de equipes com: farmácia, consultório de enfermagem ou médico, consultório odontológico (Se EqSF com Saúde Bucal – SB), salas de reunião/educação, procedimentos, vacina, nebulização e de curativo.	Adequada: com 7 ambientes adequado ao nº equipe; intermediária: com 4 a 6 ambientes; inadequada: com mais de 5 EqSF, ou menos de 3 ambientes, ou com SB sem consultório odontológico.
Recursos materiais	Instrumentais	Possuir: aparelho de pressão adulto, balança adulta de 150 kg ou 200 kg, estetoscópio adulto, foco de luz e mesa para exame ginecológico (ou clínico), sonar ou estetoscópio de pinar, em condições de uso.	Adequada: dispor de todos os instrumentais em condições de uso; intermediária: >04 a <05 instrumentais; e inadequada: <03 instrumentais.
	Equipamentos na farmácia	Dispor de geladeira e ar-condicionado específicos para farmácia	Adequada: que possuir geladeira e ar-condicionado na farmácia; inadequada: sem um dos equipamentos.
	Equipamentos na sala de vacina	Dispor de geladeira e ar-condicionado específicos para sala de vacina	Adequada: possuir geladeira e ar-condicionado na sala de vacina; inadequada: sem pelo menos um dos equipamentos.
	Insumos: população geral	Suficiência de insumos: abaixador de língua; agulhas descartáveis; ataduras; fita métrica; EPI – luvas, óculos, máscaras, aventais, tocas; espelho; equipo de soro; seringas descartáveis; recipientes duros para descarte de perfurocortantes; gaze; frasco plástico com tampa; esparadrapo/fita micropore e outras; e caixas térmicas para vacinas.	Adequada: com todos os insumos; intermediária: com 8 a 13 insumos; inadequada: com menos de 7 insumos.
	Insumos: saúde da mulher	Suficiência de insumos direcionados à SM: tiras reagentes de medida de glicemia capilar; lâmina de vidro com lado fosco; porta-lâmina; fixador de lâmina; espátula de ayres	Adequada: com todos os insumos; intermediária: com 3 insumos; inadequada: com menos de 2 insumos.
	Medicamentos essenciais	Suficiência de medicamentos por grupos: analgésicos, antipiréticos, antidiabéticos, antibacterianos, anti-hipertensivo, antiparasitários, antiasmáticos, antiácidos, antieméticos, vitaminas, polivitamínicos, sais minerais, contraceptivos e hormônios sexuais.	Adequada: com todos os grupos de medicamentos; intermediária: com 4 a 8 grupos de medicamentos; inadequada: com apenas 3 grupos.
	Medicamentos controlados	Suficiência de medicamentos controlados na UBS ou dispensado em nível central pelo município	Adequada: com pelo menos um dos medicamentos controlados na UBS ou dispensado pelo município; inadequada: sem medicamento controlado ou não dispensado em nível central.
	Testes rápido	Existência de testes rápidos sífilis, HIV, gravidez	Adequada: com todos os testes rápido; inadequada: sem um dos testes.
Recursos humanos	Vacinas para gestante	Suficiência de vacinas dT, influenza sazonal e hepatite B	Adequada: com todas as vacinas na UBS; inadequada: sem uma das vacinas.
	Equipe de atenção básica	Equipe de atenção básica composta por: 1 médico, 1 enfermeiro, 1 cirurgião-dentista (se com SB), 1 téc. ou aux. de enfermagem, >4 ACS (Agentes Comunitários de Saúde), 1 téc. ou aux. em SB (se com SB).	Adequada: com todos os profissionais; inadequada: sem pelo menos um dos profissionais ou < ACS.
Funcionamento da UBS	Funcionamento da unidade	Funcionar em dois turnos e ter disponíveis os serviços: consulta médica, enfermagem, odontológica, vacinação, acolhimento e dispensação de medicamentos.	Adequada: funciona em dois turnos, com todos os serviços; inadequada: todas as demais situações.

Quadro 1. (cont.)

Instrumento de registro e protocolo	Material impresso na unidade	Disponer de: caderneta gestante, cartão de vacina, fichas: B-GES do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab), APN e encaminhamento.	Adequada: com todos os instrumentos de registro; inadequada: sem pelo menos um dos instrumentos.
	Prontuário	Prontuário com letra legível, identificável, com hipótese diagnóstica, exames solicitados e comprovação.	Adequada: que atenda aos requisitos e comprove; inadequada: sem cumprir um dos requisitos ou não comprove.
	Prontuário eletrônico	Disponer de prontuário eletrônico integrado com os demais pontos da rede de atenção, com comprovação.	Adequada: com prontuário eletrônico, integrado e comprovado; intermediária: com prontuário, mas não integrado; inadequada: sem prontuário eletrônico ou não comprovado.
	Protocolo: pré-natal e exames essenciais.	Protocolos com definição para o pré-natal e exames essenciais (glicemia de jejum, sorologia para sífilis, HIV, hepatite B e urocultura ou sumário de urina tipo 1)	Adequada: com todos os protocolos; intermediária: com 4 a 5 protocolos; inadequada: com menos de três protocolos.
	Protocolos: acolhimento a demanda espontânea	Protocolos com definição para o acolhimento à demanda espontânea e urgência, que considere a captação precoce de gestante e as queixas mais frequentes.	Adequada: com todos os protocolos (3); intermediária: com 2 protocolos; inadequada: com apenas 1 ou sem protocolo.
Protocolo: visita domiciliar	Protocolos com definição de situações prioritárias para realização de visita domiciliar, com comprovação.	Adequada: com protocolo e comprovação; inadequada: sem protocolo ou sem comprovação.	

Dimensão assistencial: atributos de Processo

	Critério	Padrão	Categorização dos critérios
Visita domiciliar	Cuidado domiciliar	Cuidado domiciliar realizado por médico ou enfermeiro com levantamento/mapeamento dos usuários, organização da agenda, avaliação de risco e vulnerabilidade para periodicidade das VD, e programação das visitas dos ACS em função das prioridades da equipe.	Adequada: atenda a todas as condições; inadequada: todas as demais situações.
	Captação de gestante e puérpera	Busca ativa de gestantes faltosas ao pré-natal (pelos ACS), e captação de puérpera a partir da visita de membro da equipe ou ACS.	Adequada: atenda todas as condições; inadequada: não realiza pelo menos uma das ações.
Acolhimento	Acolhimento	Acolhimento em cinco ou mais dias por semana, em dois turnos, com avaliação de risco e vulnerabilidade, realizado por profissional de nível superior, e em função do risco identificado a resposta é definida.	Adequada: atende a todas as condições; inadequada: todas as demais situações.
Exames laboratoriais	Realização, coleta e recebimento de exames	Coletar material para exames de laboratório, realiza exames de sífilis; toxoplasmose; anti-HIV, e hepatite B, bem como de urocultura ou sumário de urina, hemoglobina e hematócrito, exame de glicose), com comprovação, e recebe os resultados em tempo oportuno.	Adequada: atende a todas as condições; inadequada: todas as demais situações.
	Tempo de espera para atendimento especializado	Garantir para gestante em alto risco: tempo de espera em nível especializado de até 15 dias (consultas em ginecologia e obstetrícia) e até 30 dias realização de exames de USG, diagnóstico de HIV e sífilis.	Adequada: atende a todas as condições; inadequada: todas as demais situações.
Vacina	Situação vacinal	Ofertar vacinas do calendário básico, com comprovação e orientar no pré-natal sobre a importância da vacina contra tétano.	Adequada: atende a todas as condições; inadequada: todas as demais situações.

Quadro 1. (cont.)

Registro	Utilização da caderneta e registro	Utilizar a caderneta da gestante com comprovação e possuir registros de: profissional responsável, consulta odontológica, coleta de exame citopatológico, vacinação em dia e número de gestante de alto risco no território.	Adequada: atende a todas as condições; inadequada: todas as demais situações.
Programação e oferta de ações	Programação e oferta de ações	Programar consultas e ações e para o pré-natal e para usuários que façam parte de programas ou grupos prioritários, que necessitam de cuidado continuado, com comprovação.	Adequada: atende a todas as condições; inadequada: todas as demais situações.
	Organização da agenda e promoção da saúde	Organizar agenda para oferta de promoção da saúde na comunidade e ações educativas direcionadas para gestantes e puérperas (aleitamento materno), com comprovação.	Adequada: cumpre todas as condições e comprova; inadequada: todas as demais situações.
	Organização, oferta e classificação de risco	Organizar a oferta de serviço e encaminhamento de consultas e exames das gestantes baseadas na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, com comprovação.	Adequada: cumpre todas as condições e comprova; inadequada: não atende ao critério ou não comprova.
Consulta	Consulta puerpério	Realizar consulta com enfermeiro ou médico em qualquer dia e horário da semana para atendimento de puerpério de até dez dias, com comprovação.	Adequada: cumpre todas as ações e comprova; inadequada: não cumpre as ações ou não comprova.
	Encaminhamento de usuários	Agendamento da consulta em nível especializado após atendimento na UBS: paciente sai com a consulta agendada, consulta marcada pela UBS sendo a data informada posteriormente ao paciente.	Adequada: garante marcação da consulta ou a paciente sai com consulta agendada; inadequada: todas as outras situações.

Processamento e análise dos dados

Inicialmente, para construção do banco de dados do presente estudo, foi realizada a *linkage* determinístico que consiste na ligação de dois ou mais bancos de dados que possuem variáveis comuns, e que possibilita o estabelecimento de um banco de dados único. O procedimento de ligação foi realizado no *software* Stata por meio do *merge*, correspondendo à ligação do banco de dados do censo das unidades (módulo I) e da avaliação externa das equipes de saúde que aderiram ao PMAQ-AB (módulo II), a partir da variável 'CNES', comum entre os dois bancos. Para 295 (1,78%) unidades, havia inconsistência na informação sobre o número de equipes entre os dois bancos, o que foi corrigido a partir das informações da avaliação externa.

Foram calculadas frequências simples e relativa do número de equipes que

alcançaram o nível adequado para cada critério isoladamente e por grupo de critérios, apresentadas sob a forma de gráficos, segundo macrorregiões e Brasil. Os dados foram processados e analisados utilizando pelo *software* Stata 12.0®.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e recebeu o Parecer de nº 021-12.

Resultados

Para a dimensão gerencial, em atributos de estrutura, os maiores percentuais de adequação apresentados pelas EqSF foram para os critérios disponibilidade de coordenador (98%, variando de 97,0%, Região Nordeste, a 99,5%, Região Norte) e para sinalização externa nas unidades (84,4% no Brasil,

variando de 80,4%, Região Norte, a 86,5%, Região Centro-Oeste). Por outro lado, menos da metade das EqSF foram consideradas adequadas para os critérios disponibilidade de veículo (48,9% das EqSF, variando de 30,8%, na Região Norte, a 60,5%, na Região Sul), equipamentos de informática com acesso à internet (38,75% das EqSF, variando de 16,2%, na Região Nordeste, a 61,8%, na Região Sul), e documentos com referências e fluxos para exames laboratoriais, ultrassonografia obstétrica e local para o parto (33,2% das EqSF, variando de 23,9%, Região Centro-Oeste, a 41,4%, Região Sudeste) (tabela 1).

Ainda nessa dimensão, apenas cerca de 5% ou menos das equipes referiram desenvolver ações gerenciais em unidades com todas as estruturas físicas administrativas e de apoio presentes (5,1% das EqSF, variando de 7,1%, Região Sul, a 21,1%, Região Norte), acessíveis para usuários que não sabem ler, com deficiência visual ou auditiva (4,5% das EqSF, variando de 21,1%, Centro-Oeste, a 6,4%, Região Sul) e para aqueles com dificuldade de locomoção ou cadeirantes (1,4% das EqSF, variando de 0,1%, Região Centro-Oeste, a 2,8%, Região Sudeste), alcançando os menores níveis de adequação (tabela 1).

Tabela 1. Adequação dos atributos de estrutura e processo, dimensão gerencial, segundo Regiões. Brasil, 2012

ESTRUTURA	BR	N	NE	CO	SE	S
Coordenador	98,0	99,5	97,0	99,2	98,3	98,1
Sinalização externa	84,4	80,4	83,8	86,5	84,6	85,7
Características estruturais	57,4	43,8	51,9	45,8	61,7	67,0
Veículo	48,9	30,8	56,5	42,2	41,2	60,5
Informática e acesso à internet	38,7	20,4	16,2	41,5	49,4	61,8
Referências e fluxos	33,2	24,8	27,2	23,9	41,4	32,3
Recursos audiovisuais	22,8	10,8	6,8	20,7	34,8	30,9
Ambientes administrativos	5,1	2,1	2,9	4,0	6,7	7,1
Acessibilidade visual/auditiva	4,8	2,4	3,2	2,1	6,3	6,4
Acessibilidade cadeirante	1,4	0,9	0,4	0,1	2,8	0,8
PROCESSO						
Alimentação SisPreNatal	87,4	86,9	90,9	86,3	87,0	82,2
Funcionamento da unidade	45,4	43,2	29,2	39,4	67,8	28,8
Vínculo à central de regulação	25,7	24,4	21,5	30,6	23,3	37,6
Educação permanente	23,9	15,1	8,1	25,6	35,6	30,0

No tocante aos atributos de processo da dimensão gerencial, foi para o critério alimentação regular do SisPreNatal (75%, variando de 82,2%, Região Sul, a 90,9%, Região Nordeste) que as equipes apresentaram os melhores percentuais de adequação. Em contrapartida, menos de 50% das equipes

foram classificadas como adequadas para os critérios funcionamento em dois turnos e no horário de 12h-14h (45,4%, variando de 28,8%, Região Sul, a 67,8%, Região Sudeste), vínculo à central de regulação (25,7%, variando de 21,5%, Região Nordeste, a 37,6%, Região Sul) e ações de educação permanente no município

(23,9%, variando de 8,1%, Região Nordeste, a 35,6%, Região Sudeste) (tabela 1).

Com relação à dimensão assistencial, para os critérios estruturais, mais de 75% das equipes foram classificadas como adequadas por apresentar equipe de atenção básica completa (84,5%, variando de 79,0%, Região Sul, a 86,3%, Região Nordeste) e por contar com instrumentais (sonar etc.), em condições de uso (83,3%, variando de 71,2%, Região Norte, a 88,6%, Região Sul). Nessa dimensão, foi encontrada adequação entre 50% e 75% das equipes para os critérios protocolos com definição para o pré-natal e exames laboratoriais essenciais (71,5%, variando de 60,7%, Região Centro-Oeste, a 80,5%, Região Sudeste), insumos direcionados à saúde da mulher (dispor sempre de lâmina de vidro etc.) (67,0%, variando de 55,1%, Região Nordeste, a 85,3%, Região Sul) e de material impresso (caderneta da gestante etc.) (59,6%, variando de 52,2%, Região Nordeste, a 68,1%, Região Norte).

Observou-se também que menos de 50% das equipes contavam com vacinas (influenza sazonal, hepatite B e tipo adulto dT) (43,5%, variando de 32,6%, Região Sul, a

48,8%, Região Norte), insumos (abaixador de língua etc.) (28,1%, variando de 14,3%, Região Nordeste, a 40,3%, Região Sul) e medicamento essenciais (pelo menos um tipo medicamento em cada grupo, por exemplo, analgésicos etc.) em quantidade suficiente (28,3%, variando de 10,3%, Região Norte, a 43,7%, Região Sul). Os piores resultados, entretanto, foram verificados para os critérios estrutura física para atendimento clínico (consultórios etc. presentes) (8,8%, variando de 2,8%, Região Norte, a 13,2%, Região Sudeste) e teste rápido para diagnóstico de sífilis, HIV e gravidez (1,6%, variando de 0,9%, Região Nordeste, a 3,7%, Região Norte) (tabela 2).

Na dimensão assistencial, para os atributos de processo, os maiores percentuais de adequação foram observados apenas para os critérios captação de gestantes faltosas e puérperas (89,6%, variando de 83,9%, Região Centro-Oeste, a 91,2%, Região Nordeste) e orientação quanto à importância da vacina dT e oferta de vacinas do calendário básico (78,6%, variando de 74,2%, Região Sul, a 83,2%, Região Nordeste), para os quais mais de 75% das equipes alcançaram os melhores resultados (tabela 2).

Tabela 2. Adequação dos atributos de estrutura e processo, dimensão assistencial, segundo Regiões. Brasil, 2012

ESTRUTURA	BR	N	NE	CO	SE	S
Equipe mínima	84,5	84,9	86,3	79,5	86,2	79,0
Instrumentais	83,3	71,2	80,6	83,9	85,0	88,6
Medicamentos controlados	82,5	67,1	81,3	73,3	83,5	91,3
Protocolos APN e exames	71,5	61,1	64,5	60,7	80,5	72,1
Insumos saúde da mulher	67,0	61,1	55,1	71,0	68,9	85,3
Material impresso	59,6	68,1	52,2	56,7	64,0	61,9
Prontuário físico	58,7	68,6	55,0	52,5	61,3	58,7
Funciona c/ serviços	51,6	38,9	49,4	40,1	52,4	62,8
Equipamentos: vacina	47,8	91,8	44,4	72,1	28,4	70,3
Vacinas básicas	43,5	48,8	46,2	35,4	46,6	32,6
Protocolo visita domiciliar	35,0	32,9	30,3	25,9	41,7	33,1
Medicamentos	28,3	11,6	16,5	10,3	37,0	43,7

Tabela 2. (cont.)

Insumos: população	28,1	18,3	14,7	28,2	35,4	40,3
Protocolo acolhimento	28,0	14,6	17,7	15,0	41,8	26,1
Equipamentos: farmácia	16,9	16,8	11,0	19,1	16,9	26,9
Prontuário eletrônico	10,9	1,8	0,9	17,6	13,4	24,4
Ambiente clínico	8,8	2,8	3,0	9,5	13,2	11,7
Testes rápidos	1,6	3,7	0,9	3,1	1,9	1,2
PROCESSO						
Captação gestante e puérpera	89,6	87,4	91,2	83,9	90,9	86,9
Situação vacinal e oferta	78,6	82,4	83,2	75,6	76,6	74,2
Programa, consultas e ações	73,4	70,9	76,8	69,5	72,4	71,7
Oferta classificação de risco	67,5	64,8	64,9	64,0	71,7	65,1
Agenda/oferta promoção de saúde	51,7	48,2	47,5	48,4	57,2	49,7
Atendimento especializado	46,3	45,2	48,7	42,8	46,2	42,3
Cuidado domiciliar	42,2	31,8	36,2	30,0	49,3	18,7
Encaminhamento de usuários	39,1	34,8	23,0	35,9	51,6	44,0
Exames	37,3	29,6	19,3	45,6	52,9	36,0
Acolhimento	34,3	22,5	20,0	25,3	48,6	36,4
Caderneta da gestante	30,6	28,7	32,1	26,3	34,2	32,5
Consulta de puerpério	27,1	20,7	32,1	15,0	29,1	20,2

Constatou-se ainda que entre 50% e 75% das equipes referiram programar consultas e ações para usuários de programas ou grupos prioritários, de cuidado continuado e APN (73,4%, variando de 69,5%, Região Centro-Oeste, a 76,8%, Região Nordeste), ofertar serviço, encaminhar gestantes para consultas e exames baseados na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade (67,5%, variando de 64,0%, Região Centro-Oeste, a 71,7%, Região Sudeste) e organizar agenda para oferta de atividades educativas de promoção da saúde sobre aleitamento materno (51,7%, variando de 47,5%, Região Nordeste, a 57,2%, Região Sudeste). Por outro lado, os resultados mais desfavoráveis, inferiores a 50% do atributo, foram para os critérios cuidado domiciliar mediante o cumprimento de critérios sociais e clínicos (42,2%, variando de 18,7%, Região Sul,

a 49,3%, Região Sudeste), realizar, coletar e receber os resultados dos exames em tempo oportuno (37,3%, variando de 19,3%, Região Nordeste, a 52,9%, Região Sudeste), utilizar a caderneta da gestante e possuir o número de gestantes de alto risco no território (30,6%, variando de 26,3%, Região Centro-Oeste, a 34,2%, Região Sudeste), e realizar consulta em qualquer dia e horário da semana para garantir atendimento de puerpério de até dez dias após o parto (27,1%, variando de 15,0%, Região Centro-Oeste, a 32,1%, Região Nordeste) (tabela 2).

Discussão

As evidências encontradas no presente estudo sobre a avaliação da APN na Estratégia Saúde da Família demonstraram

que a estrutura das UBS e os processos no desenvolvimento das ações prestadas não atenderam à maioria dos padrões estabelecidos em protocolos nacionais, tanto na dimensão gerencial quanto na dimensão assistencial, revelando baixa qualidade da APN e ao puerpério no Brasil. Esses problemas referiram-se a diversas esferas, desde a acessibilidade a ações e serviços até a realização de ações de promoção da saúde e à qualidade do cuidado clínico, envolvendo não apenas a atenção individual, mas, também, as ações coletivas e domiciliares ofertadas.

No Brasil, a maioria dos estudos relacionados com a APN centraram suas análises em critérios clássicos de adequação. O uso de dados do PMAQ-AB permitiu revelar, à luz da abordagem de Donnabedian, as condições das unidades de saúde da família e o desenvolvimento das ações das EqSF no âmbito da APS, sendo, portanto, um estudo que, do ponto de vista teórico e metodológico, ampliou o escopo das análises relativas à APN no País.

Inicialmente, cabe destacar que diversos estudos de abrangência nacional evidenciaram que o cuidado à gestante é universal no Brasil, persistindo desigualdades sociais e a inadequação da atenção^{11,12}. Estudo recente com dados da avaliação externa do PMAQ-AB com usuárias vinculadas a UBS também encontrou inadequação da assistência¹², o que é corroborado pelos baixos percentuais entre as dimensões analisadas.

Também tem sido avaliada a infraestrutura das unidades básicas no País¹⁹ que apoiam os resultados do estudo quanto a barreiras arquitetônicas para pessoas com algum tipo de necessidade especial, evidenciando a precariedade estrutural e a inexistência de adaptações básicas para o atendimento de usuários nessas condições nas unidades de saúde da família no Brasil.

Na contramão da ampliação do horário de funcionamento da unidade, que pode garantir maior adesão à APN e às visitas programadas, aumentar a satisfação das gestantes e favorecer a continuidade do

acompanhamento pré-natal²⁰, os resultados demonstraram fragilidades no seu funcionamento. Além disso, foram encontradas debilidades na realização de acolhimento, situação descrita em revisão integrativa²¹.

Foram bastante inexpressivos os percentuais de equipes com recursos materiais disponíveis para a resolubilidade do cuidado pré-natal nas unidades, sendo consistentes com evidências encontradas na literatura quanto insuficiência de medicamentos nas unidades²²; dificuldades na realização de exames²³, ou da baixa aplicação de testes para HIV e sífilis existentes, com alto percentual de unidades com material fora da validade²⁴; documentos e fluxos pactuados pela gestão municipal²⁵; e, além disso, ausência de diversas estruturas nas unidades investigadas em estudo de abrangência local²⁶.

Um dos achados mais animadores, em síntese, foi a presença de coordenadores para a gerência das unidades e de profissionais de saúde de diversas categorias para o desenvolvimento de atividades clínicas e de promoção da saúde, além disso, o desenvolvimento de ações como captação da gestante e puerpera para início precoce da assistência, orientação quanto à situação vacinal e oferta de vacina do calendário básico, bem como alimentação do SisPreNatal.

Ações de promoção da saúde têm impacto positivo sobre a realização de aleitamento materno e sobre o peso ao nascer²⁷. Entretanto, neste estudo, foi investigada apenas a organização de agendas das equipes para ofertar tais ações, não sendo possível mensurar se elas são, de fato, realizadas. A incipiência de ações de promoção da saúde no âmbito da APS, em geral²⁸, e, especificamente, voltadas para aleitamento materno em gestantes e puerperas²⁹ tem sido descrita em outros estudos.

A literatura internacional tem destacado problemas relativos à qualidade da APN em diversos países de diferentes continentes, o que reforça a relevância de estudos sobre a temática. Na Europa, recente revisão

sistemática evidenciou que, apesar dos sistemas de cuidados maternos estarem bem implementados no continente, desigualdades persistem em países da Europa Central e Oriental, que padecem com barreiras no acesso a cuidados maternos, recursos materiais obsoletos, falta de medicamentos e protocolos inadequados e desatualizados, entre outros³⁰. Estudo realizado em região mais populosa e desenvolvida de país da Ásia ressaltou que a qualidade da APN era extremamente inadequada, especialmente, devido a fatores como inadequação e baixa cobertura em níveis gerenciais e assistenciais, especialmente quanto à distância das unidades, deficiência de instalações e horário de trabalho e disponibilidade de recursos humanos, entre outros³¹. Em contexto latino-americano, no México, foi evidenciado baixo encaminhamento de gestantes para atividades educativas³², e, especificamente no Brasil, a baixa a qualidade da APN tem sido comumente descrita^{12,33}.

Como limitação do estudo, pode ser destacada a utilização de dados secundários devido a possíveis problemas de qualidade dos dados, como, por exemplo, o viés de informação. No caso do PMAQ, como os coordenadores das unidades foram os responsáveis pelas informações prestadas, poderia haver uma superestimação das atividades realizadas pelas equipes. Além disso, a diversidade de instituições envolvidas na coleta dos dados poderia ter comprometido a padronização dos procedimentos. Entretanto, este estudo revelou várias debilidades nas unidades e nos processos assistenciais e gerenciais das equipes, o que não reforça a hipótese de mascaramento dos problemas pelos coordenadores. Ademais, mesmo com a possibilidade de atenuação dos problemas estruturais e assistenciais das equipes, faz-se necessário destacar que, em todas as subdimensões estudadas, embora tenham sido observadas algumas variações percentuais entre as regiões, evidenciou-se que os problemas estavam presentes em todo o

território nacional, com padrões regionais muito semelhantes, o que reforça a confiabilidade dos dados e fala a favor da robustez dos resultados apresentados.

Como principal potencialidade do estudo, destaca-se a utilização de uma vasta quantidade de informações sobre características da estrutura das unidades de saúde da família e das ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde na APN, abarcando um grande número de municípios, permitindo delinear um quadro da situação atual no Brasil com ampliação do escopo das análises relativa à APN no País. Outro fato positivo foi a utilização de um modelo teórico-lógico, com base em referencial teórico sobre a utilização de atributos de estrutura e processo na avaliação de qualidade¹⁵, considerando base normativa e legal sobre a APN.

Finalmente, os resultados apresentados neste estudo demonstram que, apesar da alta cobertura da APN e de sua institucionalização há muitos anos, em normas e protocolos, no Brasil, ainda persistem problemas de diversas naturezas, com potenciais prejuízos à saúde materno-infantil. Estes achados são fundamentais para a compreensão da situação atual de problemas de saúde pública de grande magnitude, como a mortalidade materna, que continua em patamares acima do que foi estabelecido em pactos internacionais, e o aumento da incidência de sífilis congênita, que evidenciam limites na efetividade na APN³⁴⁻³⁶.

Colaboradores

Luz LA e Aquino R foram responsáveis pela concepção, planejamento, análise, interpretação dos dados, elaboração do rascunho, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. Medina MG foi responsável elaboração do rascunho, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Beeckman K, Louckx F, Putman K. Predisposing, Enabling and Pregnancy-Related Determinants of Late Initiation of Prenatal Care. *Matern Child Health J*. 2011; 15:1067-1075.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, DF: MS; 2012.
3. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: WHO; 2016 [acesso em 2018 mar 10]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250796/1/9789241549912-eng.pdf?ua=1>.
4. Domingues RMSM, Hartz ZMA, Dias MAB, et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012 mar; 28(3):425-437.
5. Šegregur J, Šegregur D. Antenatal characteristics of Roma female population in Virovitica-Podravina County, Croatia. *Slovenian J Public Health*. 2017 [acesso em 2018 mar 10]; 56(1):47-54. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5329785/pdf/sjph-2017-0007.pdf>.
6. Vintzileos AM, Ananth CV, Smulian JC, et al. The impact of prenatal care on neonatal deaths in the presence and absence of antenatal high-risk conditions. *American J Obstetrics Gynecology*. 2002 maio; 186(5):1011-1016.
7. Gonzaga ICA, Santos SLD, Silva ARV, et al. Atenção pré-natal e fatores de risco associados à prematuridade e baixo peso ao nascer em capital do nordeste brasileiro. *Ciênc Saúde Colet*. 2016; 21(6):1965-1974.
8. Leal MC, Bittencourt SDA, Torres RMC, et al. Determinantes do óbito infantil no Vale do Jequitinhonha e nas regiões Norte e Nordeste do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2017; 51(12):1-9.
9. Partridge S, Balayla J, Holcroft CA, et al. Inadequate prenatal care utilization and risks of infant mortality and poor birth outcome: a retrospective analysis of 28,729,765 U.S. deliveries over 8 years. *Am J Perinatol*. 2012 nov; 29(10):787-793.
10. Victoria CG, Aquino EML, Leal MCL, et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *The Lancet*. 2011; 2:32-46.
11. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30(sup):S85-S100.
12. Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T, et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cad Saúde Pública*. 2017; 33(3):1-11.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº. 1.645, de 02 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *Diário Oficial da União*. 2 Out 2015.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde mais perto de você – acesso e qualidade programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção Básica (PMAQ-AB): documento síntese para avaliação externa. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação Externa do PMAQ 1º CICLO – 2011/2012. Notas Técnicas. Brasília, DF: MS; 2015. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_tecnica_1ciclo11_12.pdf.
16. Donabedian A. Garantía y Monitoría de Calidad de la Atención Médica: Un texto introductorio. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 1990.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. 2. ed. Brasília, DF: MS; 2008.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Progra-

- ma Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Manual Instrutivo para as Equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF. Brasília, DF: MS; 2013. [acesso em 2018 out 11]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_instrutivo_PMAQ_AB2013.pdf.
19. Janssen M, Fonseca SC, Alexandre GC. Avaliação da dimensão estrutura no atendimento ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família: potencialidades do PMAQ-AB. *Saúde debate*. 2016 dez; 40(111):140-152.
 20. Mejía PTR, Barona RC, Solarte JCM, et al. Factores de servicios de salud y satisfacción de usuarios asociados al acceso al control prenatal. *Hacia Promoc Salud*. 2014; 19(1):84-98.
 21. Coutinho LRP, Barbieri AR, Santos MLM. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. *Saúde debate*. 2015; 39(105):514-524.
 22. Mendes LV, Campos MR, Chaves GC, et al. Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. *Saúde debate*. 2014 out; 38(esp):109-123.
 23. Almeida CAL, Tanaka OY. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. *Rev Saúde Pública*. 2009 fev; 43(1):98-104.
 24. Lopes ACMU, Araújo MAL, Vasconcelo LDPG, et al. Implantação dos testes rápidos para sífilis e HIV na rotina do pré-natal em Fortaleza - Ceará. *Rev Bras Enferm*. 2016 fev; 69(1):62-66.
 25. Protásio APL, Polyana BS, Lima CE, et al. Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB. *Saúde debate*. 2014 out; 38(esp):209-220.
 26. Arantes RB, Alvares AS, Correa ACP, et al. Prenatal Care in The Family Health Strategy: Assessment of Structure. *Ciênc Cuid Saúde*. 2014 abr-jun; 13(2):245-254.
 27. Silva EP, Lima RT, Osório MM. Impacto de estratégias educacionais no pré-natal de baixo risco: revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados. *Ciênc Saúde Colet*. 2016 set; 21(9):2935-2948.
 28. Medina MG, Aquino R, Vilasbôas ALQ, et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família? *Saúde debate*. 2014 out; 38(esp):69-82.
 29. Venancio SI, Escuder MML, Saldiva RDM, et al. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços. *J Pediatr*. 2010 ago; 86(4):317-324.
 30. Miteniece E, Pavlova M, Rechel B, et al. Barriers to accessing adequate maternal care in Central and Eastern European countries: A systematic literature review. *Soc Sci Med*. 2017 mar; 177:1-8.
 31. Majrooh MA, Hasnain S, Akram J, et al. Coverage and Quality of Antenatal Care Provided at Primary Health Care Facilities in the 'Punjab' Province of 'Pakistan'. *Plos One*. 2014 nov; 9(11).
 32. Doubova SV, Pérez-Cuevas R, Ortiz-Panozo E, et al. Evaluation of the quality of antenatal care using electronic health record information in family medicine clinics of Mexico City. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2014; 14:168.
 33. Nunes JT, Gomes KRO, Rodrigues MTP, et al. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. *Cad Saúde Colet*. 2016; 24(2):252-261.
 34. World Health Organization. Trends in maternal mortality: 1990 to 2015: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: WHO; 2015 [acesso em 2018 abr 25]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/194254/9789241565141_eng.pdf;jsessionid=DB8B807C6178754B973513C74A32D289?sequence=1.
 35. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilân-

cia em Saúde. Boletim Epidemiológico. Brasília, DF: MS; 2017.

36. Pan American Health Organization. Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in the Americas: Update 2016. Washington: PAHO; 2017 [acesso em 2018 abr 25]. Dispo-

nível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34072/9789275119556-eng.pdf?sequence=4&isAllowed=y>.

Recebido em: 30/06/2018
Aprovado em: 18/09/2018
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Visitas domiciliares no Brasil: características da atividade basilar dos Agentes Comunitários de Saúde

Home Visits in Brazil: characteristics of the baseline activity of Community Health Workers

Cristiane Abdon Nunes¹, Rosana Aquino², Maria Guadalupe Medina³, Ana Luiza Queiroz Vilasbôas⁴, Elzo Pereira Pinto Júnior⁵, Leandro Alves da Luz⁶

¹Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6352-9858>
abdoncris@gmail.com

²Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <http://orcid.org/0000-0003-3906-5170>
aquino@ufba.br

³Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7283-2947>
medina@ufba.br

⁴Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (Ba), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5566-8337>
analuvilas@gmail.com

⁵Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6977-2071>
elzojr@hotmail.com

⁶Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (Ba), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3566-3117>
leojluz@gmail.com

DOI: 10.1590/0103-11042018S209

RESUMO Caracterização das visitas domiciliares realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil. Estudo transversal, amostragem aleatória por conglomerados. 1.526 agentes entrevistados em 100 municípios, com representatividade nacional. A maioria dos agentes era composta por mulheres, com ensino médio completo e mediana de idade de 39 anos. Visitas domiciliares são realizadas frequentemente por 99,1% dos agentes, sendo que 67,4% fazem pelo menos uma visita mensal. Visitar famílias com menores de um ano de idade e gestantes de risco até 15 dias foi referido por 70,4% dos agentes; 40,3% afirmaram programar frequentemente visitas com profissionais da unidade; 80,9% adotavam critérios para sua realização. Nas visitas, mais de 45% orientavam sobre serviços de saúde e verificavam cartão de vacinação; quase um terço questionava sobre doenças prevalentes; entre 20% e 25% entregavam e orientavam o uso de medicamentos, pesavam crianças e cadastravam famílias; menos de 20% verificavam condições ambientais e realizavam busca ativa de faltosos. Essas falhas podem estar associadas à baixa participação da equipe no planejamento da visita, indicando problemas na organização do processo de trabalho dos agentes. Destaca-se a importância da Visita Domiciliar no desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

PALAVRAS-CHAVE Agentes Comunitários de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Visita domiciliar.

ABSTRACT *Characterization of home visits performed by Community Health Workers in Brazil. Cross-sectional study, with random sampling by clusters. 1.526 agents interviewed, distributed in 100 municipalities. The majority of the agents were women, with complete secondary education and a median age of 39 years. Households visits are frequently performed by 99.1% of the agents, with 67.4% making at least one monthly visit. Visiting families with infants and pregnant women at intervals of up to 15 days was reported by 70.4% of the agents; while frequently scheduled visits with other professionals from the unit were reported by 40.3%; and 80.9% adopted criteria for its accomplishment. During visits, more than 45% of the agents provided information about health services and reviewed vaccination cards; between 20% and 25% delivered and guided the use of medicines, weighed children and registered families; less than 20% verified environmental*



conditions and actively searched for defaulters. These shortfalls may be associated with low team participation during the visit's planning, indicating problems in the organization of the agents' work process. Nonetheless, the importance of home visits in the development of actions of health promotion and injury prevention within the scope of Primary Health Care is highlighted.

KEYWORDS *Community Health Workers. Primary Healthy Care. Home calls.*

Introdução

No Brasil, o século XX foi marcado por diversas experiências de criação e expansão de serviços de atenção voltados para os cuidados primários em saúde. Contudo, foi no início da década de 1990 que surgiram as bases do que, posteriormente, viria a se constituir em uma política de saúde de abrangência nacional, tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como eixo norteador de todo o sistema de saúde com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e do Programa Saúde da Família (PSF), que passou, a partir de 1997, a ser denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), modelo prioritário de reorganização da APS no País, segundo as normativas federais do Sistema Único de Saúde (SUS)^{1,2}.

Diversos estudos de abrangência nacional evidenciaram o impacto da saúde da família no estado de saúde da população, a exemplo da redução da mortalidade infantil e de menores de 5 anos³⁻⁵ e da redução das hospitalizações por causas sensíveis à atenção primária⁶, indicando o acerto dessa política na consolidação da APS enquanto modelo estruturante do sistema de saúde.

Alguns autores demonstraram que, até 1997, a expansão numérica da APS se deveu, principalmente, à expansão do Pacs, implantado em mais de 2.200 municípios. A partir de 1998, o PSF alcançou abrangência nacional, sendo implantado em mais de mil municípios

do País. Desde então, observou-se ampliação quantitativa do número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e de Equipes de Saúde da Família (EqSF), caracterizando uma crescente expansão de cobertura em grande parte dos municípios e ampliação para estados e regiões onde a estratégia não existia anteriormente, alcançando quase a totalidade dos municípios brasileiros¹. Hoje, o Brasil possui o maior número de ACS no mundo, os chamados Community Health Workers, ultrapassando a marca de 260.000⁷.

O Pacs foi criado pelo Ministério da Saúde em 1991 para intervir sobre as altas taxas de mortalidade infantil e materna na Região Nordeste, e logo foi ampliado para a Região Norte, em situação de emergência sanitária devido à epidemia de cólera. Desde a criação do Programa, os agentes comunitários têm sido identificados como mediadores entre a comunidade e os serviços de saúde, atuando por meio de ações educativas, prevenção de agravos e de promoção da saúde. As atribuições dos ACS, definidas pela Portaria nº 1.886, de 1997⁸, foram reiteradas na edição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de 2011⁹. Em paralelo, o processo de regulamentação da profissão aconteceu em 2002, com a promulgação da Lei nº 10.507¹⁰, e vem passando por reformulações que, às vezes, contrapõem-se a atribuições da política¹¹. Entre as atribuições dos ACS presentes na PNAB 2011, destacam-se: realizar o cadastramento e a orientação das famílias quanto

aos serviços de saúde disponíveis; acompanhar, por meio de Visita Domiciliar (VD), todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade; desenvolver ações educativas visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, além de promover a integração entre a equipe de saúde e a população adstrita⁹.

No cenário de reorganização dos serviços de saúde, a partir da APS, seja no âmbito das EqSF ou nas Unidades Básicas de Saúde, diversos estudos apontam para os agentes comunitários como elementos nucleares para o desenvolvimento das ações de saúde¹²⁻¹⁴, problematizando suas atribuições^{14,15}, práticas/processo de trabalho^{13,16-18}, condições de trabalho^{12,19,20}, entre outros aspectos.

Mais do que meros suportes para execução de ações educativas em saúde, os ACS têm sido considerados participantes efetivos do trabalho no SUS. A literatura sobre a contribuição desse profissional para a consolidação do SUS problematizou a existência de duas dimensões principais da atuação do ACS: uma dimensão técnica, relativa ao atendimento dos indivíduos e das famílias, a intervenção para prevenção de agravos ou para o monitoramento de grupos ou problemas específicos; e uma dimensão política, no sentido de organização da comunidade e de transformação das condições de vida que levam aos problemas de saúde.

Outro aspecto mencionado diz respeito às dificuldades para cumprir suas atribuições, em função do amplo leque de exigências e das limitadas condições socioeconômicas das famílias acompanhadas²¹. Contudo, é justamente no contexto dos limites enfrentados no cotidiano do seu trabalho que o ACS se inscreve de forma privilegiada na dinâmica de implantação e de consolidação do novo modelo de saúde, dado que, atuando numa posição estratégica de mediador entre a comunidade e o serviço de saúde, ora ele pode funcionar como facilitador, ora como empecilho nesse processo²².

Entre as atribuições do ACS, destaca-se a

realização da VD, que tem como objetivo viabilizar o acompanhamento das famílias e dos indivíduos de forma integral⁹. Diferentes autores atribuem à VD a concepção de instrumento principal do trabalho do ACS, sendo uma das suas atividades mais importantes^{23,24}, fato também referido pelos agentes comunitários²⁵⁻²⁷. Corroborando isso, estudos apontaram que a VD foi importante para a construção de novas relações entre profissionais e familiares, formação de vínculos, aumento do acesso a serviços de saúde, maior acesso às informações sobre os serviços disponíveis e melhor compreensão das necessidades e dos contextos das famílias acompanhadas²⁸⁻³⁰.

Ao longo dos 30 anos de constituição e implementação do SUS, e num contexto de luta pela consolidação da ESF enquanto política pública prioritária para a reorganização da atenção primária no País, faz-se necessário discutir suas práticas. Neste artigo, em particular, tratou-se de descrever o perfil socioeconômico e demográfico dos ACS do Brasil e analisar as práticas de VD segundo região do País e localização das unidades de saúde, zona urbana e rural, à luz da PNAB, publicada em 2011 e vigente até setembro de 2017.

Material e métodos

O desenho de estudo foi um inquérito nacional, realizado em 2015, cuja unidade de análise foram os ACS. A população de estudo contemplou todos os ACS distribuídos nas unidades de saúde de APS no Brasil, que totalizavam 255.772, com base no censo de unidades básicas de saúde realizado em 2012³¹. Foi realizada uma amostragem aleatória por conglomerados com representatividade nacional, obtida através de sorteio por estágios sucessivos, inicialmente, de 100 municípios participantes, de acordo com a distribuição proporcional das unidades de saúde nas cinco regiões brasileiras; seguido de sorteio das unidades de saúde e das equipes de

saúde. Todos os ACS das EqSF selecionadas foram incluídos, exceto os que estavam em desvio de função, férias, afastamento por doença e licença maternidade ou ausentes nas unidades por motivo de agenda; e, no caso das unidades de atenção básica convencional, oito ACS foram selecionados por meio de sorteio simples. A amostra final foi composta por 1.526 ACS.

Foi aplicado um questionário estruturado aos ACS nas unidades de saúde selecionadas, elaborado a partir de revisão de literatura e da análise documental de instrumentos normativos federais vigentes à época da coleta de dados⁹, sobre o trabalho do agente comunitário. Os entrevistadores foram devidamente treinados e supervisionados por assistentes de pesquisa em campo.

As variáveis do perfil socioeconômico e demográfico dos ACS foram: sexo; idade; escolaridade (fundamental incompleto/completo, ensino médio completo e superior incompleto/completo); raça/cor; renda familiar em salários mínimos (até 1, de 1 a 1,5 e mais de 1,5); e número de famílias cadastradas na microárea.

As variáveis relacionadas às visitas domiciliares foram: realiza VD (sempre/na maioria das vezes, algumas vezes/raras vezes/nunca); número de turnos de trabalho dedicados a VD (menos de cinco, cinco ou mais); frequência das visitas domiciliares de rotina às famílias (uma visita pelo menos uma vez por mês, uma visita em intervalo maior que um mês e sem periodicidade definida a depender da condição do usuário); frequência das visitas domiciliares às famílias com crianças menores de 1 ano ou gestante de risco (uma visita a cada 15 dias, uma visita por mês, uma visita em intervalo maior que um mês); visitas domiciliares programadas com os demais profissionais da unidade (sim, sempre/na maioria das vezes, algumas/raras vezes/nunca); categoria do profissional (médico, enfermeiro, cirurgião-dentista); existência de critérios definidos para realização das visitas (sim, não); critérios utilizados (residir em área distante, residir

em área de difícil acesso, famílias com presença de idosos, pessoas com dificuldade de locomoção, portadores de doença crônica, crianças < 2 anos e gestantes); e atividades realizadas nas visitas (orienta sobre os serviços de saúde, cadastra as famílias, verifica cartão de vacinação, levanta/acompanha casos de doenças, acompanha as famílias no Programa Bolsa Família (PBF), busca ativa de faltosos, verifica condições ambientais, entrega medicamentos e orienta quanto ao uso, pesa as crianças).

No caso do tipo de critério e das atividades realizadas, inicialmente, eram assinaladas as alternativas referidas espontaneamente pelos entrevistados e, a seguir, era questionada cada uma das alternativas não referidas. A presente análise só considerou as respostas espontâneas dos ACS.

Foi realizada análise descritiva, segundo a localização das unidades de saúde por região e zona urbana e rural, com apresentação tabular e gráfica, utilizando o programa Stata versão 12.0 e o *software* Excel 2013. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (Parecer nº 871.501/2014).

Resultados e discussão

Perfil dos ACS - aspectos importantes sobre a especificidade e a abrangência de seu trabalho

No Brasil, em 2015, mais de 80% dos ACS eram do sexo feminino (83,2%), percentual que variou entre as regiões, de 76,4% (Nordeste) a 91,8% (Sul), e foi menor na área rural (72,5%) do que na área urbana (86,1%). A mediana de idade foi de 39 anos, com pouca variação entre os estratos estudados. Quase 65% se autodeclararam de cor parda (52,9%) ou preta (12,0), com grande variação entre as regiões, sendo quase 85% de pardos

e pretos na Região Norte e cerca de 30% na Região Sul. Mais de 80% referiram possuir ensino médio completo, e 18,8%, superior incompleto ou completo, sendo o último percentual menor na Região Sul (10,5%) e na zona rural (8,4%), onde foram maiores os percentuais de ensino médio completo. Mais de 70% referiram renda familiar entre 1 e 1,5 salário mínimo, e quase 16%, de até 1 salário mínimo, sendo observados menores níveis de renda nas Regiões Centro-Oeste, Sudeste e áreas rurais, onde os percentuais

de agentes com até 1 salário mínimo foram superiores a 20% (tabela 1).

Mais de 80% residiam em sua área de atuação, variando entre 76,4% na Região Norte e 88,6% no Sul, 80,5% na zona urbana e 88,8% na zona rural. A mediana do número de famílias cadastradas na microárea de atuação foi de 150, bem menor na área rural do que na urbana (95 e 160, respectivamente), variando de 139 (Centro-Oeste) a 192 (Sul), entre as regiões (tabela 1).

Tabela 1. Perfil socioeconômico dos Agentes Comunitários de Saúde, segundo localização da unidade de saúde, Regiões e Brasil, 2015

Variáveis	Região						Localização	
	Brasil	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul	Rural	Urbana
	%	%	%	%	%	%	%	%
Sexo								
Feminino	83,2	84,9	76,4	85,6	85,7	91,8	72,5	86,1
Masculino	16,8	15,1	23,6	14,4	14,20	8,2	27,5	13,9
Idade (mediana)	39,0	39,0	40,0	38,0	37,0	39,0	38,0	39,0
Escolaridade (Maior nível)								
Fundamental incompleto/completo	1,1	0,0	1,7	1,6	0,9	0,5	1,3	1,0
Ensino médio completo	80,1	76,4	78,3	77,6	80,4	89,0	90,3	77,5
Superior em curso/completo	18,8	23,6	20,0	20,8	18,8	10,5	8,4	21,6
Raça/Cor								
Branca	33,3	12,1	20,4	24,0	44,5	67,0	32,9	33,4
Preta	12,0	15,7	11,8	16,8	11,5	7,3	6,9	13,0
Parda	52,9	68,7	66,2	56,8	43,2	23,9	56,6	51,2
Outra	1,8	3,5	1,7	2,4	0,9	1,8	0,6	2,1
Renda familiar								
Até 1 salário mínimo	15,8	13,3	17,07	21,6	20,1	3,2	21,7	14,3
1 - 1,5 salário mínimo	73,8	75,5	70,0	59,2	75,0	87,2	69,8	74,8
> 1,5 salário mínimo	10,4	11,2	12,95	19,2	4,9	9,6	8,5	10,9
Mora na área de atuação	82,2	76,4	84,5	79,2	79,9	88,6	88,8	80,5
Famílias cadastradas (mediana)	150,0	143,0	140,0	139,0	153,0	192,0	95,0	160,0

Frequência, periodicidade e planejamento das visitas domiciliares

A VD é uma atividade central do processo de trabalho do ACS e deve ser realizada com frequência média de uma visita família/mês, sendo que as famílias com maior necessidade deverão ser visitadas com mais frequência⁹. Nesta pesquisa, foram consideradas a realização e a frequência da VD a famílias e a grupos estratégicos (crianças e gestantes) e turnos dedicados a essa atividade. Os resultados apontaram que, aproximadamente, a totalidade dos ACS realiza visitas ‘sempre’ e ‘na maioria das vezes’ (99,1%) às famílias ou pessoas de sua microárea, não havendo diferenças entre as regiões e entre as zonas urbana e rural. No que se refere aos turnos de trabalho, 74,4% dos agentes comunitários declararam destinar cinco turnos ou mais a essa atividade, com maiores proporções na região Sul (93,6%) e menores no Centro-Oeste (62,4%), e menores proporções na zona urbana (73,3%) do que na zona rural (78,4%) (tabela 2).

Estudos sobre a frequência de VD no estado de São Paulo e Minas Gerais apontaram que,

respectivamente, 85,5% e 99,6% dos ACS realizavam a atividade regularmente, com percentuais bastante próximos ao encontrado nesta pesquisa^{14,32}. Fraccolli³³ e Lara³⁴ também encontraram resultados semelhantes para a regularidade na realização de VD pelos ACS, e, assim como no presente inquérito, a maioria dos profissionais utilizava cinco ou mais turnos de trabalho para esse fim.

Com relação à periodicidade das visitas de rotina às famílias, 67,4% dos ACS afirmaram pelo menos uma visita mensal, com percentuais semelhantes entre zona urbana e rural, sendo observada a maior proporção na Região Centro-Oeste (83,2%) e a menor na Região Sudeste (57,4%). Ressalta-se, ainda, que, apesar da maioria dos ACS cumprir a recomendação de média mensal de pelo menos uma VD por família, quase um terço deles relatou não seguir uma periodicidade definida para a realização de visitas, vinculando essa atividade à condição de saúde dos usuários, sem diferenças entre áreas urbanas e rurais, com maiores percentuais na Região Sudeste (39,7%) e menores nas Regiões Centro-Oeste (15,2%), Sul (25,1%) e Nordeste (25,4%) (tabela 2).

Tabela 2. Percentual de agentes comunitários que realiza visita, que dedica cinco ou mais turnos de trabalho a essa atividade e periodicidade das visitas às famílias segundo localização da unidade de saúde e Brasil, 2015

Localização da unidade de saúde	Total	Sempre realiza visita domiciliar	Dedica 5 turnos ou mais para atividade	Periodicidade das visitas domiciliares		
				Pelo menos mensal para visitas de rotina	Depende da condição do usuário	Até 15 dias para famílias com crianças < 1 ano e gestantes de risco
	N	%	%	%	%	%
Brasil	1.526	99,1	74,4	67,4	29,5	70,4
Região Norte	199	99,5	65,3	62,8	31,2	72,9
Região Nordeste	535	99,1	68,6	72,7	25,4	82,2
Região Centro-Oeste	125	100,0	62,4	83,2	15,2	70,4
Região Sudeste	448	98,9	79,2	57,4	39,7	63,6
Região Sul	219	98,6	93,6	69,9	25,1	53,4
Zona Urbana	1.206	99,0	73,3	67,1	29,3	67,2
Zona Rural	320	99,4	78,4	68,4	30,3	82,8

Condicionar a visita apenas ao quadro de saúde do usuário revela inconsistências na definição de critérios e na concepção da VD, que deve ser um instrumento para promover o cuidado em saúde de forma ampliada, para além do monitoramento de doenças e agravos. De um lado, a falta de critérios pode corroborar a fragmentação dessa atividade e a ocorrência de visitas em intervalos muito superiores ao recomendado, inclusive no caso de famílias que necessitam de um acompanhamento sistemático e intensivo. Do outro, o modelo de atenção centrado na doença condiciona a lógica das práticas à demanda espontânea e reduz o potencial do ACS na identificação, na intervenção e no encaminhamento oportuno de situações que exigem cuidados preventivos e diagnóstico precoce e na implementação de ações de promoção da saúde.

A variação na periodicidade das visitas tem sido observada em diversos estudos. Oliveira³⁵ evidenciou que 25% das famílias investigadas em seu estudo recebiam visitas em intervalos maiores de dois meses ou nunca foram visitadas. Para o autor, uma das explicações para esse fato estaria relacionada à acumulação de outras atividades concomitantes, como cadastramento do cartão SUS, do Programa de Segurança Alimentar e do Programa Bolsa Escola.

A sobrecarga de trabalho foi relatada pelos agentes como dificuldade para realização das visitas^{36,37}, sinalizando a falta de clareza das equipes quanto às principais atribuições dos ACS, deslocando-os para outras atividades que demandam tempo e dificultam o cumprimento das visitas domiciliares conforme o preconizado, ou até em maior frequência, em caso de necessidade.

No estudo de Gomes²¹, apenas 45,4% dos ACS visitavam todas as famílias no mês, ao passo que 27,3% não conseguiam cumprir essa recomendação em função de algum imprevisto²¹. Essa situação também tem refletido diretamente sobre a percepção das famílias e de outros profissionais, haja vista que usuários e enfermeiros mostraram-se

insatisfeitos com o baixo número de famílias visitadas pelos ACS^{24,38}.

Um estudo de metassíntese realizado sobre o trabalho dos ACS na ESF 12 identificou artigos em que a temática da ‘falta de dimensionamento do trabalho dos ACS’ foi abordada, destacando-se o excesso de funções previstas e a pouca clareza das suas atribuições. Costa¹⁴ evidenciou que 33,6% dos agentes comunitários referiram auxiliar o profissional de nível superior no ambiente clínico, assumindo tarefas como desinfecção e esterilização de instrumental clínico, que caberiam aos técnicos ou auxiliares de enfermagem, ou funções administrativas, como o agendamento de consultas e exames, a conferência de estoque de material de escritório e médico-hospitalar. Situações como essas, além de desviar o foco das ações no território, descaracterizam o papel do ACS na equipe de saúde e dificultam a consolidação de uma identidade profissional própria¹⁴.

Com relação à periodicidade de VD às famílias com crianças menores de um ano de idade e gestante de risco, 70,4% dos agentes do presente inquérito afirmaram realizar tal atividade a cada 15 dias. Esses percentuais foram mais elevados na Região Nordeste (82,2%) e menores na Região Sul (53,4%), com maior percentual na zona rural (82,8%) do que na zona urbana (67,2%) (tabela 2). As visitas domiciliares devem ser realizadas com base em critérios de risco e vulnerabilidade, de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes⁹. Tendo em vista que se trata de pessoas com necessidade de monitoramento mais intensivo, torna-se importante que a frequência de visitas a esse público supere a média recomendada na PNAB.

A programação conjunta da VD deve nortear a realização dessa atividade, sendo, portanto, uma etapa fundamental na definição da agenda de trabalho do ACS e da equipe multiprofissional de APS⁹. Quando questionados se a realização das visitas domiciliares era programada com os demais profissionais da unidade de saúde, 40,3% dos ACS afirmaram programá-las ‘sempre

ou na maioria das vezes’, e 38,2%, ‘algumas vezes ou raramente’, sem grandes variações entre zona urbana e rural. Foram observadas diferenças entre os padrões de resposta de acordo com as regiões, ressaltando que apenas 28,3% dos agentes da Região Sul referiram sempre ou na maioria das vezes programar visitas com outros profissionais, enquanto quase 50% dos agentes da Região Norte referiram fazê-lo (tabela 3).

O planejamento conjunto das visitas possibilita, entre outros aspectos, qualificar o ACS para a abordagem da família, dado que permite obter, com antecedência, informações sobre a história do indivíduo ou da família a ser visitada e definir algumas das ações a serem realizadas. A baixa proporção de programação conjunta evidenciada neste estudo pode indicar a fragmentação do trabalho em equipe no planejamento da principal atividade que compõe o processo de trabalho do ACS.

Com relação à categoria profissional, 75,9% afirmaram programar as visitas domiciliares com enfermeiros, 65,7% com médicos e 20,4% com dentistas. Entre as regiões, observou-se, na Região Sul, menores proporções de agentes que referiram programar visitas com enfermeiros

(59,4%), médicos (50,2%) e cirurgiões-dentistas (16,0%); percentuais semelhantes foram observados entre as demais quatro regiões para programação de visitas com enfermeiros (entre 78,3% e 79,2%), e maiores percentuais com médicos (75,4%) e cirurgiões-dentistas (29,5%) na Região Sudeste. No tocante à comparação entre zona urbana e zona rural, foram observadas diferenças na programação das visitas domiciliares com enfermeiros, médicos e cirurgiões-dentistas, sendo maiores as proporções para esses profissionais na zona urbana (76,6%, 67,2% e 21,8%, respectivamente) do que na zona rural (73,1%, 59,7% e 15,0%, respectivamente) (tabela 3).

Outros estudos assinalaram a escassez de visitas realizadas conjuntamente, inclusive com profissionais médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Há menção a uma maior participação do profissional de assistência social³⁹. Concordando com esses achados, Gaíva⁴⁰ identificou que a prática da VD tem sido realizada de forma fragmentada, sem a presença de toda a equipe e focada no indivíduo doente⁴⁰. A pouca interação entre enfermeiros e ACS e o planejamento assistemático têm sido relatados como pontos críticos dessa atividade³⁷.

Tabela 3. Percentual de agentes comunitários que referiu programar as visitas domiciliares com outro profissional da equipe, por periodicidade e categoria profissional, segundo localização da unidade de saúde e Brasil, 2015

Localização da unidade de saúde	Total	Visita domiciliar programada com outro profissional da equipe			Profissional de saúde que realiza visita programada com agente		
		Sim, sempre ou na maioria das vezes	Sim, algumas ou raras vezes	Nunca, não sabe ou não respondeu	Enfermeiro	Médico	Cirurgião-dentista
		N	%	%	%	%	%
Brasil	1.526	40,3	38,2	21,5	75,9	65,7	20,4
Região Norte	199	49,2	34,7	16,1	78,4	72,9	20,1
Região Nordeste	535	42,1	37,0	20,9	78,3	59,8	16,6
Região Centro-Oeste	125	34,4	48,0	17,6	78,4	71,2	24,8
Região Sudeste	448	41,7	40,6	17,7	79,2	75,4	29,5
Região Sul	219	28,3	33,8	37,9	59,4	50,2	16,0
Zona Urbana	1.206	40,2	39,1	20,7	76,6	67,2	21,8
Zona Rural	320	40,6	34,7	24,7	73,1	59,7	15,0

Critérios e atividades realizadas na VD

A PNAB, vigente até 2017, embora estabeleça a frequência média mensal de visitas de ACS a serem realizadas em cada domicílio, não define os critérios a serem utilizados para orientar a sua periodicidade. Dado esse fato, cabe assinalar possíveis dificuldades na padronização e na priorização das visitas domiciliares, sejam elas realizadas exclusivamente pelos ACS ou conjuntamente com demais profissionais da equipe. A existência de critérios para realização de visitas domiciliares definidos pela equipe foi referida por 80,9% dos ACS entrevistados, variando entre as regiões de 70,4%, no Centro-Oeste, a aproximadamente 82%, no Norte, no Nordeste e no Sul, com pequenas diferenças entre zona urbana (80,5%) e zona rural (82,2%) (figura 1).

A respeito dos critérios referidos, mais de 30% dos agentes mencionaram a presença de: pessoas com dificuldade de locomoção (53,7%), gestantes (38,7%), portadores de doenças crônicas (35,9%), idosos (31,1%) e crianças menores de 2 anos (30,7%), com percentuais superiores na zona rural, quando comparada com a zona urbana, exceto para o primeiro critério. Na comparação entre as regiões, o percentual de agentes que referiram como critério para VD a presença de pessoas com dificuldade de locomoção nas famílias foi superior a 50%, exceto na Região Centro-Oeste (39,2%). A presença de gestantes como critério variou, aproximadamente, de 34% (Sul e Centro-Oeste) a 44,5% (Nordeste), enquanto a de menores de 2 anos variou de 28% (Centro-Oeste) a 41,7% (Norte). A existência de portadores de doenças crônicas na família foi um critério para a visita do ACS, que variou de 26,4% (Centro-Oeste) a 38,7% (Norte), enquanto a de idosos oscilou de 18,7% (Sul) a 41,7% (Norte) (figura 1).

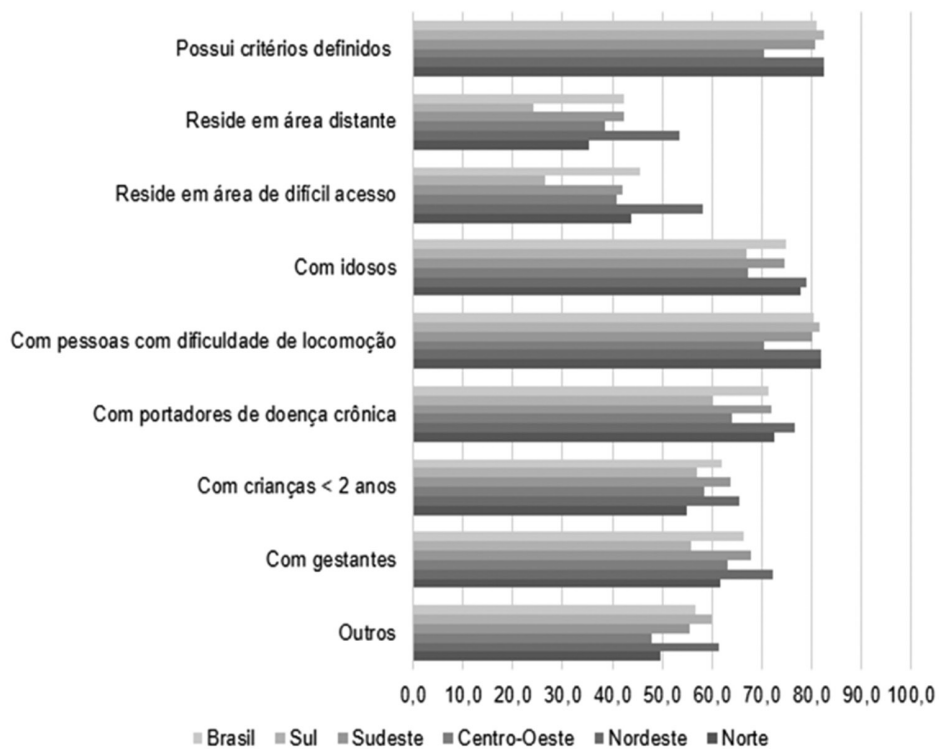
Menos de 5% dos agentes referiram, espontaneamente, como critérios para realização de visitas domiciliares a família residir

em área distante (4,1%) ou de difícil acesso (4,7%). Os percentuais para os dois critérios foram menores na Região Sul (1,8% e 1,4%, respectivamente) e maiores na Região Centro-Oeste (6,4%) para o primeiro, e na Região Nordeste (6,5%) para o segundo. Observou-se que os percentuais de agentes que referiram esses critérios foram bem superiores na zona rural (10,3% e 9,4%), em comparação com a zona urbana (2,5% e 3,5%) (figura 1).

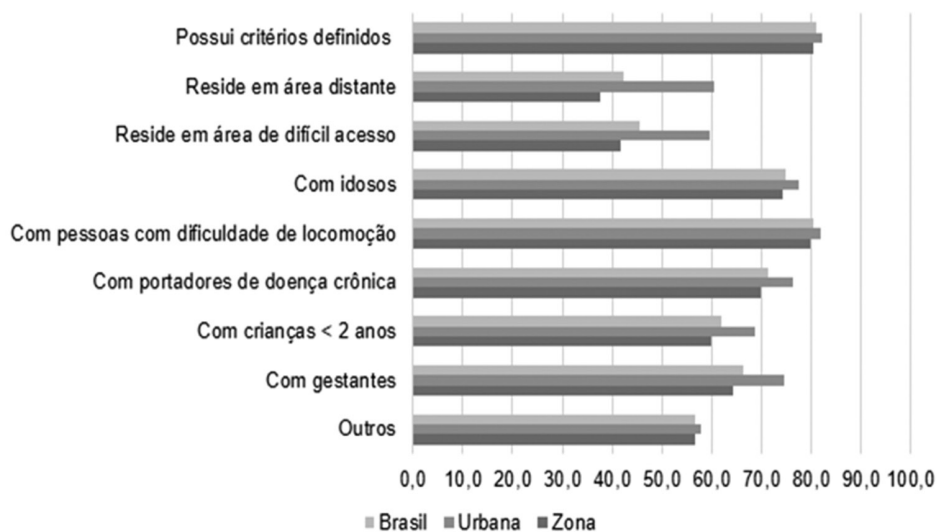
Evidenciou-se que os critérios mais referidos pelos ACS desta pesquisa se enquadram nas recomendações da política de atenção domiciliar, haja vista que, em sua maioria, utilizaram: ‘usuário com dificuldade de locomoção’ (80,4%); ‘usuário idoso’ (74,9%); e ‘usuário com doença crônica’ (71,3%). O estudo de Jesus (2014)²⁶ encontrou resultados semelhantes ao revelar que os agentes priorizavam usuários com dificuldade de locomoção para realização das visitas²⁶. Em outra investigação, verificou-se que, em cinco das 16 visitas realizadas, os agentes não possuíam clareza quanto ao motivo de sua realização³⁸.

Ferreira¹⁶ evidenciou que as visitas domiciliares dos ACS ocorriam de forma ‘engessada’ e não seguiam critérios de risco e vulnerabilidade. Diante disso, o ACS concentra seu processo de trabalho sob recortes programáticos, em detrimento de critérios de necessidade dos usuários¹⁶. Outra pesquisa apontou que a gestão estadual e a gestão municipal consideram necessários critérios para as solicitações de visitas, definição do profissional que as realizará e mecanismos de avaliação. Na dinâmica de trabalho das equipes pesquisadas naquele estudo, as formas de organização foram diversas, e, portanto, umas favoreciam, outras dificultavam a realização das visitas domiciliares. Em suma, as visitas respondiam a uma demanda espontânea dos usuários ou a demandas internas dos serviços, e inexistiam critérios para sua realização⁴¹.

Figura 1. Percentual de agentes comunitários que referiu ter critérios definidos para realização de visitas domiciliares e tipo de critério segundo Regiões, Brasil e localização da unidade de saúde, 2015



a. Brasil e Regiões



b. Brasil e Zonas rural e urbana

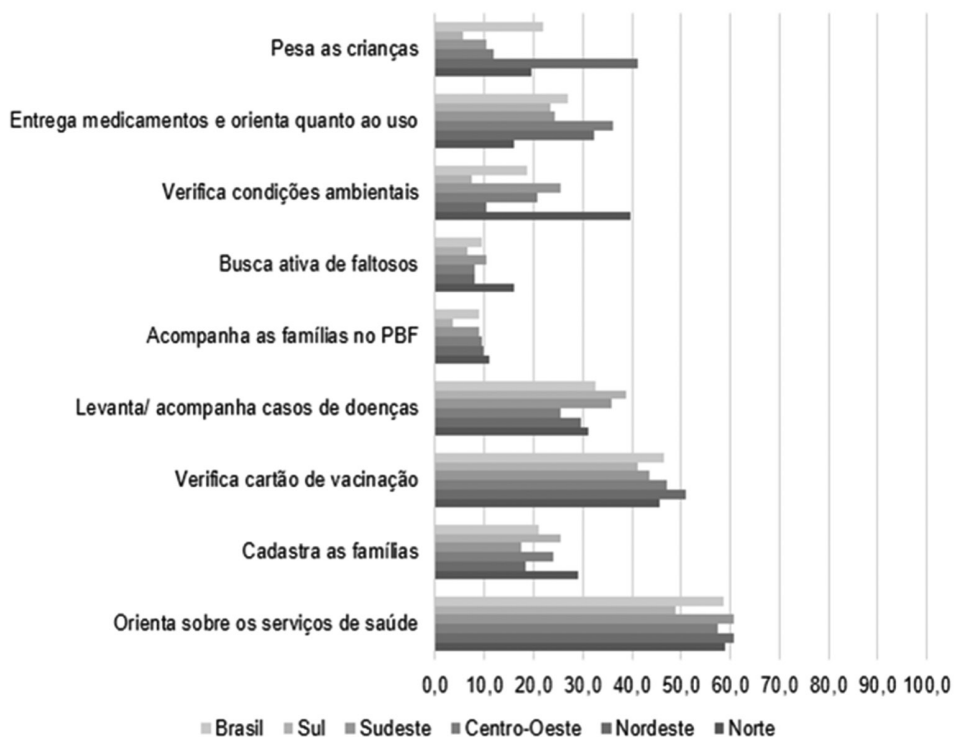
Com relação às atividades realizadas durante as visitas domiciliares, mais de 45% dos ACS referiram, espontaneamente, que orientavam sobre os serviços de saúde (58,5%) e verificavam o cartão de vacinação (46,4%); quase um terço levantava e acompanhava casos de doenças prevalentes (32,6%); entre 20% a 25% entregavam medicamentos e orientavam quanto ao seu uso (26,9%), pesavam as crianças (21,9%) e cadastravam as famílias (21,1%); e menos de 20% verificavam as condições ambientais (18,8%), realizavam busca ativa de faltosos (9,6%) e acompanhavam as famílias no PBF (8,8%) (*figura 2*).

A Região Sul apresentou os menores percentuais para a maioria das atividades (orienta sobre os serviços de saúde, verifica o cartão de vacinação, pesa as crianças, verifica as condições ambientais, realiza busca ativa de faltosos e acompanha as famílias no PBF), com exceção das atividades levanta e acompanha casos de doenças prevalentes (38,8%), que exibiu o maior percentual, entrega medicamentos e orienta quanto ao uso (23,3%) e cadastra as famílias (25,6%). Os maiores percentuais foram observados

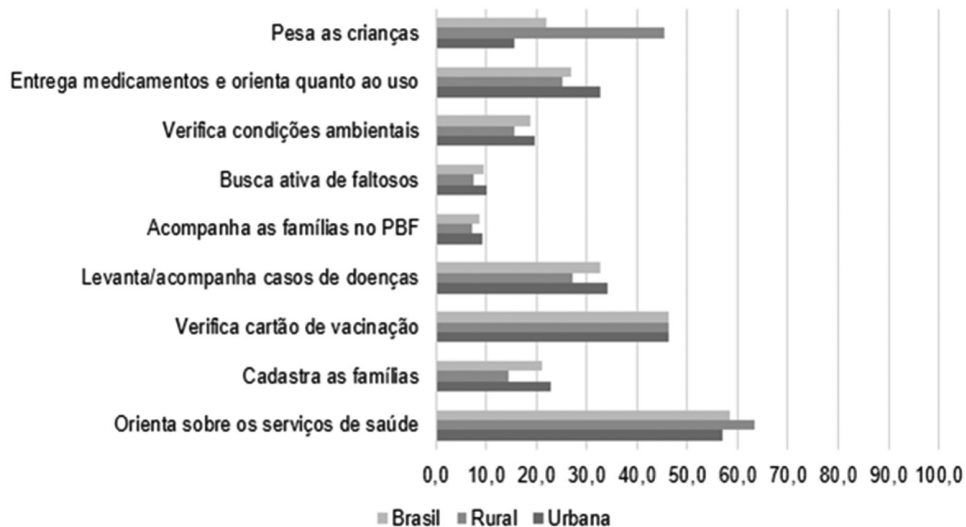
na Região Norte para as atividades cadastra as famílias (29,1%), verifica as condições ambientais (39,7%), realiza busca ativa de faltosos (16,1%) e acompanha as famílias no PBF (11,1%); na Região Nordeste, para as atividades orienta sobre os serviços de saúde (60,6%), verifica o cartão de vacinação (51,0%) e pesa as crianças (41,3%); e na Região Centro-Oeste, para a atividade entrega medicamentos e orienta quanto ao seu uso (36,0%) (*figura 2*).

Na comparação urbano-rural, apenas em duas atividades foram observados maiores percentuais na zona rural (63,4% orientavam sobre os serviços de saúde e 45,3% pesavam as crianças). Nas demais atividades, os percentuais foram superiores na zona urbana (34,1% levantavam e acompanhavam casos de doenças prevalentes; 32,8% entregavam medicamentos e orientavam quanto ao seu uso; 22,9% cadastravam as famílias; 19,6% verificavam as condições ambientais; 10,1% realizavam busca ativa de faltosos e 9,2% acompanhavam as famílias no PBF). Não houve diferença nos percentuais quanto à atividade verifica cartão de vacinação (*figura 2*).

Figura 2. Percentual de agentes comunitários, segundo tipo de atividade que referiu realizar durante as visitas domiciliares, de acordo com a localização da unidade de saúde, Regiões e Brasil, 2015



a. Brasil e Regiões



b. Brasil e Zonas rural e urbana

Alguns estudos encontraram resultados bastante similares ao deste inquérito, destacando que as atividades realizadas nas visitas domiciliares eram pautadas na orientação sobre o funcionamento das unidades de saúde, sobre o uso de medicação, ações de encaminhamento ao posto e verificação do cartão da criança^{24,35}. Inquérito municipal realizado com 241 ACS evidenciou que a orientação da família quanto à utilização dos serviços de saúde e o encaminhamento e agendamento de consultas e exames foram mencionados pela grande maioria dos agentes, respectivamente, 99,6% e 78,8%¹⁴.

Outros achados indicaram que as práticas de saúde dos ACS durante a VD reafirmavam um modelo de atenção centrado na doença, cujas ações focavam orientações relativas à realização de exames, aos cuidados de pessoas enfermas e/ou crianças^{26,42}. Outra pesquisa apontou uma expressiva relação de dependência do trabalho do ACS com a EqSF, situação que tem contribuído para um tímido protagonismo desse profissional nas intervenções sobre o território. Isso restringia as práticas durante as visitas domiciliares a uma espécie de supervisão dos cuidados propostos pelo médico, ainda assim, restrita a grupos específicos (hipertensos, diabéticos, crianças menores de dois anos, gestantes, tuberculosos, entre outros)⁴³.

Nesse aspecto, Lara também identificou atividades centradas exclusivamente em grupos de risco (hipertensos e diabéticos), saúde da criança, gestantes, puérperas e idosos³⁴. Ao contrário, outro estudo evidenciou práticas centradas na educação em saúde e orientação sobre uso dos serviços de saúde primários⁴⁴. Alguns autores assinalam a educação em saúde como principal eixo de trabalho do ACS. Nessa perspectiva, o agente comunitário seria um ator social fundamental para promover mudanças e estimular a participação da comunidade⁴⁵. Outros destacam a VD

como instrumento facilitador do vínculo entre ACS, usuários e familiares⁴⁶.

Estudo em município brasileiro evidenciou que 71,6% dos ACS buscam, na visita, identificar a relação entre problemas de saúde e condições de vida dos usuários. Esse fato indicou visitas centradas nos problemas e nas condições de vida das famílias e da comunidade adscrita, diariamente⁴⁷. No estudo de Gaíva e colaboradores⁴⁰, também houve um alto índice de visitas centradas em grupos prioritários. Chama a atenção que os ACS referiram variar a abordagem durante as visitas, uma vez que é preciso considerar as características e necessidades⁴⁰. Entretanto, houve unanimidade de maior dedicação às visitas a famílias com membros enfermos, reforçando, novamente, um modelo centrado na doença.

Considerações finais

Os resultados deste estudo, analisados à luz da PNAB 2011, indicam a realização periódica de visitas domiciliares, dirigidas ao monitoramento de grupos prioritários, a exemplo de gestantes de risco e crianças menores de um ano, com intervalo de até 15 dias. Ressalte-se, também, a mediana nacional de 150 famílias sob a responsabilidade de cada ACS.

Contudo, entre as atividades realizadas durante as visitas, chama atenção a pequena proporção da verificação das condições ambientais no domicílio, do acompanhamento das famílias vinculadas ao PBF e da busca ativa de faltosos, indicando um comprometimento da organização do processo de trabalho das equipes que incide sobre o escopo das visitas, atividade basilar dos ACS no Brasil.

Em setembro de 2017, uma nova revisão da PNAB, publicada sem o debate necessário de suas proposições, tem sido alvo de críticas em função de medidas restritivas que colocam em risco a organização da APS

a partir da ESF^{48,49}. Entre outras medidas problematizadas, destaca-se a flexibilização da presença dos ACS na composição das EqSF, podendo acarretar a descontinuidade das ações focadas no território, comprometendo o acesso e a efetividade das ações de saúde. Certamente, os efeitos positivos da ESF sobre indicadores epidemiológicos demonstrados na literatura não seriam possíveis sem a presença do ACS no contato cotidiano com as famílias em seu território de atuação.

Colaboradores

Nunes CA e Aquino R foram responsáveis pela concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados, elaboração do rascunho, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. Medina MG e Vilasbôas ALQ foram responsáveis pela concepção da pesquisa, produção, análise, interpretação dos dados e redação do artigo. Pinto Júnior EP e Luz L foram responsáveis pela análise e interpretação dos dados. ■

Referências

1. Aquino R, Medina MG, Nunes CA, et al. A Estratégia Saúde da Família e o reordenamento do sistema de serviços de saúde. In: Paim J, Almeida-Filho N, organizadores. Saúde Coletiva: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: MedBooks; 2013.
2. Fausto MCR, Bousquat A, Lima JG, et al. Evaluation of Brazilian Primary Health Care From the Perspective of the Users: Accessible, Continuous, and Acceptable. *J Ambulatory Care Manage* [internet]. 2017 [acesso em 2018 jul 10]; 40(Supl.2):S60-S70. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5338884/pdf/jamcm-40-s60.pdf>.
3. Macinko J. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *Journal Epidemiol Community Health* [internet]. 2006 [acesso em 2018 jul 10]; 60(1):13-19. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2465542/pdf/13.pdf>.
4. Aquino R, Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. *Am J Public Health*. 2009; 99(1):87-93.
5. Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, et al. Impact of primary health care on mortality from he-

- art and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ*. 2014 jul; 349(35):4014-4024.
6. Dourado I, Oliveira VB, Aquino R, et al. Trends in Primary Health Care-sensitive Conditions in Brazil: The Role of the Family Health Program (Project IC-SAP-Brazil). *Medical Care*. 2011 jun; 49(6):577-584.
 7. Macinko J, Harris M. Brazil's Family Health Strategy: Delivering community based primary care in a universal health system. *N Engl J Med* [internet]. 2015 [acesso em 2018 jul 10]; 372(2):2177-2181. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1501140>.
 8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1886/GM, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. *Diário Oficial da União*. 18 Dez 1997.
 9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*. 21 Out 2011.
 10. Brasil. Presidência da República. Lei no 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 10 Jul 2002.
 11. Brasil. Presidência da República. Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018. *Diário Oficial da União*. 5 Jan 2018.
 12. Alonso CMC, Béguin PD, Duarte FJCM. Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: metassíntese. *Rev Saúde Pública* [internet]. 2018 fev [acesso em 2018 jul 10]; 52(14):1-13. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v52/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872018052000395.pdf.
 13. Filgueiras AS, Silva ALA. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. *Physis* [internet]. 2011 [acesso em 2018 jul 10]; 21(3):899-916. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n3/08.pdf>.
 14. Costa SM, Araújo FF, Martins LV, et al. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. *Ciênc Saúde Colet* [internet]. 2013 jul [acesso em 2018 jul 10]; 18(7):2147-2156. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n7/30.pdf>.
 15. Silva JA, Dalmaso ASW. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. *Interface* [internet]. 2002 fev [acesso em 2018 jul 10]; 6(10):75-96. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v6n10/07.pdf>.
 16. Ferreira VSC, Andrade CS, Franco TB, et al. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. *Cad Saúde Pública* [internet]. 2009 [acesso em 2018 jul 10]; 25(4):898-906. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n4/21.pdf>.
 17. Galavote HS, Prado TN, Maciel ELN, et al. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). *Ciênc Saúde Colet* [internet]. 2011 jan [acesso em 2018 jul 10]; 16(1):231-240. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n1/v16n1a26.pdf>.
 18. Morosini MVGC. O agente comunitário de saúde: práticas educativas. *Trab Educ Saúde* [internet]. 2012 [acesso em 2018 jul 10]; 10(2):347-348. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v10n2/10.pdf>.
 19. Ursine BL, Trelha CS, Nunes EFPA. O Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família: uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida. *Rev Bras Saúde Ocup* [internet]. 2010 dez [acesso em 2018 jul 10]; 35(12):327-339. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v35n12/a15v35n122.pdf>.

20. Simões AL, Freitas CM. Análise sobre condições de trabalho de Equipe de Saúde da Família, num contexto de vulnerabilidades, Manaus (AM). *Saúde debate* [internet]. 2016 [acesso em 2018 jul 10]; 40(109):47-58. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n109/0103-1104-sdeb-40-109-00047.pdf>.
21. Gomes KO, Cotta RMM, Cherchiglia ML, et al. A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa saúde da família: reflexões estratégicas. *Saúde Soc* [internet]. 2009 dez [acesso em 2018 jul 10]; 18(4):744-755. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n4/17.pdf>.
22. Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad Saúde Pública* [internet]. 2002 dez [acesso em 2018 jul 10]; 18(6):1639-1646. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n6/13260.pdf>.
23. Lima AN, Silva L, Bousso RS. A visita domiciliária realizada pelo agente comunitário de saúde sob a ótica de adultos e idosos. *Saúde Soc* [internet]. 2010 dez [acesso em 2018 jul 10]; 19(4):889-897. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n4/15.pdf>.
24. Kebian LVA, Acioli S. Visita domiciliar: espaço de práticas de cuidado do enfermeiro e do agente comunitário de saúde. *Rev Enferm UERJ* [internet]. 2011 [acesso em 2018 jul 10]; 19(3):403-409. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a11.pdf>.
25. Amorim DU, Queiroz MVO, Brasil EGM, et al. Percepções e práticas de agentes comunitários de saúde sobre seu trabalho com adolescentes. *Saúde debate* [internet]. 2014 jun [acesso em 2018 jul 10]; 38(101):254-226. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n101/0103-1104-sdeb-38-101-0254.pdf>.
26. Jesus AS, Santos FPA, Rodrigues VP, et al. Atuação do agente comunitário de saúde: conhecimento de usuários. *Rev Enferm UERJ* [internet]. 2014 mar-abr [acesso em 2018 jul 10]; 22(2):239-244. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v22n2/v22n2a15.pdf>.
27. Hildebrand SM, Shimizu HE. Percepção do agente comunitário sobre o Programa Família Saudável. *Rev Bras Enferm* [internet]. 2008 jun [acesso em 2018 jul 10]; 61(3):319-324. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a07v61n3.pdf>.
28. Oliveira ELC, Krull LS, Figueredo SV. A visita domiciliar na estratégia saúde da família sob os aspectos do planejamento e da abordagem familiar [trabalho de conclusão de curso]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ensp; 2009. 63 p.
29. Mandú ENT, Gaíva MAM, Silva MA, et al. Visita domiciliária sob o olhar de usuários do programa saúde da família. *Texto Contexto Enferm* [internet]. 2008 mar [acesso em 2018 jul 10]; 17(1):131-140. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/15.pdf>.
30. Baralhas M, Pereira MAO. Concepções dos agentes comunitários de saúde sobre suas práticas assistenciais. *Physis* [internet]. 2011 [acesso em 2018 jul 10]; 21(1):31-46. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n1/v21n1a02.pdf>.
31. Bousquat A, Giovannella L, Fausto MCR, et al. Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. *Cad Saúde Pública* [internet]. 2017 [acesso em 2018 jul 10]; 33(8):1-15. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n8/1678-4464-csp-33-08-e00037316.pdf>.
32. Saliba NA, Garbin CAS, Silva FSJFB, et al. Agente comunitário de saúde: perfil e protagonismo na consolidação da atenção primária à saúde. *Cad Saúde Colet* [internet] 2011 [acesso em 2018 jul 10]; 19(3):318-326. Disponível em: http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2011_3/artigos/csc_v19n3_318-326.pdf.
33. Fracoli LA, Almeida EZ. Teoria e prática da promoção da saúde: as concepções dos agentes comunitários de saúde. *Mundo Saúde* [internet]. 2011 [acesso em 2018 jul 10]; 36(1):1-10. Disponível em: <http://www.mundo-saude.org.br/pdf/MS/v36n1/1-10.pdf>.

- so em 2018 jul 10]; 35(2):137-144. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/teoria_pratica_promocao_saude.pdf.
34. Oliveira LM, Menezes BMJ, Cristina RL. Aspectos culturais das práticas dos Agentes Comunitários de Saúde em áreas rurais. *Rev Esc Enferm USP* [internet]. 2012 [acesso em 2018 jul 10]; 46(3):673-680. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/20.pdf>.
35. Oliveira LS, Nachif MCA, Matheus MLF. O trabalho do agente comunitário de saúde na percepção da comunidade de Anastácio, Estado do Mato Grosso do Sul. *Health Sciences*. 2003 [acesso em 2018 jul 10]; 25(1):95-101. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/2306/1478>.
36. Sakata KN, Almeida MCP, Alvarenga AM, et al. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. *Rev Bras Enferm* [internet]. 2007 dez [acesso em 2018 jul 10]; 60(6):659-664. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n6/07.pdf>.
37. Kebian LVA, Acioli S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. *Rev Eletr Enf* [internet]. 2014 jan-mar [acesso em 2018 jul 10]; 16(1):161-169. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/20260/16455>.
38. Alves MP, Santos SSC. Um olhar sobre o trabalho dos agentes comunitários de saúde: a visita domiciliar. *Rev Baiana Enferm* [internet]. 2007 jan-abr [acesso em 2018 jul 10]; 21(1):71-79. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/3914/2889>.
39. Moreira TNF, Martins CL, Feuerwerker LCM, et al. The foundation of care: Family Health Program teams dealing with domestic violence situations. *Saúde Soc* [internet]. 2014 set [acesso em 2018 jul 10]; 23(3):814-827. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n3/0104-1290-sausoc-23-3-0814.pdf>.
40. Gaíva MAM, Siqueira VCA. A prática da visita domiciliária pelos profissionais da estratégia saúde da família. *Ciênc Cuid Saúde* [internet]. 2011 [acesso em 2018 jul 10]; 10(4):697-704. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/18313/pdf>.
41. Mendonça MHM. Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer. *Cad Saúde Pública* [internet]. 2004 out [acesso em 2018 jul 10]; 20(5):1433-1434. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/41.pdf>.
42. Pereira IC, Oliveira MAC. O trabalho do agente comunitário na promoção da saúde: revisão integrativa da literatura. *Rev Bras Enferm* [internet]. 2013 jun [acesso em 2018 jul 10]; 66(3):412-419. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n3/a17v66n3.pdf>.
43. Silva NC, Andrade CS. Agente comunitário de saúde: questões ambientais e promoção da saúde em comunidades ribeirinhas. *Trab Educ Saúde* [internet]. 2013 [acesso em 2018 jul 10]; 11(1):113-128. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v11n1/a07v11n1.pdf>.
44. Lanzoni GMM, Cechinel C, Meirelles BHS. Agente Comunitário de Saúde: estratégias e consequências da sua rede de relações e interações. *Rev Rene* [internet]. 2014 [acesso em 2018 jul 10]; 15(1):123-133. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3096/pdf>.
45. Fonseca AF, Morosini MVGC, Mendonça MHM. Atenção primária à saúde e o perfil social do trabalhador comunitário em perspectiva histórica. *Trab Educ Saúde* [internet]. 2013 [acesso em 2018 jul 10]; 11(3):525-552. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v11n3/v11n3a05.pdf>.
46. Rodrigues AÁAO, Santos AM, Assis MMA. Agente comunitário de saúde: sujeito da prática em saúde bucal em Alagoinhas, Bahia. *Ciênc Saúde Colet* [internet]. 2010 maio [acesso em 2018 jul 10]; 15(3):907-915. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n3/v15n3a34.pdf>.

47. Fracolli LA, Gomes MFP, Pinheiro DGM, et al. Avaliação das ações de promoção da saúde desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde. *Mundo Saúde* [internet]. 2013 [acesso em 2018 jul 10]; 37(4):411-418. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/avaliacao_acoess_promocao_saude_desenvolvidas.pdf.
48. Morosini MVGC, Fonseca AF. Reviewing the Brazilian National Primary Healthcare Policy at such a time? *Cad Saúde Pública*. 2017; 33(1):1-3.
49. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde debate* [internet]. 2018 jan [acesso em 2018 jul 10]; 42(116):11-24. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n116/0103-1104-sdeb-42-116-0011.pdf>.

Recebido em 13/07/2018
Aprovado em 19/09/2018
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: Ministério da Saúde

Nasf: fragmentação ou integração do trabalho em saúde na APS?

Nasf: fragmentation or integration of health work in PHC?

Thiago Santos Souza¹, Maria Guadalupe Medina²

DOI: 10.1590/0103-11042018S210

RESUMO Este artigo teve como objetivo analisar as relações técnicas e sociais de trabalho entre profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), investigando, especialmente, se a inserção do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) fomenta a integração de práticas ou reforça a fragmentação do trabalho em saúde. Trata-se de um estudo de caso realizado em um município baiano considerado exitoso com respeito à implementação da APS. A análise fundamentou-se na teoria do processo de trabalho em saúde e utilizou como fontes de evidência documentos relacionados com a gestão municipal, documentos produzidos pela equipe Nasf, entrevistas semiestruturadas com gestores, profissionais do Nasf e de três equipes de saúde da família e informações do diário de campo do pesquisador. Apesar de as unidades terem ampliado seu cardápio de oferta com a equipe Nasf, os resultados desta investigação apontam para a existência de um elo tênue entre as equipes da APS. As ações ocorreram por meio do agrupamento dos agentes, com fragmentação do trabalho e justaposição de atividades com tímida construção de um projeto assistencial comum. Constataram-se relações assimétricas de poder e subordinação dos demais profissionais aos médicos, relações conflituosas e distintas regras de gestão do trabalho das equipes, contribuindo para práticas desarticuladas.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Atenção à saúde. Prática de saúde pública.

ABSTRACT *This study aimed to analyze the technical and social relations of work among Primary Health Care (PHC) professionals, especially investigating whether the insertion of the Family Health Support Center (Nasf) contributes for the integration or the fragmentation of health work. This is a case study carried out in a municipality of Bahia, considered successful regarding the implementation of PHC. The study was based on the health work process theory and used as evidence documents related to the municipal management, produced by the Nasf, semistructured interviews with managers, Nasf professionals and three teams of family health as well as the information of the researcher's field journal. Although the units have expanded their offer of services with the Nasf, the results obtained from this study point to the existence of a tenuous link between the PHC teams. The actions were carried out by the grouping of agents, with fragmentation of work and juxtaposition of activities with a timid construction of a common care project. Asymmetric relationships of power and subordination of other professionals to doctors, conflicting relationships and different rules of management of team work were observed, contributing to disjointed practices.*

KEYWORDS *Primary Health Care. Family Health Strategy. Health care. Public health practice.*

¹Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1427-7345> thiago_fst@yahoo.com.br

²Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7283-2947> medina@ufba.br



Introdução

Nas últimas duas décadas, houve expansão vertiginosa da Estratégia Saúde da Família (ESF) nos municípios brasileiros com efeitos positivos na melhoria de saúde da população e na reorientação do modelo de atenção¹⁻⁵.

Paralela à ampliação da cobertura assistencial, houve inserção de outras categorias profissionais no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), além da equipe mínima, com a criação de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), cujo objetivo seria o de apoiar as Equipes de Saúde da Família (EqSF) e ampliar o escopo das ações na atenção básica⁶. Em 2017, com a revisão da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), o Nasf teve sua nomenclatura redefinida, passando a denominar-se Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB)⁷.

Nos últimos 10 anos, o número de equipes do Nasf foi estendido de modo gradativo, sendo que, em abril de 2018, contava-se com 5.236 equipes espalhadas por todo o Brasil. Destas, 3.087 eram do tipo I; 964, do tipo II; e 1.185, do tipo III. O estado da Bahia contava com 430 equipes, sendo 316 do tipo I, 101 do tipo II e 13 do tipo III⁸. Vale esclarecer que a diferenciação dos tipos I, II e III relaciona-se com a quantidade e tipo de profissional, carga horária e número de equipes apoiadas⁹.

Ao analisar a literatura produzida sobre os Nasf, observam-se algumas mudanças de objeto e enfoque analítico dos estudos. Enquanto no período inicial de implementação as reflexões foram voltadas às características de inserção das categorias profissionais no âmbito da APS¹⁰⁻¹⁴, a partir de 2013, passou-se, paulatinamente, a incorporar como objeto de análise as práticas de saúde e as relações estabelecidas entre os agentes na atenção primária¹⁵⁻²¹.

Os estudos revelam que a efetividade do Nasf é dependente da relação de parceria estabelecida entre seus integrantes e os profissionais das EqSF e que existem certas condições que tendem a dificultar/facilitar as

relações entre eles, tais como formação e experiência profissional, dinâmica de trabalho das EqSF centradas em práticas curativas e padrões de produtividade diferenciados, com maiores níveis de exigência pela gestão para ações assistenciais das EqSF^{15,16}.

Duas pesquisas revelam que a colaboração entre os profissionais da APS envolveu ações compartilhadas marcadas por conflitos e pelo jogo de interações e relações de poder entre o Nasf, a gestão e as EqSF. Soma-se a isso: a falta de capacitação dos profissionais, como um aspecto dificultador para promoção de estratégias conjuntas de integração^{17,18}.

Apesar de existirem vários estudos sobre o Nasf, os resultados ainda são pouco conclusivos sobre a contribuição desses profissionais para a melhoria da qualidade da atenção prestada e para a consolidação de ações coerentes com um novo modelo de prestação de cuidado.

Os estudos sobre o Nasf apresentam como lacuna a análise das características dos processos de trabalho, de modo a permitir a apreensão do seu caráter histórico na sociedade vigente. Pensar no trabalho efetuado pelos sujeitos do Nasf deve remeter à compreensão do seu objeto, de seus instrumentos de trabalho, das formas de organização da produção de seus serviços e das relações que o conjunto de sua prática guarda com o conjunto das demais práticas sociais²².

A literatura ainda carece de pesquisas que discutam com robustez a relação do objeto do Nasf com os modelos de atenção à saúde, apontando se esse dispositivo está direcionado ao sujeito doente ou às necessidades e problemas de saúde da população no território, à luz de um referencial teórico que sustente as apreensões de suas práticas.

Assim, o presente estudo teve como objetivo analisar as relações técnicas e sociais estabelecidas entre as equipes do Nasf e as EqSF em um município do estado da Bahia, investigando se a inserção dos profissionais do Nasf na APS reforça a fragmentação do trabalho em saúde ou fomenta a integração de práticas.

Métodos

Trata-se de um estudo de caso²³ realizado em um município baiano considerado exitoso quanto à implementação da APS. Nessa pesquisa, foram adotados como referencial teórico a teoria do processo de trabalho em saúde^{22,24,25} e sua utilização na reflexão sobre os modelos de atenção à saúde, particularmente, os modelos hegemônicos, o modelo de vigilância da saúde^{26,27} e o modelo da clínica ampliada²⁸.

A seleção do caso envolveu os seguintes critérios: (1) ser um município considerado de experiência bem-sucedida de APS; (2) possuir 100% de cobertura da ESF; (3) ter uma equipe Nasf do tipo I atuando há, pelo menos, um ano; (4) respeito à proporcionalidade da relação entre a ESF/Nasf estabelecida em Portaria⁹.

Foram identificados 125 municípios que possuíam equipes Nasf do tipo I no estado da Bahia. Destes, 45 apresentavam 100% de cobertura da saúde da família, sendo que apenas 15 municípios eram elegíveis quando se aplicou o critério de tempo de implantação do Nasf. Dentre esses, um foi selecionado por conveniência, por razões operacionais.

No município investigado, além da equipe do Nasf, foram selecionadas três EqSF para coleta de dados respeitando os seguintes critérios: (1) tempo mínimo de um ano de acompanhamento dessas equipes pelo Nasf; (2) possuir equipe mínima completa; e (3)

ser uma parceria considerada exitosa pelos profissionais do Nasf.

Foram utilizadas como fontes de evidência: (1) documento normativo da Comissão Intergestores Bipartite-BA (CIB) referentes ao município; (2) documentos da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e da equipe Nasf; (3) entrevistas semiestruturadas com gestoras da APS (coordenadora e ex-coordenadora da atenção primária e coordenadora do Nasf), profissionais do Nasf, das EqSF e com uma profissional do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) responsável por um projeto de promoção da saúde que estava sendo desenvolvido no município em parceria com o Nasf; e (4) informações registradas no diário de campo do pesquisador.

O trabalho de campo ocorreu em dezembro de 2014. Vale ressaltar que os instrumentos elaborados foram validados previamente com teste piloto realizado com profissionais da APS em um distrito sanitário de Salvador (BA), no mês de setembro de 2014.

Para análise das práticas de saúde da equipe Nasf, foi utilizada uma matriz que articulava os elementos essenciais do processo de trabalho em saúde (objetos, atividades, instrumentos e relações técnicas e sociais) com as principais características dos modelos de atenção à saúde hegemônicos, modelo de vigilância da saúde e modelo da clínica ampliada (*quadro 1*).

Quadro 1. Modelos de atenção segundo os elementos constitutivos do processo de trabalho em saúde.

	Modelos de atenção hegemônicos Médico-assistenciais hospitalocêntricos e Modelo Sanitarista	Modelo da Clínica Ampliada	Modelo de Vigilância da Saúde
Sujeitos	<ul style="list-style-type: none"> - Médico, sobretudo o especialista - Sanitarista - Auxiliares 	<ul style="list-style-type: none"> - Clínico de referência - Equipe de referência - Equipe de apoio matricial 	<ul style="list-style-type: none"> - Equipe de saúde: gerente e profissionais - População usuária, organizada - Equipes de outros setores
Objetos	<ul style="list-style-type: none"> - 'corpo humano doente' - Demanda - Doença e doentes - Modelos de transmissão: fatores de risco das diversas doenças 	<ul style="list-style-type: none"> - Sujeito e sua doença - Problemas de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas de saúde: determinantes, riscos e danos dos modos de vida e saúde (condições de vida e trabalho) que incidem em indivíduos, grupos e populações que vivem em determinados territórios
Atividades	<ul style="list-style-type: none"> - Atenção médica individual centrada na clínica com ênfase no biologismo/curativismo, secundarizando a promoção da saúde e a prevenção das doenças - Organizadas em especialidades com foco no hospital e na rede de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico - Educação em saúde - Controle de vetores - Imunização etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - Atenção individual centrada na clínica rompendo com a lógica estritamente medicamentosa e curativista - Construção de diretrizes clínicas e sanitárias - Acolhimento - Classificação de risco e vulnerabilidade - Educação em saúde - Ações no território - Ativação de recursos comunitários locais 	<ul style="list-style-type: none"> - Ações de controle dos determinantes, de proteção específica, de prevenção de riscos, de triagem e diagnóstico precoce, até a redução de danos e reabilitação - Articulação entre o enfoque populacional, de risco e clínico - Integração entre as vigilâncias - Assistência Médico-hospitalar - Políticas públicas transeitoriais - Educação em saúde - Promoção da saúde - Ações programáticas - Intervenção social organizada - Fomentar a consciência Sanitária e ecológica
Instrumentos	<ul style="list-style-type: none"> - Tecnologia médica (US, Raio-X, RM, TM, ECG, estetoscópio, tensiômetro, exame laboratorial, anamnese etc.) - Tecnologia sanitária (campanhas, programas especiais de controle de doenças e agravos, sistemas de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental) 	<ul style="list-style-type: none"> - Tecnologias médico-sanitárias - Tecnologias de apoio à atenção (Apoio Matricial; Projeto Terapêutico Singular) - Tecnologias leves 	<ul style="list-style-type: none"> - Epidemiologia, geografia crítica, clínica, ciências sociais aplicadas à saúde - Tecnologias médico-sanitárias integradas e tecnologias de gestão (planejamento situacional, manejo de informações epidemiológicas) - Tecnologias de comunicação social
Relações técnicas e sociais	<ul style="list-style-type: none"> - Hierarquia entre os membros da equipe de saúde - Concentração de poder no médico - Circulação da informação entre os profissionais limitada - Ausência de espaços compartilhados de decisão - Repartição parcial de responsabilidades entre os profissionais - Relações interpessoais não democráticas 	<ul style="list-style-type: none"> - Hierarquia entre os membros da equipe de saúde - Concentração de poder no profissional de referência - Circulação/socialização da informação entre os profissionais - Espaços compartilhados de decisão envolvendo toda a equipe - Repartição de responsabilidades entre os profissionais - Relações interpessoais democráticas - Relações de parceria com a população usuária organizada e com equipes de outros setores 	<ul style="list-style-type: none"> - Ausência de hierarquia entre os membros da equipe de saúde - Poder compartilhado pela equipe - Circulação/socialização da informação entre os profissionais - Espaços compartilhados de decisão envolvendo toda a equipe - Repartição de responsabilidades entre os profissionais - Relações interpessoais democráticas, com identificação e manejo dos conflitos - Relações de parceria com a população usuária organizada e com equipes de outros setores

Fonte: Elaboração própria a partir de Paim²⁶, Teixeira e Vilasbôas²⁷ e Campos²⁸.

A pesquisa buscou assegurar os preceitos éticos em conformidade com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa com seres humanos. Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e o projeto da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do ISC/UFBA sob o parecer nº 962.085/2014.

Resultados

O caso selecionado foi um município baiano de pequeno porte com população de cerca de 22 mil habitantes, localizado na região sudoeste na Chapada Diamantina, apresentando como características na ocasião do trabalho de campo: baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e taxa de urbanização em torno de 50%^{29,30}.

Na época em que a pesquisa foi realizada, o município contava com 9 EqSF, 9 equipes de saúde bucal e 52 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) distribuídos nas 8 Unidades de Saúde da Família (USF), 6 na zona rural e 2 na área urbana, incluindo 11 postos satélites distribuídos nas comunidades mais periféricas da zona rural⁸.

O Nasf foi implantado em março de 2011, com a inclusão de profissionais que foram se incorporando à equipe de forma gradativa, quais sejam: uma assistente social, uma fonoaudióloga, uma nutricionista, uma psicóloga, um educador físico e um fisioterapeuta. Tais profissionais ainda permaneciam no município à época em que se realizou este estudo, apesar da existência de vínculos precários de trabalho, por meio de cooperativa, sem garantias de direitos trabalhistas, como férias e 13º salário.

Com relação às USF investigadas, as três estavam situadas na zona rural, e todas estavam com equipe mínima completa, além de contar com equipe de saúde bucal. Destas, duas foram avaliadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso

e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e obtiveram desempenho satisfatório acima da média³¹.

A maior parte dos sujeitos entrevistados era do sexo feminino, possuía como cidade natal o município onde se realizou este estudo e eram adultos jovens com idade entre 28 e 39 anos (apenas uma integrante da equipe Nasf possuía 46 anos).

A maioria dos sujeitos investigados realizou sua formação acadêmica fora do município e retornou à cidade para trabalhar mediante indicação política. Apenas dois foram graduados por universidades públicas [E4 e E10]; e os demais, em universidades e faculdades privadas. Quanto à formação especializada, apenas seis possuíam pós-graduação em saúde coletiva, sendo duas específicas em saúde da família.

Entre os profissionais entrevistados, apenas dois da EqSF haviam atuado na APS, incluindo uma médica com experiência na atenção primária em outros dois países. Com relação ao tempo atual de trabalho na APS, todos os integrantes do Nasf possuíam mais de três anos nessa equipe, assim como as enfermeiras das três USF, uma chegando a ter sete anos lotada na mesma unidade. Entretanto, as gestoras ocupavam o cargo há apenas três meses e não dominavam o processo de trabalho na atenção básica.

Nenhum dos profissionais da atenção básica foi admitido por concurso público. A forma de contratação deles era terceirizada, à exceção do vínculo de uma médica, da USF 1, por meio do Programa Mais Médicos Brasil.

O cotidiano do trabalho dos profissionais da APS

As evidências parecem indicar que o cotidiano da equipe do Nasf, em sua relação com as EqSF, desenrolava-se como desdobramento inercial de uma agenda estabelecida pelo nível federal, com quase nenhuma ou pouca interferência, seja da coordenação da APS, seja das equipes locais.

A ausência de protagonismo da gestão foi ressaltada pelos próprios entrevistados, ao relatarem que no momento de implantação do Nasf no município, em 2011, não houve qualquer processo de capacitação que os habilitasse a conhecer a realidade de saúde das populações, o modo de organização e funcionamento das EqSF, ou o seu próprio papel e atribuições na organização da atenção primária. Desconhecendo a natureza de sua própria atividade, os profissionais do Nasf se basearam nos documentos oficiais (portaria e ‘Caderno da Atenção Básica nº 27’) para definir o rol de atividades a serem desenvolvidas nas equipes.

Eu entrei no Nasf de paraquedas, não fui instruída, não me disseram o que era o Nasf, como funciona, quais são os profissionais. Isso eu fui aprendendo no decorrer do trabalho... na prática, na prática que a gente acha que é o correto. [E13].

[...] nunca tinha ouvido falar do Nasf, eu comecei a pesquisar um pouquinho quando eu fui convidada. Porque eu trabalhava na parte clínica e não trabalhava com a parte de saúde pública e não tinha muito conhecimento. [E5].

O trabalho dos profissionais do Nasf ocorria com base na elaboração de um cronograma semestral. Nesse, existia o rodízio semanal entre as equipes, a fim de realizar as atividades previamente agendadas e pactuadas com cada EqSF, tais como atendimentos em consultório, visitas domiciliares, palestras e grupos.

Foi unanimidade entre os trabalhadores das equipes investigadas a não utilização de informações epidemiológicas para o planejamento das atividades na elaboração de suas agendas. Nessas equipes, a análise da situação de saúde ocorreu há mais de três anos, durante a implantação do Nasf, não havendo nova atualização epidemiológica. Dessa forma, pôde-se constatar que a identificação dos problemas de saúde da população tem ocorrido, sobretudo, com base na experiência

do atendimento aos usuários, ao invés da utilização de ferramentas gerenciais.

Nesse sentido, a programação das atividades das equipes considerava os agravos e problemas que acometem a população oriundos apenas da demanda do cotidiano nas unidades, a exemplo das doenças do aparelho circulatório e respiratório, problemas de saúde mental e gravidez na adolescência [E1, E2, E7 e E8].

A forma de encaminhamento dos usuários pelos profissionais das EqSF para a equipe Nasf não era baseada em critérios e ocorria de maneira informal, muitas vezes sem qualquer registro de informações para o Nasf sobre o usuário. Os trabalhadores que mais encaminhavam demandas para o Nasf eram os ACS, as enfermeiras e alguns médicos. O relato a seguir indica a fragilidade no fluxo dos encaminhamentos nas unidades:

[...] hoje é de boca, informal, tudo sem ser registrado... nós [Nasf] que realizamos muito encaminhamento pra fora pra rede, mas lá deles [EqSF] pra gente é algo informal, nada registrado. [E1].

Ao serem indagados sobre a atividade ‘discussão de casos’ entre as EqSF e a equipe do Nasf, houve divergências de respostas dos profissionais. Enquanto as enfermeiras das EqSF relataram que havia discussão após as consultas, para obter retorno e monitoramento das ações, os profissionais do Nasf pontuaram a inexistência de espaços de troca de informações com os responsáveis pelos casos e um distanciamento entre as equipes [E1 e E9].

Em relação às atividades de promoção à saúde, entre 2013 e 2014, profissionais da educação e da saúde, particularmente, do Nasf e das EqSF, participaram de uma intervenção de iniciativa de uma Universidade pública federal, com objetivo de estimular a adoção de hábitos de vida saudáveis relacionados com padrões alimentares e atividade física de escolares do ensino médio. Para tanto, foram desenvolvidas atividades que

articulavam os princípios e diretrizes da ESF e do Programa Saúde na Escola, com ações voltadas para os escolares, seus familiares, professores, funcionários das escolas, merendeiras, profissionais da ESF e vendedores ambulantes de alimentos do entorno da escola.

Na implementação do projeto, houve pouco envolvimento do conjunto de profissionais e pouco protagonismo, as ações foram pontuais e restritas ao período de execução do projeto conduzido pela Universidade. Para a pesquisadora responsável pela intervenção no município, o trabalho das equipes da APS ocorreu de modo desarticulado, sendo que a nutricionista e o educador físico desenvolveram suas ações independentes das EqSF. Somado a isso, não houve participação dos demais integrantes do Nasf nessa intervenção [E14].

O que pensam os profissionais sobre o Nasf

Para a maioria dos entrevistados das EqSF, existe um descompasso entre as necessidades das EqSF e as atividades realizadas pela equipe Nasf. Isso porque, desde a implantação, criou-se uma expectativa de que o principal trabalho do Núcleo de Apoio seria dar suporte à demanda de atendimento das equipes:

Nós tivemos muita dificuldade pra poder dar início as atividades do Nasf, pela questão de atendimento. É atendimento? Não é? Confundia muito. E é apenas um suporte, trabalho em coletivo, trabalho em grupo. A gente teve muitas dificuldades porque quando foi divulgado que viria nutricionista, assistente social, fisioterapeuta. Pronto! Ai todo mundo já fez sua listinha de demanda. [E12].

Os profissionais das EqSF expressam tal expectativa afirmando que acreditavam que com o apoio do Nasf poderiam responder à demanda reprimida local, dada a limitação de acesso aos especialistas na rede de serviços municipal. Entretanto, para os profissionais do Núcleo de Apoio, esse descompasso existia devido às resistências impostas pelos

integrantes das EqSF à sua lógica de trabalho com foco na prevenção.

[...] eu acho que eles [EqSF] não acreditam na proposta do Nasf de prevenção, eles querem atendimento querem resolver o problema. Por que se vier um paciente aqui e eu encaminhar pra eles é um horror. [E5].

Pode-se identificar que existe um conflito de percepções entre as equipes: se por um lado, os profissionais das EqSF demonstram insatisfação com o trabalho desenvolvido pelo Nasf, por outro, os profissionais dessa equipe não sentem seu trabalho valorizado pelos seus pares [E5 e E13].

Segundo os entrevistados, a falta de reconhecimento do trabalho é evidente, especialmente nas duas USF da zona urbana, com consequentes entraves na comunicação e falta de interação entre as equipes.

[...] aqui na USF da zona urbana parece que os agentes ainda não absorveram o trabalho do Nasf, e pra eles não tem importância nenhuma, não acreditam no nosso trabalho. [E5].

Em contrapartida, nas unidades da zona rural, o Nasf tem conseguido desenvolver ‘um trabalho de melhor qualidade’. Ao mesmo tempo que faz essa ressalva, os profissionais do Nasf afirmam que a população da zona rural supervaloriza o médico, tem o hospital como serviço de primeira escolha e, muitas vezes, contraditoriamente, é resistente às ações de prevenção propostas.

[...] as pessoas olham muito pro médico... tem a visão de remédio, de automedicação, de não se importar com a prevenção. [E1].

O Nasf e as equipes: relações técnicas e sociais

Os resultados deste estudo apontam para a existência de um elo tênue entre as EqSF e

o Nasf, especialmente quando se trata das unidades da zona urbana. Nessas, segundo alguns profissionais, o estabelecimento de parcerias não ocorre devido à resistência dos trabalhadores das EqSF ao modo como o Nasf realiza seu trabalho [E1, E3, E5 e E13].

Aqui houve muita resistência, quer dizer ainda há sobre esse trabalho preventivo, o pessoal quer muito atendimento clínico [...]. [E5].

No município, inexistem espaços compartilhados de decisão envolvendo a equipe Nasf e a maioria das EqSF; e, mesmo com as reuniões semestrais, faltava cooperação e inclusão da equipe Nasf no planejamento de atividades das EqSF. Ademais, apenas nos dois encontros anuais existia avaliação informal das atividades (sem a construção de critérios de acompanhamento, identificando pontos positivos e negativos), não havendo monitoramento das ações nem estabelecimento de metas [E1, E2 e E6].

Foi unânime entre os profissionais do Nasf a ressalva do papel assumido pelas enfermeiras na circulação da informação nas unidades. Todavia, algumas enfermeiras não assumiam tal papel, e o elo com o Nasf apresentava-se enfraquecido. Consequentemente, não havia envolvimento dos ACS na agenda de atividades, comprometendo a divulgação destas.

A dificuldade de comunicação foi destacada como um aspecto limitante na relação entre as equipes, e a maioria dos profissionais reconhecia que tais dificuldades eram responsáveis pela produção de conflitos nos processos de negociação das agendas. Por exemplo, a composição das atividades do cronograma semestral envolvia apenas parte dos integrantes das EqSF, comprometendo a construção e o sucesso das ações. Ademais, a organização das agendas apenas duas vezes ao ano era insuficiente, tornando as pactuações do planejamento secundárias às demandas do cotidiano:

Tem USF que chegamos e falamos 'marcamos uma ação aqui' e o pessoal diz 'hã? Marcou foi?

Deixa eu ver', aí pega o cronograma na gaveta e tá lá a ação. [E3].

Nas USF, observou-se que enquanto as enfermeiras são as principais responsáveis pelas atividades gerenciais e de supervisão dos ACS e técnicos de enfermagem, os médicos, seguidos dos odontólogos, aparecem como trabalhadores que detêm maior influência perante os usuários. Dessa forma, esses profissionais exercem significativo papel no encaminhamento desses utentes para as atividades do Nasf.

O médico tem um peso muito grande na USF, a palavra dele tem poder. Se ele chega para um paciente e fala para ele não ir pro Nasf, o paciente não vai. Se a dentista falar que não dá valor ao trabalho do Nasf, eles vão dar valor ao que a dentista fala. Porque eles vão dar valor a quem está aqui há mais tempo. [E3].

O vínculo entre a equipe Nasf e as EqSF era frágil, pois médicos e odontólogos não se envolviam com os trabalhadores do Nasf e eram alheios às suas atividades.

[...] quase a gente não tem contato com o médico. Porque é aquela coisa, o médico e o dentista entram na sala deles e vão fazer atendimento e pronto, sempre que marcamos alguma coisa eles não participam. [E3].

Soma-se a isso o fato de que, nas USF, existia alta rotatividade de médicos, limitando a continuidade do trabalho e o desenvolvimento das práticas sanitárias.

Apenas dois médicos já participaram da nossa reunião semestral que foi o da USF 2 e 3, só que na USF 3 houve muita mudança de médico a gente conversava com um e quando pensava que não, já era outro, acho que já teve uns 5 ou 6 médicos ali, é a USF que mais troca [...]. [E5].

No que diz respeito à gestão da APS, a coordenadora da atenção básica e do Nasf

exerciam suas funções sem haver muita interação entre ambas. Da mesma forma, a coordenadora da atenção básica não possuía vínculo com os membros da equipe Nasf e mantinha-se alheia às suas práticas. Soma-se a isso o fato de nunca ter havido, desde a implantação do Nasf, acompanhamento formal das atividades pelos gestores. Tais evidências atestam as dificuldades da gestão em conceber a equipe Nasf como parte integrante da APS; fato ilustrado na fala da então coordenadora da APS:

A gente nunca teve reunião com o Nasf, porque ela é que coordena o Nasf, porque o Nasf é uma coisa e a atenção básica já é outra coisa. [E11].

Discussão

Os resultados deste estudo apontam para a existência de um processo de trabalho desarticulado entre as equipes Nasf e EqSF da APS. Soma-se a isso o fato de o Nasf enfrentar desafios de diversas ordens, que limitavam a realização das atividades tornando o processo de trabalho fragmentado.

No que diz respeito à concepção de prevenção das doenças e promoção à saúde, as equipes da APS investigadas apresentavam uma visão limitada; e, conseqüentemente, a execução das atividades foi restrita a uma perspectiva direcionada à mudança de comportamento dos indivíduos nos territórios onde viviam, principalmente, por meio de ações educativas. Esta visão denota um reducionismo da promoção à saúde e do amplo conjunto de elementos que constituem os determinantes sociais que interferem na qualidade de vida dos usuários³².

Se por um lado os profissionais do Nasf queixavam-se da falta de educação permanente, por outro, eles não aproveitaram o potencial da capacitação que tiveram sobre promoção à saúde vinculada a um projeto de intervenção em parceria com

uma Universidade. É notório o número reduzido de atividades que as equipes da APS estudadas realizavam sobre os determinantes sociais da saúde, sendo que apenas duas EqSF empreenderam ações pontuais direcionadas às questões de vulnerabilidade social.

A baixa institucionalização das ações de promoção à saúde e prevenção de doenças no âmbito da ESF não é uma particularidade do município investigado. Em uma pesquisa que utilizou dados secundários do módulo II do PMAQ em todo o Brasil, foi caracterizada a insuficiência de práticas voltadas a idosos e escolares, e mesmo com a identificação de que 70% das EqSF relataram executar ações de promoção à saúde, houve pouca comprovação destas³³.

Alguns autores consideram que, apesar dos esforços na busca pela reorientação dos modelos de atenção à saúde, os modelos hegemônicos continuam desempenhando grande influência nas práticas das equipes da APS, bem como na organização da rede de atenção^{1,19,27,34}.

Assim como nos achados das referidas pesquisas, pôde-se constatar que as práticas desenvolvidas no município apresentam fortes características dos modelos médico-assistencial e sanitário. Apesar de a ESF ter como base a perspectiva da vigilância da saúde e de a proposta política do Nasf ter na clínica ampliada seu referencial, os resultados deste estudo revelam a constante tensão entre estas propostas alternativas, apontando que as equipes da APS têm enfrentado dificuldades na organização das suas práticas e acabam por reproduzir a manutenção das ações hegemônicas em seu cotidiano.

No estudo em questão, a relação entre o Nasf e as EqSF aproxima-se da chamada 'equipe agrupamento', isto é, uma relação caracterizada pelo mero agrupamento dos agentes, com fragmentação do trabalho e justaposição de ações³⁵. Isso porque a comunicação aparece limitada à técnica e ao caráter pessoal, com tímida construção de um projeto assistencial comum. Existem relações assimétricas de poder e subordinação

dos profissionais aos médicos, além de relativa independência técnica individual na execução das atividades de cada agente.

Ademais, pode-se elencar, a partir dos achados da pesquisa, que as diferenças entre as equipes da APS contribuem para o desenvolvimento de práticas desarticuladas, o que, conseqüentemente, interfere na efetividade das atividades do Nasf. Nesse particular, pode-se destacar graus de exigência distintos pela gestão impostos às equipes, com maior racionalidade burocrática e menor autonomia profissional às EqSF em relação aos Nasf, além da manutenção de relações de poder que privilegiam o médico na implementação de práticas no âmbito das USF.

No município estudado, existiam disparidades salariais e diferenças no cumprimento de carga horária entre profissionais das EqSF e do Nasf, além de exigências distintas de produtividade entre as equipes. Isso acentua a disputa entre os profissionais dessas equipes, como tem sido assinalado em outros estudos^{36,37}.

A tensão que se estabelece entre os trabalhadores da APS é influenciada pela forma como as secretarias de saúde conduzem os processos de trabalho. A vontade política e a gestão do trabalho cumprem um papel fundamental na organização das práticas. A adoção e a garantia de educação permanente, planejamento, monitoramento e avaliação, condições de trabalho, política de inserção, remuneração e valorização do trabalhador ampliam as chances de consolidação da ESF e reorientação dos modelos de atenção^{38,39}.

Em um estudo sobre a colaboração interprofissional na ESF, envolvendo EqSF e equipes do Nasf no município de São Paulo, foi observada a existência de tensões entre a lógica profissional tradicional e o apoio matricial. Elementos como a divisão de responsabilidades, encaminhamentos e a insuficiência de dispositivos organizacionais para apoiar o trabalho compartilhado na ESF foram pontuados como barreiras na concretização de práticas articuladas⁴⁰.

Em contraponto às dificuldades apresentadas, alguns estudos preconizam que, para

atingir a horizontalização das relações, é preciso que haja práticas interdisciplinares constituídas pelo debate democrático promovido pelas equipes^{17,41}. Todavia, na pesquisa empreendida, os espaços de discussão coletiva acabavam respondendo, principalmente, a demandas administrativas.

A comunicação no trabalho em equipe tem sido apontada como um dos elementos que merecem maior investimento pelos profissionais, pois o enfrentamento dialogado dos conflitos pode ser capaz de promover a negociação, pactuação, compartilhamento de responsabilidades e decisões entre os trabalhadores da saúde⁴². Na pesquisa, observou-se, como em outros estudos, que a fragilidade na comunicação representa um nó crítico na relação entre as equipes, e os próprios trabalhadores reconhecem que a existência de mecanismos de comunicação é uma potente ferramenta para o enfrentamento dos conflitos interpessoais^{36,41}.

Com a atualização da PNAB⁷, o termo Nasf foi modificado para Nasf-AB, mas esta mudança parece ir além de uma questão de nomenclatura. As recentes publicações sobre a PNAB evidenciam retrocessos no âmbito da APS, tais como: relativização da cobertura universal, não obrigatoriedade dos ACS na composição das equipes, fragmentação do processo de trabalho, com a possibilidade de contratação de médicos com uma menor carga horária, e possibilidade de padrões distintos de atenção básica. Tais mudanças estão em estreita relação com o projeto neoliberal privatista em curso no País, o qual impacta diretamente no trabalho das equipes da APS, colocando em questão direitos, continuidade do cuidado e a qualidade dos serviços prestados à população^{43,44}.

Considerações finais

Os resultados deste estudo demonstraram desarticulação entre os processos de trabalho do Nasf e das EqSF com fragmentação

do trabalho. As relações técnicas e sociais são conflituosas e marcadas pela ausência de diálogo e pactuação entre os trabalhadores, além de desafios de diversas ordens que limitam a realização das atividades.

Nesse particular, as EqSF possuem papel fundamental na aproximação do Nasf com os usuários, na identificação e manejo dos problemas de saúde do território, assim como no compartilhamento de práticas entre as equipes. Da mesma forma, os profissionais do Nasf e os gestores possuem papel crucial nesse processo, não podendo delegar apenas às EqSF a responsabilidade pela integração.

Por meio dos achados da pesquisa, pôde-se constatar que o trabalho em equipe está situado em um contexto de racionalidade médica, que prioriza a atenção individual centrada na clínica, com ênfase nos aspectos biológicos e na medicalização das doenças, secundarizando a promoção da saúde. Ademais, identificou-se que, em suas práticas, a equipe estudada aproximou-se mais das características dos modelos hegemônicos do que dos modelos da clínica ampliada e vigilância da saúde.

Apesar de os dados terem sido coletados

em 2014, muito provavelmente as equipes investigadas revelam um caso típico do que ocorre em muitos municípios brasileiros, pois, na medida em que as EqSF tiveram desempenho acima do satisfatório no PMAQ, a análise do processo de trabalho das equipes da APS revelou fragilidades e desafios postos ao conjunto dos seus atores.

Pode-se concluir que a proposta do Nasf necessita de uma requalificação de modo a tornar o processo de trabalho mais integrado e pautado em uma lógica que fortaleça a reorientação de práticas. Algumas iniciativas, como a redução do número de EqSF apoiadas, ampliação da educação permanente para os profissionais da APS, melhor organização e gestão do trabalho, entre outras, podem contribuir para essa direção.

Colaboradores

Os autores contribuíram substancialmente para a concepção da pesquisa, produção, análise e interpretação dos dados e redação do artigo. ■

Referências

1. Medina MG, Hartz ZMA. The role of the Family Health Program in the organization of primary care in municipal health systems. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(5):153-167.
2. Dourado I, Oliveira VB, Aquino R, et al. Trends in Primary Health Care-sensitive Conditions in Brazil: The Role of the Family Health Program (Project IC-SAP-Brazil). *Medical Care*. 2011; 49(6):577-584.
3. Guanais FC. The Combined Effects of the Expansion of Primary Health Care and Conditional Cash Transfers on Infant Mortality in Brazil, 1998–2010. *American J Public Health*. 2013; 103(11):2000-2006.
4. Rasella D, Aquino R, Santos CA, et al. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. *The Lancet*. 2013; 382(9886):57-64.
5. Aquino R, Medina MG, Nunes CA, et al. Estratégia Saúde da Família e reordenamento do sistema de serviços de saúde. In: Paim JS, Almeida-filho N, organizadores. *Saúde Coletiva: teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Medbook; 2014. p. 353-371.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. *Diário Oficial da União*. 24 Jan 2008.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 21 Set 2017.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Histórico de cobertura da saúde da família. Departamento de atenção básica. Brasília, DF: MS; 2018 [acesso em 2018 maio 19]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às equipes de saúde da família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 28 Dez 2012.
10. Molini-Avejonas DR, Mendes VLF, Amato CBH. Fonoaudiologia e Núcleos de Apoio à Saúde da Família: conceitos e referências. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2010; 15(3):465-474.
11. Lancman S, Barros JO. Estratégia Saúde da Família, Núcleo de Apoio à Saúde da Família e terapia ocupacional: problematizando as interfaces. *Rev Ter Ocup Univ*. 2011; 22(3):262-269.
12. Santos SFS, Benedetti TRB. Cenário de implantação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família e a inserção do profissional de Educação Física. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2012; 17(3):188-194.
13. Barros CML, Junior GF. Avaliação da atuação do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) do município de Picos/PI. *Rev Saúde Desenvol*. 2012; 1(1):141-154.
14. Formiga NFB, Ribeiro KSQS. Inserção do Fisioterapeuta na Atenção Básica: uma Analogia entre Experiências Acadêmicas e a Proposta dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). *Rev Bras Ciênc Saúde*. 2012; 16(2):113-122.
15. Anjos KE, Meira SS, Feraz CEO, et al. Perspectivas e desafios do Núcleo de Apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. *Saúde debate*. 2013; 37(99):672-680.
16. Lancman S, Goncalves RMA, Cordone NG, et al. Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Rev Saúde Publica*. 2013; 47(5):968-975.
17. Araújo EMD, Galimbertti PA. A colaboração inter-

- profissional na estratégia saúde da família. *Psicol Soc.* 2013; 25(2):461-468.
18. Leite DC, Andrade AB, Bosi MLM. A inserção da Psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Physis.* 2013; 23(4):1167-1187.
 19. Arce VAR, Teixeira CF. Práticas de saúde e modelo de atenção no âmbito do Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Salvador (BA). *Saúde debate.* 2017; 41(esp):228-240.
 20. Santos RABG, Uchôa-Figueiredo LR, Lima LC. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf. *Saúde debate.* 2017; 41(114):694-706.
 21. Aciole GG, Oliveira DKS. Percepções de usuários e profissionais da saúde da família sobre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Saúde debate.* 2017; 41(115):1090-1101.
 22. Mendes-Gonçalves RB. *Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico [dissertação].* São Paulo: Universidade de São Paulo; 1979.
 23. Yin, RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos.* 3. ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.
 24. Mendes-Gonçalves RB. *Práticas de saúde e tecnologia: contribuição para a reflexão teórica. Série de desenvolvimento de serviços de saúde.* Brasília, DF: OPS; 1988.
 25. Mendes-Gonçalves RB. *Práticas de Saúde: processos de Trabalho e Necessidades.* São Paulo: Cader-nos CEFOR; 1992.
 26. Paim JS. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.* Rio de Janeiro: Fio-cruz; 2008. p. 547-573.
 27. Teixeira CF, Vilasbôas ALQ. Modelos de atenção à saúde no SUS: transformação, mudança ou conservação. In: Paim JS, Almeida-filho N, organizadores. *Saúde Coletiva: teoria e Prática.* Rio de Janeiro: Me-dbook; 2014. p. 287-301.
 28. Campos GWS. *Saúde Paidéia.* São Paulo: Hucitec; 2003.
 29. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades. Rio de Janeiro: IBGE; 2018 [acesso em 2018 maio 20]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/paramirim/panorama>.
 30. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvi-mento. Ranking IDHM municípios. Brasília, DF: PNUD; 2018 [acesso em 2018 maio 20]. Disponí-vel em: <http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/rankings/idhm-municipios-2010.html>.
 31. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Bá-sica (PMAQ-AB). Departamento de atenção básica. Brasília, DF: 2018 [acesso em 2018 maio 20]. Dispo-nível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/cida-dao_pmaq2.php.
 32. Pelegrini Filho A, Buss PM, Esperidião MA. Promo-ção da saúde e seus fundamentos: determinantes sociais de saúde, ação intersetorial e políticas públi-cas saudáveis. In: Paim JS, Almeida-filho N, organi-zadores. *Saúde Coletiva: teoria e Prática.* Rio de Ja-neiro: Medbook; 2014. p. 305-326.
 33. Medina MG, Rosana A, Vilasbôas ALQ et al. Promo-ção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família. *Saúde debate.* 2014; 38(esp):69-82.
 34. Silva LA, Cosotti CA, Chaves SCL. A produção cien-tífica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Famí-lia e a mudança no modelo de atenção. *Ciênc Saúde Colet.* 2013; 18(1):221-232.
 35. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: con-ceito e tipologia. *Rev Saúde Pública.* 2001; 35(1):103-109.
 36. Shimizu HE, Alvão DCJR. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercus-sões no processo saúde-doença. *Ciênc Saúde Colet.*

- 2012; 17(9):2405-2414.
37. Kell MCG, Shimizu HE. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? *Ciênc Saúde Colet*. 2010; 15(supl.1):1533-1541.
38. Magnago C, Pierantoni CR. Dificuldades e estratégias de enfrentamento referentes à gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família, na perspectiva dos gestores locais: a experiência dos municípios do Rio de Janeiro (RJ) e Duque de Caxias (RJ). *Saúde debate*. 2015; 39(104):9-17.
39. Mendonca MHM, Martins MIC, Giovanella L, et al. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Colet*. 2010; 15(5):2355-2365.
40. Matuda CG, Pinto NRS, Martins CL, et al. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Ciênc Saúde Colet*. 2015; 20(8):2511-2521.
41. Ellery AEL, Pontes RJS, Loiola FA. Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção. *Physis*. 2013; 23(2):415-437.
42. Peduzzi M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. *Trab Educ Saúde*. 2003; 1(1):75-91.
43. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde debate*. 2018; 42(116):11-24.
44. Cecilio LCO, Reis AAC. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. *Cad Saúde Pública*. 2018; 34(8):1-14.

Recebido em 02/07/2018

Aprovado em 18/09/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Ministério da Saúde

Programa Farmácia Popular do Brasil: uma análise política de sua origem, seus desdobramentos e inflexões

Popular Pharmacy Program of Brazil: a political analysis of its origin, unfoldings and inflections

Tatiane de Oliveira Silva Alencar¹, Patrícia Sodrê Araújo², Ediná Alves Costa³, Rafael Damasceno Barros⁴, Yara Oyam Ramos Lima⁵, Jairnilson Silva Paim⁶

¹Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) – Feira de Santana (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6257-5633>
tatifarmauefs@yahoo.com.br

²Universidade do Estado da Bahia (Uneb), Departamento de Ciências da Vida – Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5843-5662>
patrisodre@gmail.com

³Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2195-3180>
ecosta98@gmail.com

⁴Universidade Federal da Bahia (UFBA), Escola de Enfermagem – Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1782-7253>
rafaeldbarros@hotmail.com

⁵Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2252-1566>
yaraooyram@yahoo.com.br

⁶Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0783-262X>
jairnil@ufba.br

DOI: 10.1590/0103-11042018S211

RESUMO O artigo se refere a uma investigação qualitativa que analisa as origens, os desdobramentos, resultados e desafios do Programa Farmácia Popular do Brasil, face à necessária integralidade da assistência farmacêutica. Para a produção dos dados, foram utilizados documentos e entrevistas semiestruturadas com informantes envolvidos com o movimento da Reforma Sanitária Brasileira e/ou a questão medicamentos/assistência farmacêutica, considerando o período de 2003 a 2016; notícias produzidas entre 2013 e 2018, disponíveis em sítios eletrônicos de instituições entendidas como atores no processo de implementação de políticas farmacêuticas. A análise dos dados revelou que, apesar dos conflitos em torno da construção da proposta, o programa resultou em ampliação do acesso aos medicamentos essenciais, redução da mortalidade e de internações por doenças crônicas. Por esse motivo, inflexões no programa, como o fechamento da modalidade rede própria, resultaram em posicionamentos de organizações da sociedade civil, também motivados diante da conjuntura de perdas de direitos sociais. Permanecem lacunas concernentes à qualidade do acesso em suas diversas dimensões de análise e à promoção do uso racional de medicamentos, na perspectiva da integralidade da Assistência Farmacêutica.

PALAVRAS-CHAVE Políticas públicas. Controle de medicamentos e entorpecentes. Assistência Farmacêutica. Preparações farmacêuticas.

ABSTRACT *The article refers to a qualitative research that analyzes the origins, unfoldings, results and challenges of the Brazilian Popular Pharmacy Program, in view of the necessary integrality of pharmaceutical assistance. For the production of the data, documents and semi-structured interviews were used with informants involved with the Brazilian Health Reform movement and the issue of medicines/pharmaceutical assistance, considering the period from 2003 to 2016; news produced between 2013 to 2018, available on electronic sites of institutions understood as actors in the process of implementing pharmaceutical policies. Analysis of the data revealed that, despite the conflicts surrounding the proposal's construction, the program resulted in increased access to essential drugs, reduced mortality and hospitalizations for chronic diseases. For this reason, inflections in the program, such as the closing of the first modality,*



have resulted in positions of civil society organizations, also motivated by the conjuncture of losses of social rights. Gaps remain regarding the quality of access in its various dimensions of analysis and the promotion of rational use of medicines, from the perspective of the integrality of Pharmaceutical Assistance.

KEYWORD *Public policy. Drug and narcotic control. Pharmaceutical services. Pharmaceutical preparations.*

Introdução

O debate sobre acesso a medicamentos constou da agenda da saúde antes mesmo da instituição do Sistema Único de Saúde (SUS); foi ampliado e incorporou novas dimensões, à medida que foram implementadas políticas de saúde visando à integralidade da atenção e ao direito à Assistência Farmacêutica (AF)^{1,2}. Os termos Medicamentos e ‘Assistência Farmacêutica’ apresentam concepções distintas, técnica e politicamente, no processo de constituição das políticas farmacêuticas nos diferentes momentos históricos³.

Nesse processo, o direito universal a medicamentos fundamentou um conjunto de políticas, cujo marco foi a Política Nacional de Medicamentos (PNM), em 1998, e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), em 2004, que definiram diretrizes e ações norteadoras para outras políticas ao longo dos 30 anos do SUS.

A despeito dessas políticas, persistem lacunas em termos de regulação sanitária, uso racional de medicamentos, serviços farmacêuticos clínicos, farmacovigilância, articulação entre as políticas instituídas e disponibilidade de medicamentos⁴⁻⁷. O último aspecto motivou a formulação de políticas para promover a ampliação do acesso, a exemplo do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB), criado em 2004, inicialmente, na modalidade rede própria e, depois, em convênio com farmácias privadas, inaugurando o sistema de copagamento no País.

No decorrer dos catorze anos do PFPPB, houve conquistas na ampliação do acesso^{8,9}, redução da mortalidade e de internações por doenças crônicas¹⁰; e também críticas, por suas características, estruturação, elenco, custos, desarticulação com a política industrial, relações com o setor farmacêutico privado etc.¹¹. Seguiram-se inflexões, intensificadas na conjuntura regressiva, denominada austeridade fiscal, que tem marcado o país nos últimos anos.

O PFPPB constitui uma das políticas farmacêuticas mais discutidas recentemente e também tem sido objeto de debates do Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS), que, por meio de eixos temáticos, tem acompanhado essas políticas, especialmente nos componentes medicamentos, assistência farmacêutica e vigilância sanitária, tendo como referente o processo da Reforma Sanitária Brasileira (RSB). Considerando os questionamentos e as incertezas sobre o programa, e, na tentativa de fornecer elementos para ampliar o debate, o objetivo deste artigo é analisar o PFPPB, suas origens, desdobramentos, resultados e desafios à necessária integralidade da AF.

Estratégia metodológica

Trata-se de uma investigação qualitativa, do tipo estudo de caso, resultado de análises das relações da RSB com a questão Medicamentos/Assistência Farmacêutica

(questão MAF)¹², considerando o recorte temporal 2003 a 2016, e do acompanhamento das políticas farmacêuticas no eixo temático ‘Políticas de Medicamentos, Assistência Farmacêutica e Vigilância Sanitária’, do OAPS [Projeto Análise de Políticas de Saúde no Brasil (2003-2017) – Chamada MCTI/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/Decit n° 41/2013], no período 2013 a 2018.

Para a produção dos dados, foram utilizados dois conjuntos de fontes, que possibilitaram a construção do seguinte plano de análise:

a) Documentos e entrevistas semiestruturadas com informantes envolvidos com o movimento da RSB e/ou a questão MAF. As entrevistas foram guiadas por um roteiro, e os informantes consentiram na divulgação dos seus nomes. O estudo foi aprovado pelo CEP-ISC/UFBA, sob n° 30623514.9.0000.5030. No processamento do material empírico, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo temática¹³, e a análise dos dados foi orientada pelos seguintes elementos teóricos: contribuições da teoria marxista para entender o medicamento como um produto do ciclo produtivo-econômico da saúde e como uma necessidade social e existencial^{14,15}; e as definições de poder, política, estratégia e ator social, segundo Testa^{16,17}.

b) Fontes do OAPS, no eixo ‘Políticas de Medicamentos, Assistência Farmacêutica e Vigilância Sanitária’. A produção dos dados baseou-se na seleção de informações, prioritariamente no *link* notícias, disponíveis em sítios eletrônicos de instituições entendidas como atores no processo de implementação de tais políticas: Ministério da Saúde (MS), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). Também foram consultados sítios dos conselhos profissionais de Farmácia e Medicina

(CFF e CFM), a revista Radis-Fiocruz e a produção do Legislativo e do Executivo Federais. Organizou-se o material em planilhas padronizadas e individualizadas para cada sítio de consulta, atendo-se à seleção de fatos que apresentavam possibilidades de virem a se constituir em um fato político. Nesse caso, tomou-se como referencial a discussão sobre fatos sociais, históricos e políticos produzida pelo OAPS^{1,2,12}.

Origens e controvérsias do PFPB

A primeira iniciativa no âmbito do Legislativo sobre um programa de farmácias populares foi o Projeto de Lei (PL) n° 4.702/1994, de autoria do deputado Eduardo Jorge (Partido dos Trabalhadores – PT-SP), justificado pela dificuldade de acesso a medicamentos pela população face aos altos preços. Foi inspirado nas experiências de farmácias populares do Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco¹² e no Programa Farmácia de Todos, do Rio Grande do Norte¹⁸. Farmácias populares foram definidas no PL como estabelecimentos farmacêuticos de caráter privado que, por meio de franquia com o Estado, comercializariam medicamentos a preços reduzidos, tabelados, com margem de lucro definida.

Enquanto tramitava na Câmara dos Deputados, o PL foi identificado pela equipe do candidato Luiz Inácio Lula da Silva (Lula), no período de eleições à presidência de 2002, como interessante à sua proposta de campanha, dada a dimensão simbólica e o valor de publicidade que poderia agregar. Assim, a ideia das farmácias populares foi inserida na campanha do candidato, e, com sua vitória, essa pauta tornou-se prioridade do MS, sem debate coletivo para a estruturação da proposta.

Durante a XII Conferência Nacional de Saúde, o ministro da saúde, Humberto Costa, anunciou a instalação de farmácias populares no País, sem detalhamento

das características do programa. Naquele momento, surgiam polêmicas, e, durante as conferências de saúde municipais, ocorreram manifestações contrárias ao projeto. Argumentava-se que as unidades de saúde do SUS deveriam ampliar a disponibilidade de medicamentos para garantir acesso a todos, sem custo adicional, e que os laboratórios oficiais não dariam conta de atender a essa demanda adicional¹².

A primeira discussão sobre o tema no âmbito do CNS ocorreu, simultaneamente, à apresentação da PNAF. O programa foi apresentado pelo então coordenador do Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF-MS), explicando que tal medida relacionava-se com a PNAF e integraria um conjunto de ações do programa do governo Lula visando a ampliar o acesso a medicamentos, com a colaboração técnica e administrativa da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Para seu financiamento, haveria alocação de recursos, por crédito suplementar, e assim não seria utilizado o orçamento da saúde¹². Essas características geraram questionamentos por parte dos oponentes do programa, omitidos ou amenizados naquele momento, no CNS, até porque não seria estratégico mostrar possíveis confrontos, justamente quando havia relação de forças propícia ao desenvolvimento de ações relativas à questão MAF³.

Apesar da insistência do presidente Lula em implantar tal proposta, não houve consenso na equipe executora do MS nem entre os trabalhadores da Fiocruz, que teriam responsabilidade na execução do programa, pois realizariam as ações inerentes a produção ou aquisição, estocagem, comércio e dispensação de medicamentos:

Não foi uma definição técnica, não houve uma definição de nenhum de nós que participou da campanha. [...] E eu lhe digo, com toda a franqueza, tanto eu quanto toda minha equipe éramos contra criar um programa tipo o Farmácia Popular [...]. No entanto, nos deparamos com

a seguinte questão: o tempo técnico é diferente do tempo político. O tempo técnico [relacionado às mudanças pretendidas para a assistência farmacêutica] por vez é muito maior do que o tempo político [no que se refere às contradições e conflitos no plano dos serviços]. [...] Ou seja, a gente pode não ter o tempo técnico necessário. (Norberto Rech).

Não era pra a Fiocruz cumprir isso. Nós não tínhamos nada a ver com isso [...]. A Fiocruz assumir a coordenação do [Programa] Farmácia Popular é algo que foge totalmente a seus objetivos como instituição de ciência e tecnologia de apoio ao SUS. [...] engolimos esse sapo! Não só engolimos o Farmácia Popular como a coordenação do programa. (Álvaro Nascimento).

Ainda que houvesse um movimento contrário, as entidades farmacêuticas, como o CFF e a Federação Nacional de Farmacêuticos (Fenafar), expressaram apoio face à possibilidade de ampliação do mercado de trabalho farmacêutico e de práticas em ambientes mais adequados que os estabelecimentos privados¹². Essas entidades vislumbravam a inserção dos farmacêuticos nas farmácias populares como possibilidade de avançar na implementação dos serviços farmacêuticos na atenção básica e articular outras demandas de entidades farmacêuticas.

O PFPB foi instituído pelo Decreto nº 5.090/2004, que regulamentou a Lei nº 10.858/2004, e dispôs que a criação do programa decorria da necessidade de ações para promover a universalidade do acesso aos medicamentos, diminuindo a repercussão desses gastos no orçamento familiar e permitindo a sua disponibilidade a baixo custo para os cidadãos assistidos pela rede privada.

Parece ter havido preocupações em esclarecer a desvinculação do PFPB da disponibilização de medicamentos pelo SUS, provavelmente em função das críticas de inconstitucionalidade do programa ao fornecer medicamentos em copagamento, com prejuízos para as farmácias públicas¹⁹. O

decreto esclarecia que o PFPB seria executado sem prejuízos para o abastecimento da rede pública.

Desdobramentos: expansão da modalidade Aqui tem Farmácia Popular

Dois anos após sua criação, o PFPB foi ampliado para farmácias da rede privada, conforme previa o Decreto nº 5.090/2004, e os cidadãos puderam adquirir medicamentos para o tratamento de hipertensão e diabetes mediante copagamento. O MS repassaria às farmácias 90% do valor de referência do produto, conforme valores definidos pela Câmara de Regulação de Medicamentos, e o cliente pagaria 10%. Fixaram-se critérios para credenciamento de farmácias ao PFPB, dispensação de medicamentos, controle e fiscalização, processamento de compras e comunicação ao público pelas farmácias¹².

A estratégia de expansão, Aqui Tem Farmácia Popular (ATFP), guardava mais semelhanças com o projeto original do deputado Eduardo Jorge, com as proposições iniciais do CFF e políticas farmacêuticas de outros países, com sistemas de saúde universais que dispunham de diferentes parâmetros e modalidades de copagamento^{18,20,21}.

A modalidade ATFP gerou muitas críticas sob o argumento de que o Estado estimularia o mercado farmacêutico em vez de reforçar as farmácias do SUS, alvo de constantes queixas pela indisponibilidade de medicamentos. Posicionamentos divergentes também foram identificados entre militantes do movimento sanitário:

Então, quando se pensou no ATFP, a primeira pergunta era: tem sentido manter uma estrutura pública de dispensação paralela [modalidade rede própria]? Minha resposta: não, porque é muito mais caro, o sistema é corrupto [...], muito desperdício, problemas graves de estocagem

[...]. Então, a ideia foi romper com isso. [...] Então, começamos com o ATFP [...]. (José Gomes Temporão).

Então, como é que se consegue fazer uma rede de dispensação viável? Utilizando a rede de dispensação privada, que já existe, que é o que faz a Itália, Portugal, Inglaterra, França, Alemanha [...]. A primeira proposta, que era essa da rede própria, se ela der certo, nada mais dará errado. (Gonzalo Vecina Neto).

Eu não sabia que a coisa podia piorar ainda mais! Em termos de proposta pode-se até dizer: 'Que legal vender remédio com desconto na farmácia comercial. Bacana'. Mas isso [...] é o que chamo de rebaixamento da pauta. [...] de certa maneira, uma parte dos sanitaristas está aceitando essa pauta rebaixada, reduzida, focalizada, fragmentada, que melhora, mas não resolve. (Suely Rozenfeld).

As parcerias com as farmácias privadas ampliariam o acesso a medicamentos, sobretudo para usuários com hipertensão e diabetes¹, principal meta do programa, além do argumento de um dos entrevistados, de ser um modelo mais econômico. Contudo, deve-se relativizar a comparação feita pelos entrevistados com o modelo de outros países (Itália, Portugal, Inglaterra, França, Alemanha), que possuem sistemas de saúde universais, pois há grandes diferenças entre os modelos de organização dos serviços e das práticas farmacêuticas naqueles países e no Brasil²².

Nos referidos países, as farmácias estão articuladas aos serviços de saúde, os serviços farmacêuticos clínicos integram os serviços disponíveis à população, e o farmacêutico tem função social e sanitária consolidada²³. Isso não ocorre no Brasil, onde as farmácias privadas descumprem disposições legais e técnicas e funcionam, em muitos casos, sem farmacêutico, além de serem percebidas pela população como estabelecimentos meramente comerciais, pois não há prática de serviços clínicos^{12,24}, algo incipiente em

farmácias públicas. Amplo estudo realizado na atenção básica no SUS identificou que apenas 32,7% dos responsáveis pela entrega de medicamentos eram farmacêuticos⁵. Desses, apenas 21,3% afirmaram realizar atividades de natureza clínica²².

Observe-se que se, naquele primeiro momento, o modelo de farmácia da rede própria do PFPB foi concebido para se contrapor ao das farmácias privadas, a modalidade ATFP se expandiu exatamente sob a lógica capitalista, que considera o medicamento como mercadoria, conquanto, em tese, a acreditação preservasse as exigências sanitárias legais e técnicas nas farmácias. Porém, muitos desses estabelecimentos não apresentavam, como não apresentam, estrutura capaz de realizar ações de promoção do uso racional dos medicamentos. Ou seja, o governo assumiu o modelo de farmácia criticado por entidades farmacêuticas e militantes da RSB¹², e, ainda que promovesse a ampliação do acesso, a disponibilização de serviços farmacêuticos, defendida pelos sujeitos/atores sociais vinculados à questão MAF, permanecia como meta distante.

Entre consensos e contradições, o PFPB se ampliou nas duas modalidades. Até o fim do primeiro governo Lula, havia 259 farmácias da rede própria, distribuídas em 206 municípios, e 2.955 farmácias acreditadas no ATFP, em 594 municípios, com expansão em ambas do número de usuários⁷.

Ocorreu ampliação do acesso a medicamentos principalmente na modalidade rede própria. Entre 2005 e 2007, houve expansão de atendimentos (cerca de 16 milhões), com potência de cobertura de 92 milhões de pessoas em 2007¹⁸. Até 2010, houve crescimento expressivo do número de farmácias (de 27 para 543) e de municípios cobertos (de 7 para 420)⁷. Autores mostraram que os usuários de serviços de saúde privados foram aqueles que mais utilizaram o programa, com diferenças regionais, atendendo, portanto, à população alvo delimitada pelo programa^{7,18}.

Tais dados expressavam a consolidação do programa, e, em 2011, houve reforço com a campanha 'Saúde Não Tem Preço', que passou a disponibilizar medicamentos para doenças específicas (hipertensão e diabetes não dependente de insulinas e, em seguida, para asma), todos isentos de copagamento nas farmácias da rede própria e naquelas conveniadas ao ATFP. Estratégia que teve rápida adesão da rede varejista^{9,12}.

A Pesquisa Nacional de Saúde⁶ considerou o PFPB como uma política que contribuiu para o acesso a medicamentos. Das 19,3 milhões de pessoas que tiveram prescrição de medicamento no último atendimento de saúde, 21,9% conseguiram obter pelo menos um no referido programa, observando-se menor proporção no Nordeste⁶. Entre idosos, a prevalência de utilização foi de 57%, e de conhecimento do programa, 87%¹⁸. Esses dados indicam o alcance do PFPB na articulação com as farmácias privadas, reduzindo barreiras de acesso geográfico e econômico.

Apesar da ampliação da cobertura e do acesso, persistiam dúvidas quanto à efetividade do programa para a expansão da AF em sua integralidade, conforme a PNAF. Ou seja, numa perspectiva para além da dimensão técnica do medicamento, que incluía a dimensão socio-sanitária, com ações de natureza clínica, informação/educação para os usuários e promoção do uso racional, com potencialidade, portanto, para reverter a lógica de AF baseada numa concepção mais procedimental e centrada no medicamento, para outra centrada no cidadão e em suas necessidades²⁵.

Conforme o MS⁴, após dez anos, o PFPB apresentava resultados positivos, sendo identificado como o programa social do governo federal mais bem avaliado pela população. Nesse período, atendeu mais de 32 milhões de pessoas e promoveu mais acesso a medicamentos para doenças crônicas (hipertensão, diabetes e asma), especialmente com o Saúde Não Tem Preço. O PFPB articulou-se a outros programas de governo, Plano Brasil sem Miséria, Brasil Carinhoso, Plano

de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis etc., e recebeu reconhecimento internacional pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como exemplo bem-sucedido para ampliação do acesso a medicamentos²⁶.

Percebe-se que o PFPB se inseriu numa perspectiva de expansão do consumo, como outras políticas sociais do governo Lula para favorecer o desenvolvimento econômico. Ao criar condições para ampliação do consumo de medicamentos, ampliou-se a necessidade de produção, mantendo-se o ciclo produtivo econômico¹⁵ da saúde no País.

Pereira⁹ analisou a relação do PFPB com o Complexo Econômico-Industrial da Saúde, com dados do Ims Health, que demonstram que, em 2011, foram comercializadas 80,5 bilhões de doses de medicamentos no mercado varejista. Em 2012, observou-se crescimento de 11,8%, somando 90 bilhões de doses. O PFPB participou com 6,0% no volume de vendas do mercado varejista, em 2011, e com 7,7%, em 2012.

Entretanto, para Scaramuzza²⁷, a principal ênfase do PFPB deve-se ao papel impulsionador do mercado de genéricos, exemplificado pelos resultados de janeiro de 2011, quando os genéricos correspondiam a 51% dos medicamentos comercializados nas farmácias do ATFP. Esse percentual passou para 56% em fevereiro daquele ano, após o lançamento do Saúde Não Tem Preço. Em agosto, a participação dos genéricos alcançou 65%. Segundo a Associação Brasileira das Indústrias de Medicamentos Genéricos, no caso dos medicamentos para diabetes, o PFPB participou com 70% do total dos genéricos vendidos entre 2005 e 2011²⁸.

O PFPB não foi criado como estratégia provisória, com período de duração definido, e nem mesmo a decisão de sua criação foi precedida de cálculo prévio sobre recursos, custos e demandas, como propõe o conceito de estratégia programática de Testa¹⁶, pois foi uma decisão política e não técnica¹². Restaria indagar sobre a efetividade do PFPB face à integralidade da AF, pois essa concepção

restrita de AF é a mesma que pode explicar as inflexões que ocorreram em seguida, sob o argumento de elevados custos necessários à manutenção da estrutura.

Um estudo¹¹ criticou o PFPB ao comparar seu elenco de medicamentos com as listas nacional e internacional (Rename e Model List of Essential Medicines), identificando incoerências: o elenco do PFPB apresentou medicamentos desnecessários quando co-tejado às referidas listas; falta clareza nos critérios de inclusão e exclusão de medicamentos; constam formas farmacêuticas não registradas na Anvisa e outros medicamentos além daqueles do componente básico. Ademais, há falta de alinhamento do programa com a produção dos laboratórios oficiais.

Outros estudos^{7,29}, incluindo resultados divulgados pelo MS após dez anos do PFPB⁴, nada referem sobre a qualidade dos serviços prestados. Isso demonstra que não se efetivou o pensamento inicial da categoria farmacêutica quanto à possibilidade de o PFPB produzir um novo modelo de farmácia, centrado na promoção do uso racional de medicamentos e na educação em saúde.

Estudos de avaliação econômica do programa revelaram maiores custos no ATFP em comparação com as farmácias públicas. Ao avaliar a diferença de custos entre a provisão de medicamentos por uma Secretaria Municipal de Saúde e pelo ATFP, Silva e Caetano²⁹ identificaram maiores custos no programa, indicando que alguns valores de referência poderiam ser examinados para sua redução, visando à sustentabilidade. Garcia e Acúrcio³⁰ realizaram um estudo de avaliação econômica dos programas da rede pública de farmácias do SUS, em Minas Gerais – Rede Farmácia de Minas Gerais –, comparados ao ATFP, e concluíram que: a produção direta dos serviços na rede pública mostrou-se economicamente mais favorável que a terceirização no ATFP; a vantagem econômica do setor público relaciona-se diretamente à sua capacidade de atendimento de pacientes; o investimento num modelo público integrado

com princípios e diretrizes do SUS pode oferecer condições adequadas para garantir AF integral e universal de qualidade.

Ao cotejar o modelo de serviços farmacêuticos num *mix* público/privado, segmentado em farmácia pública estatal ou pública sob gestão de OSS coexistindo com o PFPB, Vieira³¹ sustenta que o acesso a medicamentos é facilitado na rede privada, contudo, ressalta possíveis dificuldades na gestão pública: sobreposição de programas com custos diferenciados para a mesma fonte pagadora e indução do mercado para garantir oferta apenas pelo programa que lhe seja mais rentável; os custos podem ser mais elevados que nos outros modelos; dificuldades de regulação e controle dos gastos; desarticulação entre os componentes técnico e logístico da AF; a fragmentação do cuidado pode ser maior, e o acompanhamento farmacoterapêutico pela gestão pública fica prejudicado, a menos que sejam criados mecanismos para interligar os serviços de saúde do SUS à rede privada³¹. Os custos podem ser maiores para o Estado no modelo segmentado, em que drogarias atuam na disponibilização de medicamentos e são ressarcidas pelo governo, tanto pelo produto quanto pelo serviço. O pensamento de Vieira³¹ corrobora os resultados de estudos que compararam os custos da oferta de medicamentos na AF pública aos do PFPB, e concluíram que os custos são menores no SUS^{29,30}.

Inflexão na trajetória do PFPB e posicionamento de atores

Apesar dos resultados positivos na ampliação do acesso a medicamentos, as polêmicas sobre o programa permaneceram, conquanto amenizadas. Em 2011, o ATFP foi auditado pelo Tribunal de Contas da União (TCU), que identificou: problemas no processo de acreditação de farmácias; falta de estudos

que justificassem o custo-efetividade do programa como estratégia de complemento à AF na atenção básica; controles internos frágeis; inexistência de atividades para identificar condutas fraudulentas; e insuficiente apenação administrativa de irregularidades verificadas nos processos analisados¹².

O TCU solicitou esclarecimentos ao DAF/MS e recomendou a elaboração de estudo para avaliar o custo-efetividade do programa, não identificado até o momento. Visando a reduzir os problemas, o MS publicou diversas portarias introduzindo mudanças e estabelecendo: cooperação com o Ministério da Previdência para acesso à base de dados do Sistema de Óbitos e cruzamento de dados do cadastro dos clientes do ATFP, evitando fraudes na aquisição de medicamentos; redução dos valores de referência dos medicamentos para diabetes e hipertensão; proibição do envio de medicamentos para as residências dos usuários; entrega gratuita de medicamentos; aumento das regras de identificação do paciente para dispensação de medicamentos^{3,12}.

A partir de 2015, ocorreu inflexão no PFPB. Cortes orçamentários no governo Dilma impactaram o programa, que passou a assegurar gratuidade apenas dos medicamentos vinculados ao Saúde Não Tem Preço, asma, hipertensão e diabetes¹². Novas medidas de controle, em 2016, abrangeram o credenciamento de farmácias privadas, que deixou de ser automático. Com o entendimento de que a inexistência de informações de âmbito nacional compromete diretamente a gestão da AF pelos entes federativos, o PFPB foi incluído na Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS.

Em 2017, no contexto de retrocessos nas políticas sociais no governo Temer, diversas medidas provocaram significativas mudanças no Programa: introdução de critérios restritivos no acesso a medicamentos, critérios de idade para o fornecimento de medicamentos por patologias e redução do elenco. Em abril de 2017⁷, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) decidiu pela interrupção do

financiamento da modalidade rede própria, sob alegação de elevado custo administrativo. A estratégia anunciada pelo MS² foi realocar os recursos, anteriormente destinados à rede própria do PFPB, para a aquisição de medicamentos pelos estados e municípios na rede SUS, resultando no aumento do valor repassado pelo MS aos estados e municípios. Até agosto de 2017², as unidades da rede própria foram extintas, restando a rede credenciada do ATFP, alvo de críticas e questionamentos pelo TCU, não esclarecidos pelo DAF/MS.

As alterações no PFPB têm sido entendidas por alguns atores, que se manifestaram publicamente, como retrocesso das políticas sociais produzidas no governo Lula, com repercussões no acesso aos medicamentos, especialmente para os mais pobres².

O presidente do CNS criticou o fechamento da rede própria do PFPB, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e o argumento utilizado pelo ministro da saúde, de que o custo administrativo dessa modalidade era pouco custo-efetivo e que o acesso aos medicamentos não seria afetado. Para o presidente do CNS, a extinção da rede própria e a redução da lista de medicamentos no ATFP dificultarão o acesso, gerando prejuízos à população².

A CIT foi questionada pela decisão unilateral em reunião apenas de gestores, sem representação de trabalhadores e usuários do SUS, ressaltando que não pode haver restrição do acesso da população ao seu tratamento; e afirmou que todos os brasileiros devem lutar pela garantia do acesso racional aos medicamentos². O presidente do CNS também discordou da avaliação do ministro e afirmou que, aproximadamente, 1 milhão de pessoas que eram atendidas pelas unidades próprias do PFPB não teriam mais acesso direto e facilitado aos medicamentos antes ofertados. Criticou a mudança na política pública na área da saúde e afirmou:

É a sinalização de uma substituição de um entendimento da Constituição em que a saúde é vista como direito por uma lógica da saúde como

mercadoria, em que você vai lá e compra no mercado, e quem regula esse processo são as leis do mercado. Acaba abalando a lógica de um sistema universal de saúde e vai na direção de um sistema que pensa em uma cobertura mínima, um sistema pobre para pobre²⁽⁴⁾.

Outro posicionamento foi do Presidente do CRM do Estado de São Paulo, que afirmou ver com preocupação o fechamento das unidades próprias do PFPB por dificuldades dos pacientes na aquisição dos medicamentos².

Novos critérios de acesso aos medicamentos no ATFP foram estabelecidos em 2018, e houve revisão dos valores repassados às farmácias credenciadas. O MS publicou uma notícia revelando que estudos internos demonstraram que o preço da Insulina no ATFP era 2,5 vezes mais caro do que na rede pública no SUS², e informou o início de uma rodada de negociações entre a indústria farmacêutica e o setor varejista para debater o sobrepreço identificado. Esse processo foi ampliado, constatando-se diferenças de preços em outros itens do ATFP².

Com o argumento de minimizar fraudes, o ministro afirmou que a revisão representaria economia de R\$ 750 milhões, e o custo do programa passaria de R\$ 2,6 bilhões para R\$ 1,85 bilhão, atendendo o mesmo número de brasileiros. A redução de valores para as farmácias credenciadas provocou conflitos com o mercado farmacêutico², e, em contraposição às afirmativas do ministro de que praticaria reajuste de preços no ATFP, a Associação Brasileira de Redes de Farmácias e Drogarias (Abrafarma) emitiu um comunicado público questionando o MS, afirmando que as reduções de preços deixariam seus custos descobertos¹.

Em abril de 2018¹, entrou em vigor a Portaria MS nº 739, atualizando os preços dos medicamentos do ATFP, com redução média de 38% do preço pago aos varejistas. Esse fato gerou pressão política do setor, sob alegação de que os preços definidos pelo MS inviabilizariam o programa, prejudicando o acesso

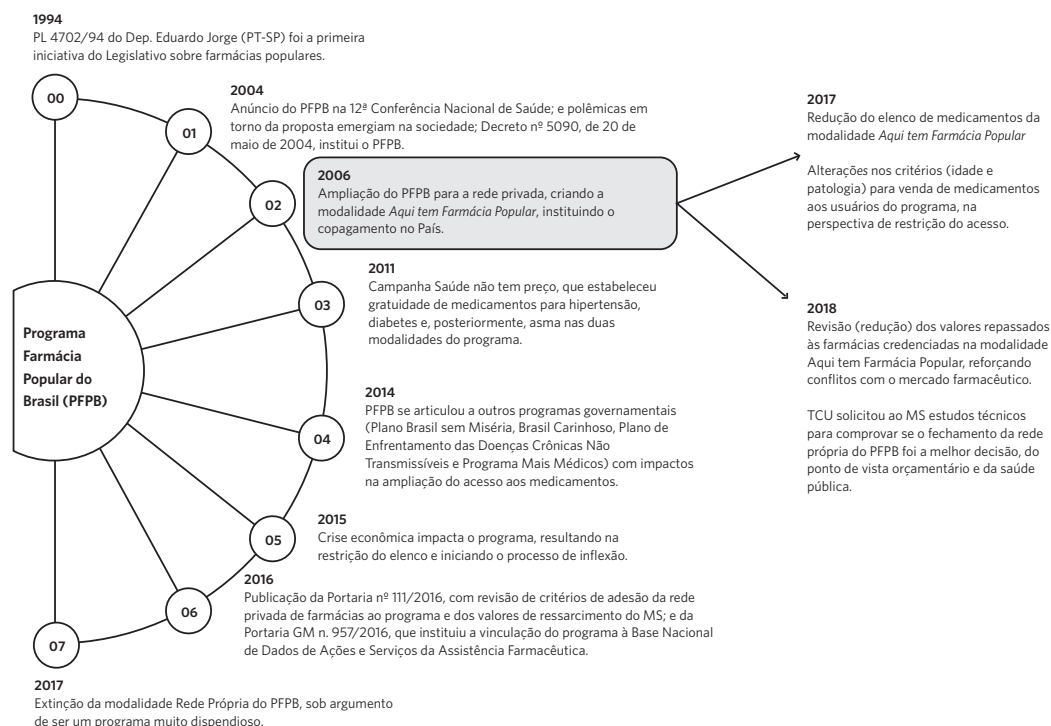
aos medicamentos pela população. O presidente do Sindicato da Indústria de Produtos Farmacêuticos do Estado de São Paulo afirmou que a medida pode provocar um grande número de pedidos de descredenciamento de farmácias. Deve-se considerar que a decisão do ministro, ao reduzir a margem de lucro das farmácias credenciadas, pode desestimular a rede varejista pelo impacto no orçamento produzido com as vendas do programa. Ainda nesse momento, já houve descredenciamento, pelo MS, de, aproximadamente, 5% das farmácias do ATFP, com o argumento de irregularidades ou suspeita de fraudes na execução do programa¹.

Tais fatos revelam a intensa disputa do mercado farmacêutico com o Estado brasileiro, seja indústria, seja rede varejista, mesmo porque o ATFP tem representado um forte impulsionador das vendas de medicamentos

no Brasil. Numa conjuntura extremamente desfavorável aos direitos sociais e ao SUS, o conjunto de fatos dos últimos dois anos tem contribuído para a reflexão e a compreensão do PFPB quando se agudizaram conflitos de interesse em torno da questão MAF.

Restaria sinalizar que o ministro relator do processo que investiga o programa e questiona a eficácia do uso do dinheiro público nas parcerias com farmácias privadas, ao ser entrevistado, afirmou que a preocupação do TCU, como órgão fiscalizador, é avaliar se a decisão pelo encerramento do PFPB está devidamente fundamentada em estudos técnicos que comprovem ser essa a melhor solução do ponto de vista orçamentário e também da saúde pública¹. A síntese dos principais fatos relacionados ao PFPB pode ser visualizada na *figura 1*.

Figura 1. Linha do tempo do Programa Farmácia Popular do Brasil



Fonte: Elaboração própria.

Comentários finais

A despeito das críticas sobre ambas as modalidades do PFPB e do rechaço inicial pela equipe responsável pela implantação da proposta, o programa resultou em ampliação do acesso a medicamentos essenciais, conforme constatado por estudos. Nesse aspecto, essa política farmacêutica se aproximou da pauta relativa à questão MAF defendida pelo movimento sanitário. Entretanto, permanecem lacunas concernentes à qualidade do acesso em suas diversas dimensões de análise e à promoção do uso racional de medicamentos, na perspectiva da integralidade da AF.

As políticas farmacêuticas estabelecidas com a PNM e a PNAF não propuseram a reorganização da AF tão somente na disponibilização de medicamentos. Isso pode explicar porque, entre farmacêuticos/atores da RSB, a criação do PFPB representasse uma contradição, dados os desafios que a AF na rede própria do SUS comportava, e ainda comporta: problemas de estrutura física inadequada; ausência de farmacêuticos nas farmácias; controle de estoque deficitário, entre outros. Em síntese, dificuldades relacionadas à insuficiente institucionalização dos serviços farmacêuticos no SUS³². Esses desafios não seriam superados com o PFPB, e a AF permanece com problemas.

Barros e colaboradores³³ encontraram aspectos relacionados à institucionalização da AF fortemente associados com o acesso a medicamentos na atenção básica, demonstrada com os indicadores ferramentas de gestão, financiamento, estrutura de pessoal, participação e controle social. Concluem que os resultados indicam a necessidade de institucionalizar plenamente a AF para sua consolidação e efetividade dos serviços farmacêuticos públicos.

O processo de institucionalização da política de AF e, conseqüentemente, seus resultados, podem ser influenciados pelas concepções de AF que predominarem em determinado governo. Os múltiplos

entendimentos de AF encontrados nos discursos de atores estratégicos traduzem não só os sentidos das práticas como expressam disputas de sentidos que existem na área e que envolvem o medicamento, um objeto complexo, produtor de sentidos, ao mesmo tempo, mercadoria, bem social, tecnologia em saúde e meio de trabalho. Reverter a lógica de se conceber a AF como ação mais procedimental e centrada no medicamento para outra centrada no cidadão é um processo gradual. Afinal, trata-se de um processo social, histórico, com subjetividades, visões de mundo, ideologias que transcendem os arranjos legais, logísticos e técnico-administrativos no sistema de saúde²⁵.

A institucionalização da AF pressupõe o entendimento do seu caráter transversal e sistêmico, de modo a efetivar a internalização de procedimentos e rotinas nas organizações componentes dos diversos espaços operativos do SUS. Esse processo se realiza mediante o desenvolvimento de um conjunto de atividades de planejamento e gestão dos serviços farmacêuticos e de práticas que requerem competências técnicas e gerenciais para assegurar qualidade na seleção, programação, aquisição, dispensação dos medicamentos, e atividades de planejamento terapêutico de caráter clínico, visando ao uso racional dos medicamentos³², bem como a prevenção e a resolução de problemas farmacoterapêuticos experimentados pelos usuários, causadores de significativa morbimortalidade relacionada ao uso de medicamentos²².

A efetividade das políticas farmacêuticas requer a implementação das diretrizes da PNM e dos princípios da PNAF em sua inteireza e um conjunto de práticas, a exemplo de serviços farmacêuticos clínicos, de farmacovigilância, controle da propaganda de medicamentos, entre outros, que dificilmente encontrarão condições para serem realizadas nos estabelecimentos farmacêuticos do ATFP, cuja concepção de AF, desde sua origem, é restrita ao acesso a medicamentos.

Compreende-se, assim, que a efetividade da AF como um direito social depende de sua integração nos serviços públicos de saúde, de modo a prover tanto o acesso aos medicamentos quanto às ações necessárias à promoção do uso racional, contrapondo-se à lógica do medicamento como mercadoria, cuja característica mais enfatizada é exatamente o custo. No Brasil, mantém-se um conjunto de desafios à integralidade da AF, tal como aquele referente à preservação do SUS, com seus princípios e diretrizes.

Colaboradores

Alencar TOS, Araújo OS, Costa EA, Barros RD e Lima YOR contribuíram para a concepção e o planejamento ou para a análise e a interpretação dos dados; Paim JS contribuiu para a revisão crítica do conteúdo e participou da aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Observatório de análise política em saúde. Eixo de Política de Medicamentos, de Assistência Farmacêutica e Vigilância Sanitária [internet]. Salvador: OAPS; c2018 [acesso em 2018 jul 5]. Disponível em: <http://analisepoliticaemsaude.org/oaps/eixos/producao-cientifica/bf9689622d73e9bb52de07b97d81a297/>.
2. Observatório de análise política em saúde. Eixo de Política de Medicamentos, de Assistência Farmacêutica e Vigilância Sanitária [internet]. Salvador: OAPS; 2017 [acesso em 2018 mar 1]. Disponível em: <http://analisepoliticaemsaude.org/oaps/eixos/producao-cientifica/bf9689622d73e9bb52de07b97d81a297/>.
3. Alencar TOS, Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira e políticas farmacêuticas: uma análise dos fatos produzidos entre 2003 e 2014. *Saúde debate*. 2017 set; 41(esp.3):45-59.
4. Brasil. Ministério da Saúde Os 10 anos do Programa Farmácia popular do Brasil. In: VII Fórum Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília, DF: MS; 2014.
5. Costa EA, Araújo PS, Pereira MT, et al. Situação sanitária dos medicamentos na atenção básica no Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública* [internet]. 2017 [acesso em 2018 abr 4]; 51(supl):2-12. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S01518-8787.2017051007106>.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde – 2013. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE; 2014 [acesso em 2015 nov 12]. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>.

7. Silva RM, Caetano R. Programa “Farmácia Popular do Brasil” caracterização e evolução entre 2004-2012. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015 out; 20(10):2943-2956.
8. Miranda VIA, Fassa AG, Meucci RD, et al. Utilização do Programa Farmácia Popular do Brasil por idosos. *Rev Saúde Pública*. 2016; 50(13):1-13.
9. Pereira MA. Programa Farmácia Popular no Brasil: uma análise sobre sua relação com o Complexo Econômico-Industrial da Saúde e os programas estratégicos do Governo Federal [dissertação]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013. 104 p.
10. Ferreira PAA. Efeitos do copagamento de medicamentos sobre saúde no Brasil: evidências do programa Aqui Tem Farmácia Popular. *Rev BNDES*. 2017 jun; 47:67-77.
11. Yamauti SM, Barberato-Filho S, Lopes LC. Elenco de medicamentos do Programa Farmácia Popular e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. *Cad Saúde Pública*. 2015 ago; 31(8):1648-1662.
12. Alencar TOS. A Reforma Sanitária Brasileira e a questão medicamentos/assistência farmacêutica [tese]. Salvador: UFBA; 2016. 439 f.
13. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 7. ed. São Paulo: Edições 70; 2011.
14. Heller A. *A teoria das necessidades em Marx*. 2. ed. Barcelona: Ediciones Península; 1986.
15. Marx K. Introdução à crítica da Economia Política. In: Marx K. *Os pensadores*. São Paulo: Nova Cultural; 1996. p. 25-54.
16. Testa M. *Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1995.
17. Testa M. *Vida. Senãs de Identidad (Miradas al Espejo)*. *Salud Colectiva*. 2005; 1(1):33-58.
18. Pinto CBS. O Programa Farmácia Popular do Brasil: modelo, cobertura e utilização frente à Política Nacional de Medicamentos [dissertação]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. 153 p.
19. Carvalho G. Farmácia popular sim, pagamento por remédios não! *Saúde debate*. 2004 maio-ago; 28(67):173-175.
20. Burstall M.L. The management of the cost and utilization of pharmaceuticals in the United Kingdom. *Health Policy*. 1997 set; 41(supl):27- 43.
21. Fattore G, Jommi C. The new pharmaceutical policy in Italy. *Health Policy*. 1998; 46(1):21-41.
22. Araújo PS, Costa EA, Guerra Junior, AA et al. Atividades farmacêuticas de natureza clínica na atenção básica no Brasil. *Rev Saúde Pública* [internet]. 2017 [acesso em 2018 ago 26]; 51(suppl.2):1-11. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007109.pdf.
23. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. *O Exercício do Cuidado Farmacêutico*. Brasília, DF: Conselho Federal de Farmácia; 2006.
24. Zubioli, A. Prefácio. In: Alencar TOS, Nascimento MAA, Alencar BR. *Assistência farmacêutica no SUS: articulando sujeitos, saberes e práticas*. Feira de Santana: UEFS; 2011. p. 9-15.
25. Costa EA, Araújo PS, Penaforte TR et al. Concepções de assistência farmacêutica na atenção primária à saúde, Brasil. *Rev Saúde Pública* [internet]. 2017 [acesso em 2018 jun 28]; 51(suppl.2):1-11. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007107.pdf.
26. World Health Organization. *The Pursuit of Responsible Use of Medicines: Sharing and Learning from Country Experiences*. Genebra: WHO; 2012 [acesso em 2016 jan 10]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75828/1/WHO_EMP_MAR_2012.3_eng.pdf.
27. Scaramuzzo M. Genéricos avançam em farmácia popular. *Valor Econômico* [internet]. 2011 set

- 28 [acesso em 2011 out 28]. Disponível em: <http://www.pressreader.com/brazil/valor-econ%C3%B4mico/20110928/281848640342634>.
28. Menezes L. Genéricos: Fim de patentes contribui para elevar as vendas. *Rev Valor Setorial Saúde* [internet]. 2012 [acesso em 2018 jun 8]. Disponível em: <http://www.abradilan.com.br>.
29. Silva RM, Caetano R. Custos da assistência farmacêutica pública frente ao Programa Farmácia Popular. *Rev Saúde Pública*. 2016; 50(74):1-11.
30. Garcia MM, Acúrcio FA. Avaliação econômica dos programas Rede Farmácia de Minas do SUS versus Farmácia Popular do Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2017; 22(1):221-233.
31. Vieira FS. Integrality of the therapeutic and pharmaceutical care: a necessary debate. *Rev Saúde Pública*. 2017 dez; 51(126):2-6.
32. Souza GS, Costa EA, Barros RD, et al. Caracterização da institucionalização da assistência farmacêutica na atenção básica no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2017; 51(supl.2):1-12.
33. Barros RD, Costa EA, Santos DB, et al. Acesso a medicamentos: relações com a institucionalização da assistência farmacêutica. *Rev Saúde Pública*. 2017; 51(supl.2):1-11.

Recebido em 14/07/2018

Aprovado em 27/09/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Ministério da Saúde (MS)

Avaliação dos serviços farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde no cuidado ao paciente com tuberculose

Evaluation of pharmaceutical services in primary health care in the care of patients with tuberculosis

Fernanda de Farias Rodrigues¹, Rosana Aquino², Maria Guadalupe Medina³

DOI: 10.1590/0103-110420185212

RESUMO A Assistência Farmacêutica integra os serviços de Atenção Primária à Saúde, contribuindo para o controle de doenças com grande impacto à saúde, como a tuberculose. Para tanto, os serviços farmacêuticos devem contar com estrutura adequada nas unidades de atenção básica e com equipes que desenvolvam processos de trabalho qualificados, sendo esses atributos importantes objetos de estudos de avaliação. Este trabalho é o resultado de uma avaliação orientada por critérios e padrões de qualidade de estrutura e processo de trabalho de serviços farmacêuticos no cuidado ao paciente com tuberculose em duas unidades de saúde (A e B) de Salvador, Bahia, por meio de observação sistemática e entrevistas semiestruturadas direcionadas a farmacêuticos, gerentes e amostra de pacientes. O estudo demonstrou que a unidade A apresentou deficiências na estrutura, ao contrário da unidade B. No processo de trabalho, os serviços farmacêuticos eram pouco desenvolvidos na unidade A e plenamente desenvolvidos na unidade B. Pode-se observar a relação entre estrutura e processo de trabalho dos serviços farmacêuticos no cuidado ao paciente com tuberculose, pois a farmácia com maior deficiência na estrutura apresentou baixa consolidação no processo de trabalho dos farmacêuticos; e a farmácia com melhor estrutura apresentou consolidação plena.

PALAVRAS-CHAVE Assistência Farmacêutica. Estrutura dos serviços. Avaliação de processo. Tuberculose.

ABSTRACT *The Pharmaceutical Assistance integrates Primary Health Care services, contributing to the control of diseases, such as tuberculosis, with great impact on health. In order for that to happen, the pharmaceutical services must have adequate structure in its basic care units, as well as teams to develop and to process qualified work, which are important attributes for the evaluation studies. This work is the result of an evaluation guided by structured quality criteria and standards, and pharmaceutical work process in order to assist patients with tuberculosis in two health units (A and B) in Salvador-Bahia, through systematic observation, semi-structured interviews directed to pharmacists and managers, and patients' samples. The result of this study showed that unit A presented deficiencies in structure, unlike unit B. In the work process, the pharmaceutical services were poorly developed in unit A, but fully developed in unit B. It was possible to observe a clear*

¹Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9994-9982>
frdrigues.far@gmail.com

²Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3906-5170>
aquino@ufba.br

³Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7283-2947>
medina@ufba.br



relation between the structure and the work process in the pharmacy services for the care of the patient with tuberculosis: the pharmacy with the greatest deficiency in the structure presented low consolidation in the work process, and the pharmacy with the best structure presented full consolidation in the pharmaceutical services.

KEYWORDS *Pharmaceutical services. Structure of services. Process Assessment (Health Care). Tuberculosis.*

Introdução

As diretrizes do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) preconizam que a Atenção Primária à Saúde (APS), estando mais próxima dos pacientes, de suas famílias e da comunidade onde vivem, deve ser o *locus* preferencial para o desenvolvimento de ações que tenham impacto na redução da doença, especialmente, no aumento da adesão dos pacientes ao tratamento. Entretanto, muitas unidades de APS não realizam essas ações que, em muitos municípios, são desenvolvidas em centros e hospitais de referência, fazendo com que a descentralização das ações de vigilância e controle de tuberculose permaneçam como um grande desafio no Brasil.

O cuidado ao paciente com tuberculose na APS engloba ações de prevenção, diagnóstico e tratamento, incluindo a oferta oportuna dos medicamentos necessários¹. A disponibilidade de medicamentos deve ser assegurada pela Assistência Farmacêutica (AF), que deve estar integrada aos demais serviços de saúde, para a promoção do acesso e do uso racional de medicamentos, por meio da assistência ao paciente com enfoque na efetividade e na segurança da terapêutica, e da difusão das informações sobre medicamentos na perspectiva da educação em saúde e educação permanente das equipes².

No âmbito da APS, a AF deve englobar um

conjunto de práticas que envolvem atividades de regulação, planejamento, distribuição e dispensação de medicamentos essenciais, sendo assim, é um serviço que requer planejamento e inserção nos espaços da gestão para que seja assegurada a sua implementação e sustentabilidade³. Nesse cenário, o profissional farmacêutico deve estar inserido na equipe multidisciplinar de saúde, comprometendo-se não só com as atividades relacionadas com o processo de programação e aquisição como também com a utilização adequada desses medicamentos⁴.

Alguns estudos têm identificado problemas na implementação das ações da AF, quais sejam: as práticas com enfoque muito maior no gerenciamento do medicamento do que na assistência direta ao usuário⁵; as dificuldades que grande parte dos municípios brasileiros apresentam para implementar ações de AF no âmbito da APS, em virtude das condições inapropriadas para organização dos medicamentos nas farmácias⁴; as atividades são desenvolvidas nos serviços de APS, de forma geral, em espaços reduzidos, destinados apenas ao armazenamento de medicamentos ou espaços compartilhados para realização de diversas atividades, indicando condições inadequadas para o desenvolvimento de serviços de dispensação dos medicamentos. Além disso, há outros problemas estruturais, como presença de infiltrações, bolores nas paredes, fissuras no piso, bem como falta de claridade e ventilação^{6,7}.

Especialmente, no que diz respeito à garantia do acesso aos medicamentos essenciais, entre os quais se incluem os de tuberculose, há municípios que apresentam baixa disponibilidade e descontinuidade da oferta, além de problemas na sua dispensação em virtude da baixa qualificação dos profissionais envolvidos para a devida orientação aos pacientes⁴.

Analisando-se os estudos disponíveis sobre avaliação de serviços farmacêuticos na APS abordando aspectos relacionados com a estrutura e com o processo de trabalho do profissional farmacêutico, verificou-se que poucos discorrem sobre o tema, e nenhum deles aborda especificamente o cuidado farmacêutico ao paciente com tuberculose. Considerando-se a relevância desse tema e a magnitude da doença para a capital baiana, o objetivo deste estudo foi avaliar a estrutura dos serviços farmacêuticos em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e o processo de trabalho dos profissionais farmacêuticos no cuidado ao paciente com tuberculose na APS no município de Salvador, Bahia.

Material e métodos

Trata-se de um estudo avaliativo, de desenho qualitativo, sobre a qualidade da AF no cuidado ao paciente com tuberculose, desenvolvido em duas unidades de atenção primária em Salvador, Bahia.

Foi elaborado um modelo de avaliação que compreende as duas dimensões da AF: técnico-gerencial e técnico-assistencial. A dimensão técnico-gerencial envolve as atividades administrativas relacionadas com a seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição de medicamentos, enquanto a dimensão técnico-assistencial engloba as atividades de dispensação, orientação farmacêutica e seguimento farmacoterapêutico⁸. Essas duas

dimensões apresentam uma forte relação, visto que as atividades gerenciais são essenciais para o funcionamento da farmácia, e as assistenciais são desenvolvidas com enfoque no cuidado e orientação ao usuário⁹.

Para cada uma das dimensões, foi definido um conjunto de critérios e padrões relacionados com os atributos de estrutura dos serviços farmacêuticos e com os processos desenvolvidos pelos farmacêuticos no cuidado ao paciente, a partir dos indicadores do método para aplicação do planejamento da AF – Planejar é preciso¹⁰ e dos estudos de Barreto e Guimarães³ e Correia, Mota, Arrais et al.¹¹.

Os critérios referentes à estrutura corresponderam às instalações prediais, recursos materiais e recursos humanos necessários para o desenvolvimento das atividades inseridas nas duas dimensões. Os critérios referentes ao processo de trabalho foram definidos da seguinte forma: na dimensão técnico-gerencial, foram estabelecidos os critérios de programação para solicitação de medicamentos, forma de organização dos medicamentos e registro e conferência de controle de estoque (registro de informações); já na dimensão técnico-assistencial, foram definidos os critérios de entrega do medicamento ao paciente conforme prescrição, fornecimento de informações aos pacientes sobre o uso de medicamentos, fornecimento de informações sobre possíveis Reações Adversas a Medicamentos (RAM) e interações, realização de anamnese, registro e preenchimento do prontuário, intervenção farmacêutica, interação/articulação do profissional farmacêutico com os demais profissionais do serviço de cuidado ao paciente com tuberculose e relação do farmacêutico com os níveis da gestão. Destaca-se que foram estabelecidas regras de pontuações, em percentual, para os critérios e padrões definidos, no sentido de nortear a análise dos dados, as quais estão descritas no *quadro 1*.

Quadro 1. Critérios e padrões de estrutura e processo de trabalho, considerando-se as duas dimensões definidas no estudo, a dos serviços farmacêuticos técnico-gerenciais e a dos técnico-assistenciais

Dimensões	Critérios	Padrões	Regras para pontuação dos critérios/padrões na avaliação das unidades
Técnico-gerencial	Recursos organizacionais: instalações prediais	1 Sala contendo espaço suficiente para armazenamento dos medicamentos; Ambiente climatizado com ar-condicionado (temperatura entre 15° C e 30° C, e umidade relativa em até 70%).	Existência (100%); Existência insuficiente (50%); ou Não existência (0%).
	Recursos materiais: equipamentos e mobiliários	<i>Pallets</i> , estantes e/ou armários; Geladeira exclusiva para acondicionamento dos medicamentos termolábeis; 1 computador com internet por estação de atendimento; Escaninhos e prateleiras para acondicionar os medicamentos; 1 computador com internet na sala do farmacêutico; 1 estação de atendimento (guichê) para cada auxiliar; 1 cadeira por estação de atendimento para o atendente; 1 mesa para cada sala; 1 cadeira para o farmacêutico.	Existência (100%) ou Não existência (0%). Existência (100%); Existência, mas que ocasionaria problemas ergonômicos (80%); ou Não existência (0%).
	Recursos materiais: material técnico e software disponível para suporte ao serviço	1 Relação Nacional de Medicamentos Essenciais; 1 Manual de Boas Práticas de Armazenamento; 1 Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS); Sistema/software utilizado para gerenciamento dos estoques dos medicamentos.	Existência (100%) ou Não existência (0%).
	Recursos Humanos	1 profissional farmacêutico, para atendimento aos pacientes com tuberculose, em todo o horário de funcionamento da unidade; 1 auxiliar administrativo por guichê.	Existência (100%) ou Não existência (0%).
	Programação para solicitação de medicamentos	Utilização do método Consumo Histórico para realizar a programação; Utilização de métodos Perfil Epidemiológico ou Oferta Ajustada para realizar a programação.	Utilização (100%) ou Não utilização (0%).
	Forma de organização dos medicamentos	1. Conferência dos medicamentos no recebimento da programação mensal; 2. Organização dos medicamentos em <i>pallets</i> , estantes e/ou armários; 3. Acondicionamento adequado dos medicamentos termolábeis em geladeira; 4. Conservação dos medicamentos em condições adequadas para assegurar as suas características físico-químicas; 5. Medicamentos identificados com: nome da substância, dosagem, apresentação, lote e data de validade.	Realização total (100%); Realização parcial (50%) ou Não realização (0%) Pontuação de 20% para cada item analisado
	Registro e conferência de controle de estoque (registro de informações)	1. Conferência, registro e controle da movimentação física, registro de entrada e registro de saída dos medicamentos, de forma sistemática; 2. Utilização de sistema informatizado.	Pontuação de 25% para cada atividade analisada. Utilização (100%) ou Não utilização (0%).

Quadro 1. (cont.)

Técnico-gerencial	Relação do farmacêutico com os níveis da gestão	Existência de comunicação do profissional farmacêutico com o nível da gerência da UBS para resolução de problemas técnico-gerenciais; Existência de comunicação do profissional farmacêutico com o nível central da SMS para resolução de problemas técnico-gerenciais.	Existência (100%) ou Não existência (0%).
	Recursos organizacionais: instalações prediais	1 Sala contendo espaço suficiente para dispensação dos medicamentos; 01 Sala contendo espaço suficiente para realizar orientação farmacêutica aos pacientes; Ambiente climatizado com ar-condicionado (temperatura entre 15° C a 30° C, e umidade relativa em até 70%).	Existência (100%); Existência insuficiente (50%); ou Não existência (0%).
Técnico-assistencial	Recursos materiais: equipamentos e mobiliários	<i>Pallets</i> , estantes e/ou armários; 1 computador com internet por estação de atendimento; Escaninhos e prateleiras para acondicionar os medicamentos; 1 computador com internet na sala de orientação farmacêutica; 1 cadeira para o farmacêutico; 1 cadeira para o paciente na sala de orientação farmacêutica.	Existência (100%) ou Não existência (0%). Existência (100%); Existência, mas que ocasionaria problemas ergonômicos (80%); ou Não existência (0%).
	Recursos materiais: material técnico e software disponível para suporte ao serviço	1 Formulário Nacional Terapêutico; 1 Relação Nacional de Medicamentos Essenciais; 1 Manual de Recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil; Sistema/ <i>software</i> utilizado para registro de dispensação dos medicamentos aos pacientes.	Existência (100%) ou Não existência (0%).
	Recursos materiais: material educativo para os pacientes	Cartilhas, folhetos, folders elaborados pela Assistência Farmacêutica para orientação aos pacientes na adesão ao tratamento da tuberculose; Cartilhas, folhetos, <i>folders</i> elaborados pelo Programa de Controle da Tuberculose para orientação aos pacientes na adesão ao tratamento da tuberculose.	Existência (100%) ou Não existência (0%)
	Recursos Humanos	1 profissional farmacêutico, para atendimento aos pacientes com tuberculose, em todo o horário de funcionamento da unidade; 1 auxiliar administrativo por guichê.	Existência (100%) ou Não existência (0%).
	Entrega do medicamento ao paciente conforme prescrição	Leitura da prescrição para o paciente em todas as dispensações.	Realização total (100%); Realização parcial (50%) ou Não realização (0%).
	Fornecimento de informações aos pacientes sobre o uso de medicamentos	Orientação sobre a utilização dos medicamentos, como modo de uso em todas as dispensações; Orientação sobre a utilização dos medicamentos, como via de administração em todas as dispensações; Orientação sobre a utilização dos medicamentos, como posologia e horário de uso em todas as dispensações.	Realização total (100%); Realização parcial (50%) ou Não realização (0%).

Quadro 1. (cont.)

Técnico-assistencial	Fornecimento de informações sobre possíveis Reações Adversas a Medicamentos (RAM) e interações	Orientação para todos os pacientes, sobre as possíveis reações adversas na primeira dispensação de cada esquema terapêutico. Orientação para todos os pacientes, sobre as interações medicamentosas, na primeira dispensação de cada esquema terapêutico.	Realização total (100%); Realização parcial (50%) ou Não realização (0%).
	Realização de anamnese	Aplicação de entrevista aos pacientes para obter informações sobre as características intrínsecas, estilo de vida, patologias e tratamentos coexistentes na admissão do paciente.	Realização total (100%); Realização parcial (50%) ou Não realização (0%).
	Registro e preenchimento do prontuário	Prontuário preenchido com as informações obtidas e atualizadas em todas as dispensações.	Realização total (100%); Realização parcial (50%) ou Não realização (0%).
	Intervenção farmacêutica	Identificação de problemas relacionados a medicamentos e execução de plano de intervenção farmacêutica, quando necessário.	Realização total (100%); Realização parcial (50%) ou Não realização (0%).
	Interação/articulação do profissional farmacêutico com os demais profissionais do serviço de cuidado ao paciente com tuberculose	Existência de mecanismos junto aos demais profissionais envolvidos no controle da tuberculose para resolução de problemas dos pacientes.	Existência (100%) ou Não existência (0%).
	Relação do farmacêutico com os níveis da gestão	Existência de comunicação do profissional farmacêutico com o nível da gerência da UBS para resolução de problemas técnico-assistenciais. Existência de comunicação do profissional farmacêutico com o nível central da SMS para resolução de problemas técnico-assistenciais.	Existência (100%) ou Não existência (0%).

Fonte: Elaboração própria, com base em Barreto e Guimarães³, Brasil⁸ e Correia, Mota, Arrais, et al.¹¹

A partir do modelo, foi elaborado um instrumento que foi validado por um grupo composto por 18 especialistas, farmacêuticos com experiência de atuação na gestão e no cuidado da AF, por meio da técnica de consenso pelo Método Delfos. Nesse processo, foi distribuída para cada participante uma proposta inicial de critérios e padrões. Os participantes foram convidados a analisar o instrumento e atribuir pesos aos critérios e padrões propostos ou sugerir alterações nas suas descrições. As respostas obtidas foram tratadas estatisticamente e repassadas para o conhecimento de todos. Com o aprimoramento do instrumento, foi realizada uma segunda rodada, na qual os participantes atribuíram os pesos finais aos critérios e padrões,

realizando-se então um segundo tratamento estatístico. De acordo com Souza, Vieira da Silva e Hartz¹², novas rodadas e análises podem ser realizadas até que seja obtido um grau de consenso considerado satisfatório. No presente estudo, duas rodadas foram suficientes.

O estudo foi realizado em duas UBS, e a unidade de análise correspondeu aos serviços de AF dessas UBS, as quais desenvolviam ações de controle de tuberculose, bem como disponibilizavam medicamentos aos pacientes, contando-se com a presença do profissional farmacêutico.

As unidades de saúde foram selecionadas considerando-se a magnitude do número de casos notificados de tuberculose, bem

como a consolidação das ações de AF para o cuidado ao paciente com tuberculose. As informações relacionadas com a magnitude do número de casos notificados da doença foram obtidas por meio do Tabnet-Salvador¹³; e, após consulta e colaboração do nível central da AF, foram selecionadas duas unidades de saúde, unidades A e B, as quais apresentavam realidades distintas em relação à consolidação dos serviços farmacêuticos. A unidade A encontrava-se em fase inicial de consolidação dos serviços farmacêuticos no cuidado ao paciente com tuberculose; e a unidade B já tinha esses serviços consolidados.

A coleta dos dados foi realizada pelo pesquisador, no período de dezembro de 2013 a abril de 2014, por meio de entrevistas semiestruturadas feitas com os farmacêuticos do nível central na Secretaria de Saúde, com os farmacêuticos e com os gerentes das unidades selecionadas, bem como com uma amostra de pacientes, definida a partir do atendimento médio diário nessas unidades. Na Coordenação Municipal de AF, foram entrevistados os profissionais farmacêuticos responsáveis pela gestão da AF. Nas unidades de saúde A e B, foram entrevistados todos os farmacêuticos atuantes, sendo dois profissionais em cada unidade, seus respectivos gerentes e dois grupos de pacientes em atendimento, sendo seis pacientes em cada unidade, correspondendo a uma amostra por conveniência. Para a composição dessa amostra, foi definido como critério os pacientes estarem em uso do esquema básico (fase I ou II) do tratamento de tuberculose, excluindo-se aqueles que estivessem realizando quimioprofilaxia. Foi realizada,

também, observação sistemática nas duas farmácias, guiada por um roteiro.

Os dados obtidos foram tabulados em planilhas no *software* Excel®, procedendo-se à análise dos critérios e padrões estabelecidos no estudo, os quais tiveram pontuações atribuídas, em percentual, posteriormente sumarizados em gráficos em forma de radar.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, conforme parecer consubstanciado do CEP nº 490.975, e teve a anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, para a realização da coleta dos dados. As entrevistas foram realizadas após esclarecimento de cada informante quanto aos propósitos do estudo, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

A rede de APS do município de Salvador, no momento em que o estudo foi realizado, era composta por 115 unidades básicas, incluindo Unidades de Saúde da Família (USF). No que diz respeito ao cuidado ao paciente com tuberculose, de acordo com informações obtidas por meio da Coordenação de Assistência Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde, 70% das unidades realizavam dispensação dos medicamentos para o tratamento da tuberculose; e, dessas, apenas cerca de 30% contavam com o profissional farmacêutico para desenvolver as atividades de cuidado aos pacientes na dispensação dos medicamentos (*tabela 1*).

Tabela 1. Número total e por tipo de unidades de saúde de APS, e número e percentual de unidades com realização de dispensação de medicamentos para tuberculose (TB) e disponibilidade de farmacêutico por Distrito Sanitário. Salvador-BA, 2013

Distrito Sanitário	Nº Unidades de Saúde APS			Nº e % Unidades dispensadoras de medicamentos TB	Nº e % Unidades dispensadoras com farmacêutico
	CS/ Posto/ UBS	PSF	TOTAL		
Barra/Rio Vermelho	5	4	9	7 (77,7)	3 (42,8)
Boca do Rio	3	2	5	4 (80,0)	1 (25,0)
Brotas	4	1	5	3 (60,0)	1 (33,3)
Cabula/Beiru	14	3	17	9 (52,9)	3 (33,3)
Cajazeiras	1	7	8	7 (87,5)	0 (0,0)
Centro Histórico	7	2	9	9 (100,0)	4 (44,4)
Itapagipe	3	2	5	3 (60,0)	1 (33,3)
Itapuã	4	3	7	5 (71,4)	3 (60,0)
Liberdade	3	2	5	4 (80,0)	4 (100,0)
Pau da Lima	9	1	10	3 (30,0)	2 (66,6)
São Caetano/Valéria	4	7	11	8 (72,7)	1 (12,5)
Subúrbio Ferroviário	5	19	24	19 (79,2)	1 (5,3)
TOTAL	62	53	115	81 (70,0)	24 (29,6)

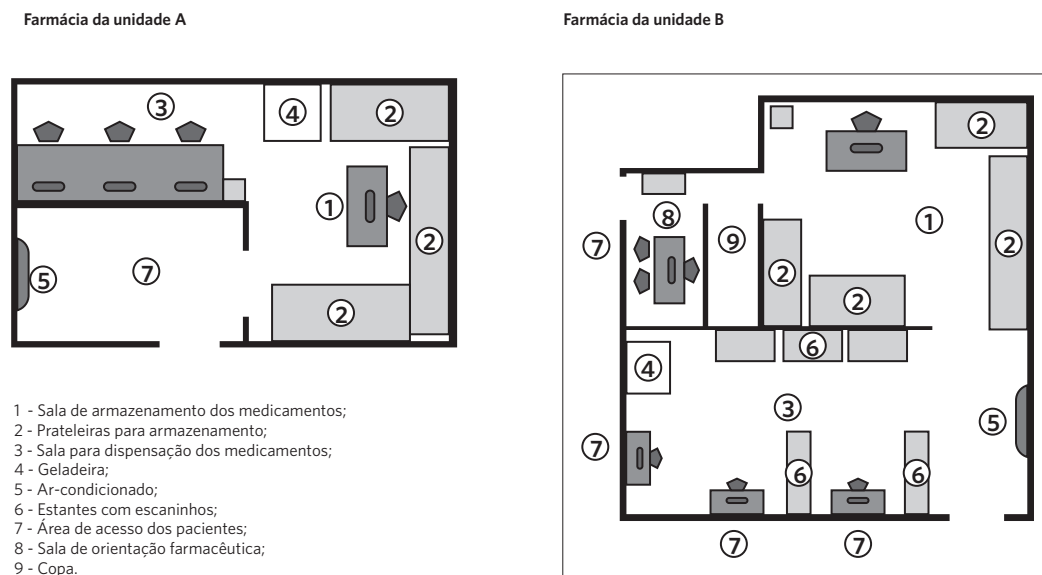
Fonte: Elaboração própria, com base em Salvador-SMS¹³.

As unidades de saúde onde o estudo foi realizado eram consideradas serviços de referência para atenção ao paciente com tuberculose nos respectivos distritos sanitários, no entanto, os programas de controle da doença nas duas unidades funcionavam de formas distintas. Na unidade A, verificou-se que, na fase inicial do tratamento, o paciente recebia o medicamento na sala do programa de controle da tuberculose, coordenado por enfermeiros, onde recebia orientações quanto ao tratamento e à dose supervisionada. Nos meses seguintes, o paciente se dirigia à farmácia para recebimento dos medicamentos, após a consulta com os profissionais de enfermagem. Na unidade B, os pacientes

tinham suas consultas agendadas com os médicos e com os enfermeiros e, posteriormente, eram atendidos pelos farmacêuticos para recebimento dos medicamentos e das devidas orientações.

Em relação às farmácias, destaca-se que a unidade A dispunha de um ambiente único para desenvolvimento de todas as atividades farmacêuticas, além da área para acesso dos pacientes aos guichês de dispensação. Diferentemente, a farmácia da unidade B era dividida em quatro ambientes: a sala de armazenamento de medicamentos, a área de dispensação de medicamentos, a sala de orientação farmacêutica e uma copa, além da área para acesso dos pacientes (*figura 1*).

Figura 1. Plantas das farmácias: Unidade A e Unidade B



Fonte: Elaboração própria.

No que diz respeito à dimensão técnico-gerencial, quanto ao processo de trabalho, observaram-se semelhanças entre as duas unidades, embora a unidade B tenha apresentado melhor desempenho. Em relação à estrutura, verificou-se que a unidade A apresentou deficiências nas instalações prediais, nos equipamentos e nos mobiliários, embora tenha sido reformada poucos meses antes da realização deste estudo (figura 2). Nessa unidade, observou-se a inexistência de espaços delimitados para o desenvolvimento das atividades de conferência, de armazenamento e de movimentação de estoque dos medicamentos. Um dos farmacêuticos da unidade A destacou que

há dificuldade em relação ao layout da farmácia, que apesar de ter sofrido reforma há pouco tempo, não ajudou porque não foi consultada a parte técnica, como deveria, para prestar o serviço.

Corroborando essa fala, o outro profissional farmacêutico da unidade salientou

consequências relacionadas com a inexistência de espaços, conforme descrito a seguir:

Estamos sem área de recebimento de medicamentos, sem almoxarifado, então todos os medicamentos que a gente recebe ficam aqui. Como temos que fazer a conferência antes de colocar junto com os medicamentos que já estavam, normalmente eu faço o possível para esvaziar as prateleiras, mas isso não resolve o problema, e coloco sempre no topo das prateleiras.

Na farmácia da unidade B, havia poucas deficiências quanto às instalações prediais, para o desenvolvimento dos serviços farmacêuticos técnico-gerenciais, visto que contava com os espaços adequados a essas atividades, ainda que com necessidades de reformas e de substituição de equipamentos e mobiliários (figura 2).

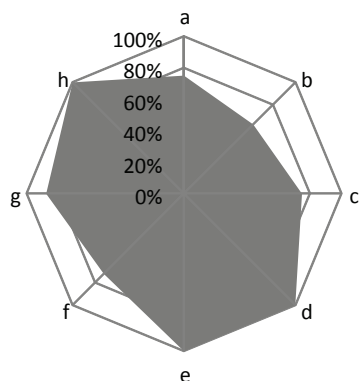
Em relação aos materiais técnicos e *software* para suporte ao serviço, as duas farmácias apresentaram realidades

semelhantes: ambas dispunham de grande parte dos materiais necessários para o desenvolvimento dos serviços. No que diz respeito aos recursos humanos, verificaram-se semelhanças entre as duas

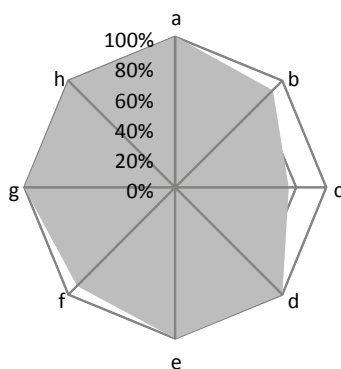
farmácias, tanto em relação à existência do profissional farmacêutico durante todo o horário de funcionamento como dos atendentes nos guichês em quantidades suficientes (*figura 2*).

Figura 2. Gráficos comparativos acerca da avaliação de estrutura e processo de trabalho na dimensão técnico-gerencial para o cuidado ao paciente com tuberculose nas farmácias das Unidades A e B

Unidade A



Unidade B



- a) Recursos organizacionais: instalações prediais
- b) Recursos materiais: equipamentos e mobiliários
- c) Recursos materiais: material técnico e software
- d) Recursos humanos
- e) Programação para solicitação de medicamentos
- f) Forma de organização dos medicamentos
- g) Registro e conferência de controle de estoque
- h) Relação do farmacêutico com os níveis da gestão

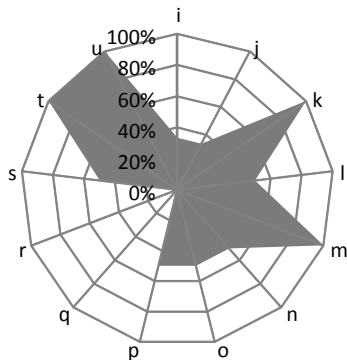
Fonte: Elaboração própria.

Em se tratando da dimensão técnico-assistencial, verificou-se, em relação à estrutura, que a farmácia da unidade A não contava com um espaço delimitado para realizar a dispensação e a orientação farmacêutica ao paciente com tuberculose, ao contrário da unidade B, que contava com uma sala específica para

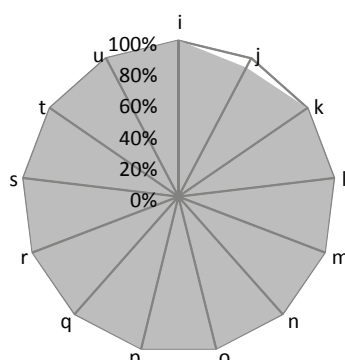
atendimento a esses pacientes. Destaca-se ainda que, diferentemente da unidade B, a unidade A não dispunha de todos os materiais educativos para os pacientes, apresentando, portanto, desempenho parcial em relação a esse critério (*figura 3*).

Figura 3. Gráficos comparativos acerca da avaliação de estrutura e processo de trabalho na dimensão técnico-assistencial para o cuidado ao paciente com tuberculose nas farmácias das Unidades A e B

Unidade A



Unidade B



- i) Recursos organizacionais: instalações prediais
- j) Recursos materiais: equipamentos e mobiliários
- k) Recursos materiais: material técnico e software
- l) Recursos materiais: material educativo para os pacientes
- m) Recursos humanos
- n) Entrega do medicamento ao paciente conforme prescrição
- o) Fornecimento de informações sobre o uso de medicamentos
- p) Fornecimento de informações sobre RAM e interações
- q) Realização de anamnese
- r) Registro e preenchimento do prontuário
- s) Intervenção farmacêutica
- t) Interação do profissional farmacêutico com os demais profissionais
- u) Relação do farmacêutico com os níveis da gestão

Fonte: Elaboração própria.

Quanto ao processo de trabalho na dimensão técnico-assistencial, observou-se que a entrega, o fornecimento de informações sobre o uso e possíveis reações adversas de medicamentos, a realização de anamnese e registro de preenchimento do prontuário e a intervenção farmacêutica eram desenvolvidos plenamente na unidade B, sendo pouco executados na unidade A. No presente estudo, verificou-se que os farmacêuticos da unidade B apresentavam autonomia para realizar intervenções farmacêuticas, quando necessário, ao contrário dos profissionais da unidade A (*figura 3*).

Em relação à interação/articulação dos farmacêuticos com os demais profissionais do serviço de cuidado ao paciente com tuberculose, verificou-se que, na unidade A, essa ação era pouco consolidada, diferentemente da unidade B, plenamente consolidada, pois os farmacêuticos participavam do planejamento de todas as atividades propostas para o desenvolvimento do programa. Quanto à relação desses profissionais com os níveis da gestão, observou-se que, nas duas unidades, os farmacêuticos mantinham boa comunicação com a gerência e com a coordenação do nível central da AF (*figura 3*).

Discussão

A rede de atenção básica do Município de Salvador, em relação ao cuidado ao paciente com tuberculose, está em desacordo com as diretrizes do PNCT¹, que preconizam que o cuidado ao paciente com tuberculose deve ser assegurado em 100% das unidades de APS, tendo em vista a ênfase na descentralização das medidas de controle da doença para esse nível de atenção à saúde. No município, cerca de um terço das unidades básicas não realizava uma das principais ações de controle da doença, que é a dispensação dos medicamentos. Além disso, entre as unidades que dispensavam medicamentos, a maioria não contava com profissionais farmacêuticos, os quais deveriam ser responsáveis por essa atividade, sendo bastante desigual a distribuição das unidades básicas que dispunham desses profissionais entre os distritos sanitários.

Diante disso, faz-se necessário estabelecer a relação dos serviços farmacêuticos com a APS, reconhecendo que suas ações devem ser desenvolvidas pelo profissional farmacêutico incorporado à equipe de saúde com vistas

à melhoria da qualidade de vida da população². Destaca-se que o farmacêutico é capaz de conhecer as atividades que compõem a AF, de deter e de disponibilizar informações técnicas sobre os medicamentos, de aconselhar pacientes, além de constituir a interface entre a prescrição e a dispensação dos medicamentos¹⁴. Para uma efetiva prática na APS, esse profissional deve conhecer o território em que atua, observando-se a população a que atende, bem como as suas características, no sentido de desenvolver todos os serviços farmacêuticos necessários para a otimização de uma farmacoterapia com corresponsabilidade¹⁵, estabelecendo diálogos com o paciente e com demais profissionais envolvidos no cuidado, especialmente com os pacientes com tuberculose.

Em relação às unidades de saúde avaliadas, observaram-se realidades distintas no desenvolvimento das atividades farmacêuticas, sendo constatadas deficiências na farmácia da unidade A, que não atendeu plenamente aos critérios estabelecidos, ao contrário da farmácia da unidade B, que apresentou consolidação dos serviços farmacêuticos, cumprindo os critérios estabelecidos em sua quase totalidade.

Na avaliação dos critérios relacionados com a dimensão técnico-gerencial, as deficiências na estrutura na unidade A em maior proporção que na unidade B podem ter sido fatores determinantes para uma menor execução de atividades como organização e controle de estoque dos medicamentos. A estocagem dos medicamentos tem como objetivo assegurar a qualidade destes, por meio de condições ambientais adequadas e do controle de estoque, de forma a garantir sua disponibilidade nas farmácias para os usuários¹⁶. A ausência de espaços adequados interfere no controle eficiente dos medicamentos, podendo acarretar problemas, como falta ou perdas por validade expirada.

Verificou-se que, em relação aos recursos materiais, tais como equipamentos e mobiliários, a unidade A apresentou mais deficiências em relação à unidade B. De acordo com

Moura, Cunha, Fonseca et al.¹⁷, os equipamentos e mobiliários se inserem na estrutura necessária para propiciar a prestação dos serviços de saúde, os quais devem estar adequados para o conjunto de ações propostas, em que se incluem as ações de AF.

Quanto ao processo de trabalho na dimensão técnico-gerencial, o desempenho da unidade B foi melhor do que da unidade A no que diz respeito a todas as atividades: programação, aquisição, organização e controle de estoque dos medicamentos. Canabarro e Hahn¹⁸ reforçam a necessidade de assegurar a qualidade dos medicamentos por meio das boas práticas de aquisição, armazenamento, conservação e dispensação, mediante incorporação do farmacêutico na equipe multidisciplinar da APS. Ressalta-se que, nas duas unidades avaliadas, contava-se com a presença de farmacêuticos, que realizavam os serviços farmacêuticos técnico-gerenciais. No entanto, a unidade A apresentava dificuldades para o seu desenvolvimento, provavelmente em decorrência da deficiência de estrutura e espaço.

Ao analisar os critérios relacionados com a dimensão técnico-assistencial, observou-se que a ausência de espaços reservados para a dispensação, para a orientação e para a intervenção farmacêutica na unidade A, provavelmente, contribuiu para o baixo desempenho das atividades. Realidade contrária foi evidenciada na farmácia da unidade B. De acordo com as Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do SUS⁸, o espaço físico para dispensação deve ter os equipamentos e mobiliários necessários para assegurar a logística, o fluxo de trabalho, bem como a capacidade de atendimento do serviço; ademais, o espaço destinado à orientação farmacêutica deve ser reservado, de forma que permita diálogo entre o paciente e o profissional, favorecendo o cuidado ao usuário.

A dispensação de medicamentos é compreendida como processo informativo referente ao tratamento, ao acompanhamento e à avaliação farmacoterapêutica da prescrição, requerendo, portanto, a presença do

profissional farmacêutico, com o propósito de se aproximar das necessidades dos usuários, não se restringindo apenas à simples entrega de medicamentos, mas, sim, à promoção da sua utilização adequada^{3,19}. Alencar e Nascimento¹⁶ ressaltam a dispensação de medicamentos como a atividade que encerra a relação do usuário com a unidade de saúde após o atendimento clínico, constituindo-se em uma oportunidade de efetivar a adequada orientação em relação à prescrição, reduzindo, portanto, riscos ou falhas relacionadas com a terapêutica medicamentosa. Na farmácia da unidade B, foi possível observar o desenvolvimento dessas atividades, bem como os resultados positivos obtidos com os pacientes. As dificuldades observadas na farmácia da unidade A em relação à dispensação dos medicamentos podem ser reforçadas por Leite, Bernardo, Álvares et al.¹⁹ quando destacam que há forte limitação para o desenvolvimento dessa atividade como um serviço de saúde pelas deficiências de organização e estruturação dos serviços farmacêuticos, acentuadas pelo modelo focado na gestão do estoque de medicamentos.

A intervenção farmacêutica corresponde ao ato planejado, documentado e realizado com o usuário, com o objetivo de prevenir os erros de prescrição e de administração dos medicamentos. Dessa forma, o farmacêutico tem um papel fundamental na garantia da farmacoterapia adequada, buscando resultados terapêuticos seguros e minimizando os resultados desfavoráveis²⁰⁻²². Nesse cenário, a troca de informações entre os profissionais da equipe de saúde mostra-se fundamental para a promoção do uso seguro dos medicamentos²³. No presente estudo, verificou-se que os farmacêuticos da unidade A tinham pouca autonomia para realizar intervenções farmacêuticas, quando necessário, ao contrário dos farmacêuticos da unidade B que, com autonomia plena, realizavam total acompanhamento dos pacientes com tuberculose, demonstrando reconhecimento diante da equipe de saúde do seu papel nesse cuidado.

Conclusões

Tendo em vista os aspectos observados neste estudo, conclui-se que a estrutura física adequada na farmácia das unidades de saúde, a disponibilidade de recursos materiais e humanos, com autonomia do profissional farmacêutico para o cuidado ao paciente com tuberculose, estabelecida por intermédio de uma boa relação com os profissionais envolvidos nesse cuidado, favorecem a consolidação e o desenvolvimento dos serviços farmacêuticos. Portanto, por meio de serviços farmacêuticos consolidados, é possível promover o efetivo cuidado ao paciente com tuberculose, na utilização adequada dos medicamentos, estabelecendo-se o fortalecimento da relação farmacêutico-paciente e consequente ampliação da adesão terapêutica.

Considerando-se os resultados obtidos, recomenda-se a ampliação e melhor organização dos serviços farmacêuticos para o cuidado ao paciente com tuberculose na rede de atenção primária do município de Salvador, tendo em vista que é possível desenvolver efetivamente esses serviços, como verificado em uma das unidades estudadas. Essa unidade pode servir como referência para as demais unidades da rede, mediante apoio da Coordenação Municipal de Assistência Farmacêutica.

Como limitações do estudo, destaca-se que a análise do processo de trabalho não foi contemplada no roteiro de observação sistemática. No entanto, os dados obtidos nas entrevistas realizadas com os farmacêuticos foram confrontados com aqueles obtidos nas entrevistas dos gerentes e usuários, contemplando assim esta análise.

Este estudo evidenciou a importância do farmacêutico no cuidado ao paciente com tuberculose. Assim, seus resultados podem contribuir para organização da AF na APS ao estabelecer critérios e padrões para avaliação dos serviços farmacêuticos no SUS. Ressalta-se como potencialidade o instrumento elaborado para nortear a avaliação, o qual poderá servir como modelo para a gestão e para a

assistência, bem como para novos estudos de avaliação na área de AF na APS.

Colaboradores

Rodrigues FF e Aquino R foram responsáveis

pela concepção, planejamento, análise, interpretação dos dados, elaboração do rascunho, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. Medina MG foi responsável pela elaboração do rascunho, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil [internet]. Brasília, DF: MS; 2011 [acesso em 2014 mar 21]. Disponível em: http://bvs.ms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil.pdf.
2. Pereira NC, Luiza VL, Cruz MM. Serviços farmacêuticos na atenção primária no município do Rio de Janeiro: um estudo de avaliabilidade. *Saúde debate*. 2015 abr-jun; 39(105):451-468.
3. Barreto JL, Guimarães MCL. Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2010 jun; 26(6):1207-1220.
4. Oliveira LCF, Assis MMA, Barboni AR. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2010; 15(supl.3):3561-3567.
5. Vieira FS. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Pública*. 2010; 27(2):149-156.
6. Araújo ALA, Pereira LRL, Ueta JM, et al. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2008; 13(supl):611-617.
7. Leite SN, Manzini F, Álvares J, et al. Infraestrutura das farmácias da atenção básica no Sistema Único de Saúde: Análise dos dados da PNAUM-Serviços. *Rev Saúde Pública*. 2017; 51(supl):2:13.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos [internet]. Brasília, DF: MS; 2009 [acesso em 2014 mar 21]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=435-diretrizes-para-estruturacao-farmacias-no-ambito-do-sistema-unico-saude-5&category_slug=assistencia-farmacutica-958&Itemid=965.
9. Alencar TOS, Nascimento MAA, Alencar BR. Assistência Farmacêutica no SUS: articulando sujeitos, saberes e práticas. Feira de Santana: UEFS; 2011.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Planejar é preciso: uma proposta para aplicação à Assistência Farmacêutica. 1. ed. Série B. Textos básicos de saúde [internet]. Brasília, DF: MS; 2006 [acesso em 2013 maio 25]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/06_1143_M.pdf.
11. Correia ARF, Mota DM, Arrais PSD, et.al. Definição de Indicadores para Avaliação da Assistência Farmacêutica na Rede Pública de Fortaleza-Ceará (Brasil) baseada em Métodos de Consenso. *Latim American J Pharmacy*. 2009; 28(3):366-374.
12. Souza LEPP, Vieira-da-Silva LM, Hartz ZMA. Conferencia de consenso sobre la imagen-objetivo de la descentralización de la atención de la salud en Brasil. In: Hartz ZMA, Vieira-da-Silva LM. *Evaluación em Salud: de los modelos teóricos a La práctica em La evaluación de programas y sistemas de salud*. 1. ed. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.
13. Salvador. Secretaria municipal de saúde. Tabnet – Salvador [internet]. Salvador: SMS; 2013 [acesso em 2013 abr 29]. Disponível em: <http://www.tabnet.saude.salvador.ba.gov.br/deftohtm.exe?sinannet/notindivinet.def>.
14. Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Conselho Federal de Farmácia. O papel do farmacêutico no sistema de atenção à saúde. In: *Relatório do Grupo Consultivo da OMS; 1988 dez 13-16*. Nova Délhi: OMS; 1988 [acesso em 2013 maio 20]. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3598/PapelFarmaceutico.pdf?sequence=1>.
15. Organización Panamericana de la Salud. *Servicios farmacêuticos basados en la atención primaria de salud*. Documento de posición de la OPS/OMS. Washington: OPAS; 2013.
16. Alencar TOS, Nascimento MAA. Assistência Farmacêutica no Programa Saúde da Família: encontros e desencontros do processo de organização. *Ciênc Saúde de Colet*. 2011; 16(9):3939-3949.
17. Moura BLA, Cunha RC, Fonseca ACF, et.al. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2010 nov; 10(supl.1):S69-S81.
18. Canabarro IM, Hahn S. Panorama da Assistência Farmacêutica na Saúde da Família em município do interior do Estado do Rio Grande do Sul. *Epidemiol Serv Saúde*. 2009 out-dez; 18(4):345-355.
19. Leite SN, Bernardo NLMC, Álvares J, et al. Serviço de dispensação de medicamentos na atenção básica no SUS. *Rev Saúde Pública*. 2017; 51(supl):2-11.
20. Castro MS, Chemello C, Pilger D, et al. Contribuição da atenção farmacêutica no tratamento de pacientes hipertensos. *Rev Bras Hipertens*. 2006; 13(3):198-202.
21. Nunes PHC, Pereira BMG, Nominato JCS, et al. Intervenção farmacêutica e prevenção de eventos adversos. *Rev Bras Ciênc Farm*. 2008 out-dez; 44(4):691-699.
22. Ribeiro VF, Sapucaia KCG, Aragão LAO, et.al. Realização de intervenções farmacêuticas por meio de uma experiência em farmácia clínica. *Rev Bras Farm Hosp Serv Saúde*. 2015 out-dez; 6(4):18-22.
23. Araújo PS, Costa EA, Guerra Junior AA, et al. Atividades farmacêuticas de natureza clínica na atenção básica no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2017; 51(supl):2:6.

Recebido em 16/07/2017

Aprovado em 23/09/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Limites do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): em foco, a gestão do trabalho e a educação na saúde

Limits of the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care (PMAQ-AB): on focus, work management and health education

Merielly Mariano Bezerra¹, Katia Rejane de Medeiros²

DOI: 10.1590/0103-110420185213

RESUMO O artigo analisa os limites das subdimensões propostas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) para avaliação externa das equipes de Atenção Básica, a partir das diretrizes e dos princípios do campo Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (GTES). Realizou-se um estudo descritivo, com abordagem qualitativa e análise documental sobre o PMAQ-AB, elegendo-se o instrumento de avaliação externa e publicações do Ministério da Saúde relacionadas à política de GTES, no período de 2011 a 2014. Constatou-se que o instrumento de avaliação do PMAQ-AB converge com a política de GTES nos aspectos da precarização do trabalho e da valorização do trabalhador, porém, o instrumento não explora a negociação do trabalho e a saúde do trabalhador. Sua concepção de Educação Permanente em Saúde (EPS) é limitada, embora apresente potencialidades quando investiga a relação das ações de EPS ofertadas e as necessidades das equipes e ao retratar a integração ensino-serviço como um padrão de qualidade. Afirma-se que há necessidade de aprimoramento dos instrumentos do PMAQ-AB para o fortalecimento das diretrizes e dos princípios das políticas do GTES para o Sistema Único de Saúde (SUS), contudo, assume-se que o Programa tem potencial de geração de informações para o sistema de saúde.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Avaliação em saúde. Gestão em saúde. Recursos humanos em saúde.

ABSTRACT *The article analyzes the limits of the sub-dimensions proposed by the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care (PMAQ-AB) for the external evaluation of the Primary Care teams, based on the guidelines and principles of the field of Work Management and Health Education (GTES). A descriptive study, with a qualitative approach and documentary analysis on the PMAQ-AB was carried out, and the external evaluation instrument and publications of the Ministry of Health related to the policy of the GTES were selected, from 2011 to 2014. It was observed that the evaluation instrument of the PMAQ-AB converges with the GTES policy in the aspects of work precarization and worker valorization, however, the instrument does not exploit work negotiation and worker health. Its conception of Permanent*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Aggeu Magalhães - Recife (PE), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2407-9425>
meriellybezerra@hotmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Aggeu Magalhães - Recife (PE), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7518-4137>
kmedeiros@cpqam.fiocruz.br



Health Education (EPS) is limited, although it presents potentialities when it investigates the relation of the EPS actions offered and the needs of the teams and when portraying the teaching-service integration as a quality standard. It is stated that there is a need to improve the PMAQ-AB instruments in order to strengthen the guidelines and principles of the policies of the GATES for Unified Health System (SUS), however, it is assumed that the Program has the potential of generating information for the health system.

KEYWORDS *Primary Health Care. Health evaluation. Health management. Health manpower.*

Introdução

No Brasil, no campo das políticas públicas, o status de autonomia dos estados e municípios na federação exige da União capacidade de induzir políticas e de implementar medidas de monitoramento e avaliação de seus entes. Pelas especificidades e tendência de mudanças no setor saúde, tais imposições são ainda mais relevantes¹. Reconhecendo a necessidade de institucionalização da avaliação em saúde, o Ministério da Saúde (MS), com a Portaria nº 1.654, estabeleceu o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que, além de buscar garantir um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, dando maior transparência e efetividade às ações de governo direcionadas a esse nível de atenção, também possibilita incentivo financeiro, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica (PAB).

Com quatro fases distintas, que se complementam e conformam num ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade, o PMAQ-AB é iniciado com: 1) processo de adesão e contratualização de indicadores entre as equipes de saúde e os gestores; 2) fase de desenvolvimento, que envolve as ações a serem realizadas para promover movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado; 3) avaliação externa, quando realiza-se um conjunto de ações para

averiguar as condições de acesso e de qualidade dos participantes; e, por último, 4) o processo de reconstrução das equipes e dos gestores, com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático, a partir dos resultados alcançados pelos participantes do Programa²⁻⁴.

É pertinente ponderar os aspectos macropolíticos do PMAQ-AB, quais sejam: um modelo de avaliação de desempenho que propõe mensurar efeitos da política de saúde, visando a vincular o resultado da avaliação de desempenho das equipes a repasses de recursos financeiros para o gestor municipal e, conseqüentemente, mobilizar a tomada de decisão para promoção da melhoria da qualidade e do acesso^(3,5,6).

Deve-se considerar a forma de avaliação de desempenho nele proposta, que contempla os trabalhadores entrevistados pelo programa, que são representantes de suas respectivas equipes.

Sobre os aspectos que envolvem a abordagem metodológica do PMAQ-AB, há várias opiniões. Fausto et al.⁶ apontam que o Programa se aproxima de um tipo de avaliação colaborativa e construtivista, onde partes interessadas no processo, ainda que não compartilhem das mesmas intenções e projetos, possibilitam reconhecer e incorporar a avaliação de questões e preocupações de consenso, conferindo maior pertinência e

tornando mais real a permeabilidade do processo frente às responsabilidades assumidas pelos atores interessados.

Contudo, o caráter competitivo do Programa está explícito em seu modo de configuração do pagamento do componente de qualidade do PAB variável, fundo a fundo, em função do desempenho obtido pelas equipes da Atenção Básica (AB), embora, a priori, o PMAQ-AB não preveja um sistema de recompensas que alcance diretamente o trabalhador da equipe de AB. Pode-se dizer que a forma de concorrência estabelecida no Programa é entre equipes. Logo, denota-se a possibilidade de pressão e cobrança exercida pelos pares, entre os trabalhadores, uma vez que o desempenho individual de um trabalhador pode comprometer o resultado final de toda a equipe⁷.

Como uma estratégia nacional de avaliação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o PMAQ-AB está organizado através de dimensões estratégicas de um conjunto de padrões de qualidade esperados para: estrutura, processos e resultados⁸, refletindo, portanto, características relacionadas aos programas e às políticas do Sistema Único de Saúde (SUS). Logo, afirma-se que o Programa deve se pautar nos princípios e diretrizes das várias políticas do SUS.

Nessa perspectiva, Pinto, Sousa e Ferla⁹ consideram que o PMAQ-AB é, entre as diversas medidas que conformam a PNAB, aquela que a sintetiza melhor, pois se articula com diversas iniciativas, estabelecendo com elas uma relação de síntese e sinergia.

Sabe-se que as formas e as condições de trabalho, bem como os processos de formação e qualificação profissional são dimensões que interferem diariamente no modo como os trabalhadores desenvolvem a produção do cuidado em saúde, e, por isso, devem ser consideradas transversais e norteadoras da AB. A exploração e a disponibilidade de dados contidos nos instrumentos do PMAQ-AB colocam-se, então, como oportunas frente à

necessidade de avaliar tais dimensões na AB.

Reconhecendo a potencialidade de análise do campo do trabalho e da educação na saúde através do PMAQ-AB, Seidl et al.¹⁰ indicam que existe uma aproximação do cenário da gestão do trabalho nas equipes participantes do PMAQ-AB no que se refere aos aspectos de qualificação, educação permanente, contratação, vínculo e carreira. Com argumentos semelhantes, Rizzotto et al.¹¹ analisaram os dados do PMAQ-AB sobre a gestão do trabalho e da educação na saúde no estado do Paraná e evidenciam a necessidade de priorização de ações voltadas ao fortalecimento de políticas mais efetivas nesse campo no âmbito da gestão da AB do SUS.

Contudo, sobressai a necessidade de refletir sobre a estrutura propositiva do instrumento PMAQ-AB e de identificar seus limites críticos. Apoiando-se nessa premissa, neste artigo, analisam-se as subdimensões propostas pelo PMAQ-AB frente às diretrizes e aos princípios da política de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (GTES).

Material e métodos

Fez-se um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, adotando-se análise documental¹². Analisaram-se documentos que normatizam e regulamentam o PMAQ-AB, que se encontram em domínio público irretirado, selecionados no *site* http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php; e publicações do MS relacionadas à política de GTES. Selecionaram-se documentos de 2011 a 2014, justificados pelo fato de ser de 2011 a instituição do PMAQ-AB, e 2014 o ano de realização da avaliação externa do segundo ciclo, com a respectiva disponibilização pública dos dados, os quais foram o instrumento de análise. Foram examinados 04 documentos (02 manuais e 02 instrumentos de avaliação externa) do PMAQ-AB e 10 portarias, descritos no *quadro 1*.

Quadro 1. Distribuição dos documentos relacionados ao PMAQ-AB analisados

ANO	PUBLICAÇÃO
2011	Portaria Nº 1.654, de 19 de julho – Institui, no âmbito do SUS, o PMAQ-AB e o seu Incentivo Financeiro, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável.
2011	Portaria Nº 576, de 19 de setembro – Estabelece novas regras para a Carga Horária Semanal (CHS) dos profissionais médicos, enfermeiros e cirurgião-dentista.
2011	Portaria Nº 2.812, de 29 de novembro – Homologa a adesão dos Municípios e das respectivas equipes de Atenção Básica ao PMAQ-AB.
2011	Portaria Nº 225, de 10 de fevereiro – Homologa a adesão dos Municípios e das respectivas equipes de Atenção Básica ao PMAQ-AB.
2011	Portaria Nº 644, de 10 de abril – Homologa a adesão dos Municípios e das respectivas Equipes de Atenção Básica ao PMAQ-AB.
2011	Portaria Nº 1.089, de 28 de maio – Define o valor mensal integral do incentivo financeiro do PMAQ-AB, denominado como Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável).
2012	Documento – Manual Instrutivo – SAÚDE MAIS PERTO DE VOCÊ – ACESSO E QUALIDADE – PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ).
2012	Documento – Instrumento de Avaliação Externa – ACESSO E QUALIDADE – PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ).
2013	Portaria Nº 261, de 21 de fevereiro – Institui, no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal, o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) e o Incentivo Financeiro (PMAQ-CEO), denominado Componente de Qualidade da Atenção Especializada em Saúde Bucal.
2013	Portaria Nº 283, de 28 de fevereiro – Autoriza o repasse do incentivo financeiro do PMAQ-AB, denominado como Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável.
2013	Portaria Nº 635, de 17 de abril – Homologa a adesão dos Municípios ao segundo ciclo do PMAQ.
2013	Documento – Instrumento de Avaliação Externa – Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica (Saúde da Família e Equipe Parametrizada).
2013	Documento – Manual Instrutivo – SAÚDE MAIS PERTO DE VOCÊ – ACESSO E QUALIDADE – PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ) – (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF.
2014	Portaria Nº 2.666, de 4 de dezembro – Autoriza o repasse do incentivo financeiro do PMAQ-AB, denominado como Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável.

Fonte: Elaborada própria.

Na análise documental, buscou-se identificar os seguintes aspectos: as dimensões representativas da Gestão do Trabalho e da Educação na saúde, propostas na avaliação externa das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) pelo PMAQ-AB no seu segundo ciclo, para posterior composição de categorias de análise.

O processo de avaliação externa do PMAQ-AB (técnica de entrevista), no segundo ciclo do Programa, teve o instrumento de coleta, dividido em três módulos: Módulo I – Observação na Unidade Básica de Saúde (UBS), cujas questões foram direcionadas para a realização do censo de infraestrutura

da unidade de saúde; Módulo II – Entrevista com profissional de saúde de nível superior sobre processo de trabalho da equipe de AB e verificação de documentos da UBS; Módulo III – Entrevista com o usuário na UBS sobre satisfação e condições de acesso e utilização de serviços de saúde⁴. Esse instrumento é composto por 893 padrões de qualidade, que refletem necessidades de informações acerca da PNAB para subsidiar a formulação e/ou os aprimoramentos das políticas e dos programas relacionados, além da certificação das equipes participantes do PMAQ-AB^{4,8}. Sendo, portanto, o documento eleito para a análise realizada neste estudo.

No que concerne a princípios e diretrizes da GTES, no instrumento (Módulo II), identificaram-se 55 padrões de qualidade relacionados. São as subdimensões: informações sobre o entrevistado, formação e

qualificação dos profissionais da equipe de atenção básica, vínculo, plano de carreira e educação permanente do processo de qualificação das ações desenvolvidas (*quadro 2*).

Quadro 2. Distribuição do número de variáveis selecionadas para estudo, segundo as subdimensões do Módulo II, estabelecidas pelo instrumento de coleta da avaliação externa no segundo ciclo do PMAQ-AB.

SUBDIMENSÃO	NÚMERO DE VARIÁVEIS (PADRÕES DE QUALIDADE)
3 - Informações sobre o entrevistado	02
4 - Formação e qualificação dos profissionais da equipe de atenção básica	32
5 - Vínculo	03
6 - Plano de carreira	05
7 - Educação permanente do processo de qualificação das ações desenvolvidas	12

Fonte: Elaborada própria.

A composição de categorias de análise considerou as dimensões representativas da GTES: Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS), princípios e diretrizes, as diretrizes operacionais do Pacto de Gestão/Pacto pela Saúde, as diretrizes e os itens da Agenda da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), todas selecionadas para análise, por serem basilares para a política. Assim, chegou-se às seguintes categorias: Precarização do trabalho; Valorização e Negociação; Educação Permanente; Relação da AB com Instituições de Ensino.

Salienta-se que o artigo integra parte dos resultados da pesquisa multicêntrica 'A Política de Educação Permanente para trabalhadores da ESF em Pernambuco, Rio de Janeiro e Bahia: a análise dos trabalhadores e gestores', apoiada pelo edital PPSUS – Pernambuco (CNPq/MS/SES/Fapepe – 10/2017) e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, sob o nº 70465917.2.0000.5190.

As subdimensões do instrumento PMAQ-AB e as diretrizes e os princípios da política de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde: limites críticos

Já destacada a centralidade GTES como eixo estruturante do SUS e considerando que essas questões relacionadas às equipes de AB carecem de maior aprofundamento, buscou-se discuti-las a partir das categorias de análise propostas.

Precarização do trabalho

O instrumento de avaliação externa do PMAQ-AB permite uma análise de dados relacionados à precarização do trabalho na AB. A partir de informações relacionadas ao vínculo (subdimensão II), pode-se obter: agente contratante, tipo de vínculo e forma de ingresso no serviço público, que possibilita apontar certo cenário de terceirização e flexibilização da força de trabalho nessa área.

A questão relativa à precarização do trabalho se constitui como preocupação e objeto de pesquisas de diversos campos do conhecimento, bem como tema presente na agenda de diversos atores sociais e órgãos governamentais nacionais e internacionais¹³⁻¹⁶. Na saúde, o tema tem sido apontado como um desafio no SUS^{10,11,13,14}. Neste sentido, resalta-se como relevante a oportunidade de análise do problema a partir do PMAQ-AB.

Consoante às reflexões, é importante a compreensão da abrangência da noção de trabalho precário no SUS, que se caracteriza pela ausência de proteção social do trabalho, havendo perdas de direitos que são assegurados constitucionalmente, onde outras questões podem se encontrar nessa conceituação, tais como baixos salários, condições inadequadas de trabalho e excesso de jornada de trabalho¹⁷. Tais fatores caracterizam a fragilidade dos direitos trabalhistas, são condicionantes de estresse e, conseqüentemente, influenciam a qualidade dos serviços prestados aos usuários¹⁸.

Para o MS, semelhante à compreensão das entidades sindicais, o trabalho precário é aquele realizado sem a proteção social do trabalhador e engloba todo trabalho realizado sem concurso público. O Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems) defendem a flexibilização do trabalho em algumas situações. Para esses coletivos, o trabalho precário relaciona-se aos vínculos de trabalho no SUS que não garantem os direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, seja por meio de vínculo direto ou indireto¹⁹.

Voltando para o instrumento do PMAQ-AB, há identificação do agente contratante do profissional. Isso possibilita a verificação da existência de diferentes formas de gestão na contratação dos profissionais da AB, através de dados: administração direta, consórcio intermunicipal (de direito público e/ou de direito privado), fundação pública (de direito público e/ou de direito privado), Organizações

sociais (OS), Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip), entidade filantrópica, Organização não Governamental (ONG), empresa, cooperativa ou outros.

Soma-se a isso o reconhecimento da forma de ingresso e do tipo de vínculo dos profissionais, indicativas de prerrogativas ao trabalho no SUS, que se apresentam como potencialidades de análise do Programa para área da gestão do trabalho.

Tais aspectos apontam para sinais da flexibilização do trabalho, mas não representam necessariamente a caracterização da situação de alcance da proteção aos direitos trabalhistas e previdenciários na AB, tendo em vista que a contratação pela administração direta não é suficiente para analisar a maior ou menor flexibilização das relações de trabalho, posto que não garante as formas mais protegidas de vínculo¹⁰.

De modo geral, o tema da precarização do trabalho costuma ser discutido em conjunto com a flexibilização das leis trabalhistas. No caso do SUS, incluindo a AB, a precarização dos vínculos e da regulação das relações de trabalho tem algumas particularidades, tendo em vista a desestruturação do aparato de Estado e de suas carreiras ocorrida nas últimas décadas e dos constrangimentos impostos pelo contexto de restrição fiscal¹⁵.

A flexibilidade, traduzida pelo redesenho da relação entre o público e o privado, na área da saúde, tem assumido conformações várias: modificações na estrutura jurídico-administrativa de unidades prestadoras de serviço de saúde e terceirizações de atividades relativas à gestão¹.

O Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS), proposto pelo MS, reflete uma estratégia de enfrentamento objetivando implantar uma política de valorização do trabalhador. Foi uma parceria dos gestores estaduais, municipais e representantes de entidades sindicais¹⁵.

Considerando-se o DesprecarizaSUS e sua descentralização de ações nas esferas, cabe indagar se há uma real interferência do MS

nos casos em que o resultado do PMAQ-AB aponte para descumprimento das formas adequadas de contratação dos trabalhadores das equipes e se são adotadas medidas, pois sabe-se que o problema repercute diretamente na proteção social ao trabalhador.

Valorização e negociação do trabalho

O PMAQ-AB favorece uma análise da valorização do trabalhador quando aborda o Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS). Nas diretrizes fixadas na NOB/RH-SUS, o PCCS é considerado um instrumento de ordenação do trabalho, devendo ser incorporado em cada nível de gestão do SUS¹⁵.

Como instrumento de gestão do trabalho, o PCCS propõe valorizar o trabalhador através de um conjunto de normas que orienta e disciplina a trajetória do trabalhador em sua carreira, com a respectiva remuneração, favorecendo a qualificação profissional^{15,20}.

Nessa dimensão, para além da disposição de PCCS, o PMAQ-AB questiona os critérios de progressão: por antiguidade, avaliação de desempenho e/ou desenvolvimento (mérito) e por titulação/formação profissional. Essas questões possuem pertinência e dialogam com as proposições das diretrizes nacionais para a instituição de PCCS-SUS.

Apesar de a discussão do PCCS-SUS não ser recente, é atual frente à necessidade de consolidar essa estratégia, sendo discutida na maioria dos municípios no âmbito do SUS. Essa realidade é motivada pela existência de trabalhadores de saúde que, em sua grande maioria, desenvolvem atividades em nível precário, com irregularidades trabalhistas que vão desde a contratação temporária até a falta de uma política salarial definida¹⁰.

Em 2004, o MS iniciou a discussão sobre a necessidade de elaboração de diretrizes para subsidiar a elaboração dos PCCS dos trabalhadores do SUS nas três esferas, com o pressuposto de construir carreiras semelhantes no âmbito dos sistemas, respeitando-se as especificidades regionais¹¹.

Em 2006, a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS) estabeleceu as Diretrizes Nacionais para a instituição de planos (DNPCCS-SUS) e definiu princípios, servindo de referência para a análise dos PCCS: universalidade dos planos; equivalência dos cargos ou empregos; concurso público como única forma de ingresso; mobilidade; flexibilidade; gestão partilhada de carreira como garantia de participação dos trabalhadores; carreira como instrumento de gestão; educação permanente; avaliação do desempenho; e compromisso solidário, em prol da qualidade dos serviços, do profissionalismo e da adequação técnica do profissional às necessidades do serviço de saúde¹⁸.

Apesar de propor ações de sensibilização entre os gestores, com vista à elaboração e à implantação de uma nova política de recursos humanos, a implantação DNPCCS-SUS, em muitos municípios, esbarrou em questões como impacto financeiro e restrições impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal¹⁰.

É possível identificar, ainda, como estímulo à implantação do PCCS pelo MS, o lançamento do tema Carreira: Planos de Cargos, Carreiras e Salários no edital para o projeto InovaSUS-Carreira, em 2012. Na oportunidade, foram premiadas 12 iniciativas. O objetivo era de valorizar as propostas de planos estabelecidas pelos sistemas locais, mas também impulsionar novas proposições^{19,21}.

Outro ponto a ser destacado, no PMAQ-AB, são as formas de incentivo, gratificação ou prêmio financeiro por desempenho. Todavia, esses pontos apresentam apenas um panorama geral, sem possibilitar a análise das características e dos critérios que embasaram os possíveis programas/ações de incentivos financeiros que possam estar sendo implantados e desenvolvidos na AB.

Pode-se indicar que o PMAQ-AB tem a capacidade de revelar pontos sobre a valorização dos profissionais, a partir da incorporação do PCCS e de outras formas de incentivo, gratificação ou prêmio financeiro por desempenho. Mas o Programa não

dispôs da mesma potencialidade quando se trata da adoção de formas de negociação do trabalho no SUS. Na análise dos documentos relacionados ao Programa, nota-se total ausência do olhar para questões relacionadas à negociação do trabalho.

Entendendo a complexidade e a dinâmica das relações de trabalho, particularmente delineadas na saúde, e a necessidade de buscarem-se alternativas compartilhadas entre gestores, trabalhadores e controle social, cabe ressaltar aqui a importância da negociação do trabalho como uma das pautas prioritárias da Gestão do Trabalho em Saúde (GTS).

A negociação do trabalho em saúde pode ser compreendida como diálogo político, e, como tal, é parte integrante dos processos de tomada de decisão, contribuindo para o desenvolvimento ou a implementação de mudanças de políticas de gestão do trabalho no SUS²². Representa, também, uma forma direta, flexível e rápida de resolver conflitos coletivos²³.

As ações da gestão local nos serviços do SUS têm reflexos diretos sobre as relações de trabalho porque abrem ou emperram as ações do trabalhador de saúde como sujeito e protagonista no desenrolar de suas atividades. Dito de outro modo, o processo de sindicalização, os patamares de organização dos trabalhadores e, sobretudo, a criação de espaços de negociação para o debate de suas reivindicações dependem também das margens para ação ampliadas ou restritas pelos modelos de gestão²¹.

Nesse movimento, a negociação coletiva no SUS se apresenta com instrumento de gestão impulsionado pelo Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS), processo alçado como ponto de pauta da agenda da SGTES após a reativação da MNPP, que objetivou garantir um espaço democrático, institucional e paritário para a negociação no âmbito das questões do trabalho no SUS²².

O MS afirma, em diversos documentos oficiais, a mesa de negociação como ferramenta de gestão, capaz de intervir de maneira

positiva na efetividade dos serviços prestados aos usuários, pois busca a mediação dos conflitos e a resolução dos problemas do cotidiano do trabalho no SUS. Para tanto, estrutura-se como um fórum, nos três âmbitos, baseado nos princípios constitucionais da legalidade, publicidade e liberdade sindical, reunindo gestores, prestadores de serviços e entidades sindicais representativas dos trabalhadores da saúde. O processo de negociação permanente é essencial para o sucesso da política de GTS, estando pautado na NOB-RH^{15,19,21}.

Por não abordar a negociação em seus documentos, o PMAQ-AB apresenta limites, parecendo não considerar a inserção do trabalhador em sindicatos ou outros espaços de negociação coletiva, talvez por verificar apenas o desempenho do profissional na sua atuação e não ‘considerar/valorizar’ a participação ou o conhecimento deste sobre as práticas de negociação coletiva disponíveis. Nesse sentido, a proposta do Programa pode fortalecer a ‘desagregação’ do trabalho, ou melhor, a visão de recurso e não de agente transformador quando não pontua esse aspecto como um dos integrantes da qualidade na AB e não estimula a cultura de negociação do trabalho.

Do ponto de vista da regulação, a diferenciação dos vínculos e a intermediação dos contratos colocam o trabalhador numa posição vulnerável na medida em que as negociações são feitas individualmente, pouco regulamentadas, e os contratos são negociados pelas empresas, cabendo ao trabalhador apenas aderir ao que já foi previamente acordado²⁴.

Como o instrumento do PMAQ-AB reconhece a multiplicidade de agentes contratantes na AB, com entes privados participando de forma considerável na gestão da saúde e não discutindo negociação do trabalho, afirma-se que o programa deixa uma relevante lacuna.

Emerge, também, como importante ponto de análise a saúde do trabalhador do SUS, pois sabe-se que alguns dos temas já mencionados são considerados fatores

associados ao desenvolvimento ou à degradação da satisfação e do bem-estar dos trabalhadores de saúde.

No escopo do PMAQ-AB, a questão não aparece, configurando uma divergência com a área de GTS, visto que a saúde do trabalhador do SUS é reconhecida como aspecto da valorização do trabalhador.

A saúde do trabalhador pode ser compreendida a partir das relações, condições de trabalho e de vida dos trabalhadores, gerando processo de saúde-doença. A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNST) define os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do SUS, para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando à promoção e à proteção da saúde dos trabalhadores e à redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos²¹. Mas as ações no campo da saúde do trabalhador ainda permanecem distantes das possibilidades que nela se apresentam para diagnóstico, vigilância, atenção, direito à informação, entre outros²⁵.

O cenário de expressão da saúde e do trabalho vem sofrendo transformações, e as determinações que incidem sobre a saúde do trabalhador na contemporaneidade estão relacionadas às novas modalidades de trabalho e aos processos mais dinâmicos de produção implementados pelas inovações tecnológicas e pelas atuais formas de organização e gestão do trabalho²⁶.

Os aspectos relacionados à saúde do trabalhador são reconhecidos como competência do SUS e, ao mesmo tempo, como problema que afeta diretamente sua consolidação.

Em 2006, pelos menos 600 mil trabalhadores do SUS se encontravam em condições precárias de trabalho¹⁵. Em 2010, a Previdência Social registrou cerca de 720 mil acidentes, houve mais de 15 mil afastamentos do trabalho por incapacidade permanente e mais de 2.500 mortes, gerando

impacto orçamentário, tendo sido gastos, em 2010, cerca de R\$ 11 bilhões para pagamento de auxílio-doença e auxílio-acidente²⁷. Os números expressam a fragilidade do instrumento PMAQ-AB quando exclui essa dimensão de análise nas equipes.

Educação Permanente em Saúde (EPS)

A formação e a qualificação do trabalhador de saúde é central, mas é também nó crítico à consolidação do SUS, em especial, na AB^{11,28,29}.

Reconhecer as concepções e os processos de educação voltados ao trabalhador do SUS aponta necessidades de reconhecer que, ao longo do seu percurso de construção, foram vivenciadas diversas proposições teóricas e movimentos para institucionalizações de práticas da educação na saúde. Entretanto, atualmente, a que está pautada como referencial teórico e 'político' para o SUS é a proposta da EPS.

A Gestão da Educação na Saúde (GES), fundamentada nos princípios da EPS, une os processos de formação, da atenção à saúde, da gestão dos serviços de saúde e da participação ou do controle social. Essa fundamentação ampliou o número de atores com os quais os responsáveis pela GES passam a se relacionar, exigindo mecanismos de gestão participativa e o entendimento do que significa um embasamento na EPS.

A EPS deve ser compreendida, quanto aos seus pressupostos, como uma estratégia transformadora das práticas de saúde, colaborando para romper com o paradigma tradicional que orienta os processos de formação dos trabalhadores da saúde. Aponta para o desenvolvimento pessoal, social e cultural e está centrada nos processos de ensino-aprendizagem, em que o próprio sujeito que aprende é um agente ativo, autônomo e gestor de sua educação³⁰.

Em 2004, institui-se a PNEPS como estratégia de formação e desenvolvimento de

trabalhadores de saúde³¹. Além de definir a concepção da EPS, a PNEPS foi um avanço quando elenca diretrizes de implementação por meio da condução regional da Política e da participação interinstitucional, além de estabelecer orçamento para projetos e ações²⁸.

É preciso reconhecer que, desde 2004, ano de publicação da PNEPS, até o momento, houve avanços e dificuldades, constituídas nos diferentes momentos políticos do País, como processos de rupturas, mudanças de enfoque e questões de (sub)financiamento, que podem ser verificados no seu processo de implementação.

Essas questões refletem no desenvolvimento da PES. Destacam-se, nesse processo: pouca articulação entre os atores (gestores, trabalhadores, Instituições de Ensino e Pesquisa - IES e controle social), incipiente participação dos gestores municipais, indefinição de parâmetros para construção de projetos, ausência de avaliação dos projetos desenvolvidos no que tange às suas desejadas mudanças nas práticas de formação, gestão e atenção na saúde, dificuldades na utilização dos recursos financeiros, entre outras^{28,30}.

Nesse ambiente se afirma a potência do PMAQ-AB em apontar dados, de forma capilarizada, das ações e EPS das equipes da AB, pela pertinência de avaliação das ações ou dos processos de educação, no *locus* de atuação dos atores ou sujeitos que operam a EPS em seu cotidiano do trabalho. Mas isso não suprime a necessidade de uma análise mais apurada das diretrizes e dos princípios, bem como possíveis ações de implementação, propostas para avaliação da EPS pelo Programa.

Amparando-se nesse argumento, a exploração dos documentos que normatizam o PMAQ-AB indica duas abordagens principais sobre EPS. A primeira aponta como integrante das dimensões da segunda fase do PMAQ-AB, chamada de fase de desenvolvimento, que envolve o conjunto de ações a serem realizadas pelas equipes e pelas gestões, no intuito de promover movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da

gestão do cuidado, que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da AB^{2,4}.

A segunda abordagem do PMAQ-AB sobre a EPS, objeto deste artigo, levanta as informações sobre EPS, através da terceira fase do PMAQ-AB, que consiste na avaliação externa das equipes participantes do programa.

O PMAQ-AB, ao mesmo tempo que busca investigar questões relativas ao tema da EPS, também procura integrar iniciativas institucionais para apoiar os processos formativos intra-equipe, considerados como dispositivos para a qualificação da atenção e a implementação de mudanças apontadas pelo programa⁹.

A análise do instrumento de avaliação externa indica que o PMAQ-AB investigou a EPS na AB, de modo geral, quando interroga sobre:

- 1) Participação, ações realizadas e quais tipos;
- 2) Utilização das possíveis ofertas de apoio do Telessaúde: da segunda opinião formativa, do telediagnóstico, da tele-educação ou da teleconsultoria;
- 3) Se as ações de EPS contemplavam as necessidades da equipe;
- 4) Acolhimento de estudantes, professores e/ou pesquisadores em atividades de ensino, pesquisa e/ou extensão, a frequência destes e se as atividades desenvolvidas estão articuladas com o processo de trabalho.

Questões interrogam sobre a apropriação do conceito de EPS (1 e 3), pois baseia-se justamente no entendimento do protagonismo dos trabalhadores no processo de transformação do seu trabalho e na construção de soluções para os problemas a partir das realidades locais dos serviços de saúde.

Como alternativa, ou forma de aproximação dessa concepção, os questionamentos levantados no instrumento do PMAQ-AB

poderiam interrogar se a equipe desenvolve ações de EPS no seu trabalho e/ou se esses atores demandam para gestão as necessidades. Essas interrogações contribuíram para minimizar a estreita concepção de EPS que o instrumento denota.

Sem negar a necessidade de afinar o entendimento sobre a EPS, destaca-se que os questionamentos propostos pelo PMAQ-AB na avaliação das equipes sugerem que há associação entre EPS e AB. Essa constatação aponta para a importância da continuidade e do incremento de ações no escopo de uma PNEPS⁹.

No que tange ao item 2, pode-se inferir que houve um ‘investimento’ considerável do PMAQ-AB em mensurar as ofertas e a utilização de recursos que vêm sendo disponibilizados pelo MS às equipes de AB, como é o caso do Telessaúde.

A incorporação das ofertas de apoio à formação pela PNAB colabora com o trabalho local e tem um resultado que pode ser demonstrado pelos dados coletados no PMAQ-AB⁹.

O MS aponta a Comunidade de práticas e o Telessaúde como estratégias de EPS induzidas pela PNAB e reafirmadas pelo PMAQ-AB. A PNAB organizou ofertas, desde a gestão, que objetivam: a aprendizagem, a busca e o uso de informação, a construção cooperativa de saberes, a constituição de comunidades de aprendizagem e rodas de debate ou estudo-ação. O desenvolvimento de tecnologias da informação e comunicação e sua introdução nos ambientes de educação e de trabalho têm crescido nos últimos anos, e a tendência é manterem-se em ascensão. Como EPS, os recursos tecnológicos disponíveis possibilitam a aproximação de profissionais interessados na resolubilidade dos serviços de saúde⁴.

É preciso reconhecer a potencialidade do uso de recursos tecnológicos e outras estratégias que promovam o apoio e o diálogo entre os diferentes atores do SUS, que possam resultar na incorporação de saberes e práticas. Todavia, o Programa poderia realizar essa análise a partir da identificação

da existência de espaços, núcleos ou redes locais, municipais e estaduais que realizem esse apoio, a partir de uma perspectiva mais contextualizada com a realidade dos profissionais e das equipes.

Apesar do questionamento realizado pelo PMAQ-AB, descrito no item 3, se as ações de EPS contemplarem as necessidades da equipe, compreende-se ser preciso uma análise mais detalhada dessas iniciativas, favorecendo identificar a concepção de educação ofertada e sua capacidade de transformar o trabalho na AB.

É inegável a ênfase dada à EPS pelo PMAQ-AB. Mas a forma ou abordagem dos questionamentos também merece reflexão. Estes podem transpor os diversos limites e possibilitar uma das prerrogativas da PNEPS, a posição de ‘ator’ do sujeito/trabalhador de saúde, também considerando questões estruturais e locais que têm impacto no desenvolvimento da EPS e na qualidade do SUS.

Relação da Atenção Básica com instituições de ensino

Do ponto de vista legal, compete à gestão do SUS o ordenamento da formação de RH para a área da saúde. Os serviços públicos de saúde, enquanto campos de prática para o ensino e a pesquisa, articulam interesses das instituições de ensino e do SUS, objetivando melhoria da qualidade do atendimento à população³².

As experiências de integração ensino-serviço no SUS foram determinantes na expansão das noções de atenção integral à saúde, de integração entre formação e trabalho, ensino e pesquisa em saúde coletiva, e de criação de projetos interprofissionais na graduação, na extensão e nas especializações em serviço³³.

A PNEPS prevê, também, a organização de estruturas próprias para formação, mediante escolas de saúde pública e técnicas da rede SUS, além de centros formadores e da participação ativa das IES no seu processo de implementação.

A integração ensino-serviço representa o trabalho pactuado e integrado por estudantes e professores dos cursos da área da saúde, com trabalhadores inseridos nos serviços de saúde e gestores, visando à qualidade da atenção, individual e coletiva, da formação profissional e ao desenvolvimento dos trabalhadores³⁴. Logo, há uma relação indissociável entre a rede assistencial e as instituições de ensino, que, representando um dos pilares da educação na área da saúde, acumulam a responsabilidade de formar profissionais e promover mudanças na orientação dos cursos através da implementação das diretrizes curriculares nacionais nas graduações da saúde²⁸.

Dessa forma, cumpre abordar como o PMAQ-AB propõe a análise das equipes de AB e dessas instituições de ensino, e como vem ocorrendo a integração ensino e serviço.

Analisando as proposições do instrumento de avaliação, o Programa investiga o acolhimento de estudantes, professores e/ou pesquisadores em atividades de ensino, pesquisa e/ou extensão; a frequência com que ocorre; e se as atividades desenvolvidas pelos atores citados estão articuladas com o processo de trabalho da(s) equipe(s) da unidade.

O instrumento também avalia as possibilidades de ações sobre a participação da equipe em ações de EPS, quais sejam: atividades de tutoria/preceptorial e a atuação, na UBS, de alunos de graduação, especialização, residentes, entre outros. Esses questionamentos procuram pautar e reconhecer a UBS como local de formação para o SUS e de aproximação do ensino-serviço. O direcionamento do Programa é construído a partir da quantificação da frequência de comparecimento da instituição formadora, representada por estudantes, professores e/ou pesquisadores, ao serviço de saúde e da possível articulação entre as suas demandas e o processo de trabalho da equipe.

Observa-se que a questão apresentada revela congruência com as pautas da área GES, embora restrita, atribuindo só ao trabalhador o processo de formação e qualificação.

Cabe aqui admitir o limite do instrumento

em apontar características regionais quanto à estruturação da Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (Cies), aspecto importante da PNEPS, tendo em vista ser o trabalhador da AB o sujeito entrevistado. Para tal análise, seria necessária uma investigação voltada aos atores integrantes da Cies.

Do ponto de vista das proposições efetivamente realizadas pelo PMAQ-AB, pareceria mais adequado se o instrumento estivesse organizado de modo a ir além da quantificação, ou seja, os dados poderiam indicar quem são os atores que a unidade recebe, separando-os entre estudantes, professores e/ou pesquisadores em atividades de ensino. Outro aspecto relevante seria indicar o nível de formação daquele ator relacionado, sinalizando maior ou menor aproximação com as escolas técnicas ou instituições de formação em nível superior, além dos cursos de residências.

Dessa maneira, o instrumento poderia indicar, com maior detalhamento, a realidade dos municípios e a possível relação com as instituições formadoras presentes em seu território.

No contexto da AB, a necessidade de mudança de paradigma na formação e qualificação profissional sobressai imperativamente, pois, nesse nível do sistema de saúde, o território é o espaço das relações entre trabalhadores e usuário. Soma-se a isso o fato de as diretrizes da AB serem pautadas na construção de relações entre esses atores e no reconhecimento das realidades e dos contextos, para além da saúde, que interferem no processo saúde-doença.

A análise dessa afirmação reforça a importância do desenvolvimento de estratégias e ações que promovam a integração ensino-serviço, com a finalidade de contribuir para o processo de formação profissional na área da saúde, em consonância com as diretrizes e os princípios do SUS.

Considerações finais

O trabalho na AB se insere em contexto

diverso e dinâmico, marcado por características objetivas e subjetivas. Ampliar o entendimento das questões relacionadas ao trabalho e à educação na saúde, que retratem os trabalhadores de saúde, atores-chave nesse nível de atenção, em muito pode fortalecer a estratégia.

A análise das subdimensões propostas pelo PMAQ-AB, com as diretrizes e os princípios do campo GTES, revelou aproximações, mas, também, concepções limitadas ou ausência de inclusão de importantes categorias presentes na política do trabalho e da educação na saúde.

Identificaram-se convergências nas categorias: precarização do trabalho e valorização do trabalhador, no PCCS e formas de remuneração variável. As categorias não abordadas no instrumento foram: Negociação do trabalho, Saúde do Trabalhador.

Quanto à Educação, verificou-se que o PMAQ-AB apresenta uma concepção estreita de EPS no que se refere à incorporação do conceito de EPS pelo trabalhador e nos aspectos metodológicos dos tipos de ações, descritas no instrumento. Apesar de tais limites, reconheceu-se potencial de análise do instrumento quando: 1) busca dimensionar as ações de EPS e se elas contemplam as necessidades das equipes; 2) quando o instrumento apresenta a integração ensino-serviço como um padrão de qualidade para AB; 3) quando questiona se nas unidades que recebem estudantes/professores/pesquisadores as ações desenvolvidas estão articuladas com o processo de trabalho da(s) equipe(s).

Considerando-se que mudanças no modelo assistencial requerem a valorização do trabalho e do trabalhador de saúde e que as ações relacionadas ao trabalho e à formação na saúde necessitam da articulação entre gestores, trabalhadores, instituições formadoras e controle social, torna-se fundamental investir em estratégias que busquem a melhoria, mas, também, que possibilitem o monitoramento e a avaliação dessa área. O PMAQ-AB converge nessa direção, apesar dos limites apontados, passíveis de superação através de um diálogo com as diretrizes, os princípios e ações de implementação propostas pela política de GTES. Nessa perspectiva, devem-se remodelar suas dimensões, superando a ausência das categorias aqui identificadas.

Afirma-se a potência de geração de informações do PMAQ-AB. O acesso à base de domínio público permite outras investigações, como uma análise descritiva dos resultados das entrevistas e como estes apontam convergências e/ou divergências com as diretrizes da política de GTES. Pela necessidade de compreensão de como tais questões estão colocadas na AB, estudos nessa direção são oportunos.

Colaboradores

Bezerra MM e Medeiros KR participaram igualmente de todas as etapas de construção do artigo. ■

Referências

1. Pierantoni CR, França T, García AC. Gestão do trabalho e da educação em saúde. Rio de Janeiro: ObservaRH – IMS/UERJ; 2012.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União. 21 Out 2011.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica-PMAQ/Manual Instrutivo [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual Instrutivo para as Equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) E NASF. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 645, de 2 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Diário Oficial da União. 2 Out 2015.
6. Fausto MCR, Mendonça MHM, Giovanella L. Experiências de avaliação da Atenção Básica no Brasil: notas para um debate. In: Fausto MCR, Fonseca HR, organizadores. Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ AB. Rio de Janeiro: Editora Saberes; 2013. p. 289-309.
7. Moraes PM, Iguti AM. Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho: uma análise do PMAQ-AB. Saúde debate. 2013; 37 (98): 416-426.
8. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015.
9. Pinto HA, Sousa NA, Ferla AA. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. Saúde debate. 2014; 38(esp):358-372.
10. Seidl M, Vieira SP, Fausto MCR, et al. Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. Saúde debate. 2014; 38(esp):94-108.
11. Rizzotto MLF, Gil CRR, Carvalho M, et al. Força de trabalho e gestão do trabalho em saúde: revelações da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Paraná. Saúde debate. 2014. 38(esp):237-251.
12. Tobar F, Yalour MR. Como fazer teses em saúde pública: conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2001.
13. Koster I, Machado MH. A Gestão do Trabalho e o Contexto da Flexibilização no Sistema Único de Saúde. Divulg Saúde Debate. Rio de Janeiro. 2012; 47:33-44.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS – ProgeSUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.
16. Eberhardt LD, Carvalho M, Murofuse NT. Vínculos de trabalho no setor saúde: o cenário da precarização na macrorregião Oeste do Paraná. Saúde debate. 2015; 39(104):18-29.
17. Araújo LM, Machado MH, Vitalino HA, et al. Para subsidiar a discussão sobre a despreciação do trabalho do SUS. Caderno de RH Saúde. 2006; 3:163-73.

18. Costa D, Lacaz FAC, Marçal JFJ, et al. Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. *Rev. bras. saúde ocup.* 2013; 38 (127):11-21.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde: agenda positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009.
20. Castro JL, Vilar RLA, Liberiano FN. Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Natal: UFRN; 2012.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial da União. Brasília. 24 Ago. 2012.
22. Magnago C, Pierantoni CR, França T, et al. Política de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde: a experiência do ProgeSUS. *Ciênc Saúde Colet.* 207; 22 (5):1521-1530.
23. Santos EC, Sodré F, Borges LH. Mesa Nacional de Negociação Permanente: transformando o trabalho na Saúde Pública. *Rev. Bras. Pesq. Saúde.* 2016; 18(1):45-53.
24. Martins MIC, Molinaro A. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. *Cienc Saúde Colet.* 2013; 18(6):1667-1676.
25. Mendes JMR, Wunsch DS, Machado FKS, et al. Saúde do trabalhador: desafios na efetivação do direito à saúde. *Argumentum.* 2015; 7(2):194-207.
26. Mendes JMR, Wunsch DS. Serviço Social e a saúde do trabalhador: uma dispersa demanda. *Serv. soc soc.* 2011; (107):461-481.
27. Zinet, C. Condições pioram, acidentes aumentam: número de acidentes de trabalho aumenta na última década, preocupa sindicatos e organismos internacionais, que culpam a forma de produção. *Caros Amigos.* 2012; (187):16-19.
28. Macêdo NB, Albuquerque PC, Medeiros KR. O Desafio da Implementação da Educação Permanente na Gestão da Educação na Saúde. *Trab. educ. saúde.* 2014; 12(2):379-40.
29. Merhy EE, Franco TB. Trabalho em saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde.* 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
30. França T, Medeiros KR, Belisario AS, et al. Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. *Ciênc Saúde Colet.* 2017; 22(6):1817-1828.
31. Brasil. Portaria GM/ MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União. 13 Fev 2004.
32. Cavalheiro MTP; Guimarães AL. Formação para o SUS e os Desafios da Integração Ensino Serviço. *Carderno FNEPAS.* 2011.
33. Carvalho YM, Ceccim RB. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, et al., organizadores. *Tratado de saúde coletiva.* São Paulo. Hucitec, 2009. p. 137-170.
34. Albuquerque VS, Gomes AP, Rezende CHA. A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde. *Rev Bras de Educ Médica.* 2008; (3):356-362.

Recebido em 29/06/ 2018

Aprovado em 28/08/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Edital PPSUS - Pernambuco (CNPq/MS/SES/ Facepe - 10/2017)

Avaliação da implantação do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica no estado da Bahia

Evaluation of the implementation of the Primary Care Professional Valorization Program in the state of Bahia

Anderson Freitas de Santana¹, Ana Luiza Queiroz Vilasbôas²

DOI: 10.1590/0103-110420185214

RESUMO O Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica foi criado no Brasil, em 2011, para apoiar a atuação de profissionais de saúde, sob supervisão, em municípios com carência de profissionais. Este estudo avaliou o grau de implantação do programa no estado da Bahia. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com membros da Comissão Coordenadora Estadual do programa e utilizadas fontes documentais para a produção dos dados. Os elementos críticos do processo de implantação foram analisados mediante o uso do triângulo de governo proposto por Matus. O programa, no estado da Bahia, alcançou 82,39% do grau de implantação de acordo com o modelo lógico elaborado a partir das normativas federais. O grupo de gestão executou as atividades do programa com êxito, em função de sua capacidade de governo e do apoio político e administrativo da Secretaria Estadual de Saúde, ainda que não tenha havido incremento de recursos financeiros para potencializar os componentes do programa. Evidenciou-se o envolvimento dos atores da coordenação da supervisão e da supervisão médica na tentativa de reorientar a formação médica, apostando em dispositivos pedagógicos e outros recursos educacionais.

PALAVRAS-CHAVE Avaliação em saúde. Atenção Primária à Saúde. Programas governamentais. Médicos de atenção primária. Recursos humanos em saúde.

ABSTRACT *The Primary Care Professional Valorization Program was created in Brazil, in 2011, to support the performance of health professionals, under supervision, in municipalities with a shortage of professionals. This study evaluated the degree of implementation of the program in the state of Bahia. Semi-structured interviews were conducted with members of the State Coordinating Committee of the program and documentary sources were used to produce the data. The critical elements of the implementation process were analyzed through the use of the governance triangle proposed by Matus. The program, in the state of Bahia, reached 84% of the degree of implementation according to the logical model elaborated from the federal regulations. The management group successfully implemented the program's activities, due to its governance capacity and the political and administrative support of the State Health Secretariat, although there has been no increase in financial resources to leverage the components of the program.*

¹Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil.
Orcid: 0000-0002-2888-2426
andersonfreitas13@gmail.com

²Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil.
Orcid: 0000-0002-5566-8337
analuvilas@gmail.com



It was evidenced the involvement of the actors of the coordination of medical supervision and supervision in an attempt to reorient medical training, betting on pedagogical devices and other educational resources.

KEYWORDS *Health evaluation. Primary Health Care. Government programs. Physicians primary care. Health manpower.*

Introdução

A análise da provisão de médicos para a Atenção Primária à Saúde tem sido debatida desde a década de 1960 e foi amplamente discutida na Conferência de Alma Alta, em 1978, apontando a necessidade do treinamento de médicos e a adoção de estratégias para incentivar profissionais de saúde a prestar serviços em áreas remotas e de difícil acesso em diversos sistemas de saúde e distintos contextos. No Brasil, essa responsabilidade foi reconhecida na Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 8.080/1990, pois, até então, não existia uma política governamental direcionada à formação de profissionais voltados para atender às necessidades do País^{1,2}. Em 2011, o número de médicos nos países com sistemas universais de saúde era distinto do cenário brasileiro. Nesses países, a razão do número de médicos por 1.000 habitantes era superior a 2,36, enquanto no Brasil e, especificamente, na Bahia eram, respectivamente, 1,95 e 1,21, no mesmo período. Esses dados revelam que a má distribuição de médicos e a escassez desses profissionais tornam-se desafios para a implementação da Atenção Primária à Saúde^{3,4}.

A literatura internacional indica que as causas da escassez de médicos na Atenção Primária à Saúde estão relacionadas à formação inadequada dos profissionais, remuneração inferior a outras especialidades, distribuição desigual de profissionais entre

os serviços de saúde, salários pouco atraentes, profissionais sem treinamento para atuar no nível de atenção primária, migração para outras regiões e países, inadequação da infraestrutura de unidades de saúde, precarização das relações de trabalho⁵⁻⁷.

Diversos estudos apontam que os gestores municipais têm enfrentado a má distribuição de médicos formulando estratégias para incentivar a ocupação dos postos de trabalho na Atenção Primária à Saúde. Contudo, a escassez de médicos parece ser mais bem enfrentada pelo nível central dos sistemas de saúde com a implementação de estratégias e incentivos monetários e não monetários por meio dos programas governamentais^{6,8,9}.

Para minorar essa problemática, muitos países têm adotado incentivos monetários e não monetários, a exemplo da interiorização dos cursos de graduação em medicina e de programas de residência médica, remuneração adequada, oferta de condições satisfatórias de moradia e infraestrutura na zona rural, regulação da distribuição de médicos por região de saúde, incentivos financeiros acrescidos aos salários, redução da dívida estudantil e bônus na nota final dos processos seletivos para acesso aos programas de residência médica^{5,6,10-16}.

No Brasil, diversas estratégias foram criadas para prover profissionais médicos para a Atenção Primária à Saúde desde a década de 1960, com o Projeto Rondon e o Programa de Interiorização das Ações

de Saúde e Saneamento (Piass), durante o regime militar. Seguiu-se com a criação do Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (Pisus), em 1993, e do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits), em 2001. Também foram desenvolvidas estratégias visando a mudanças na formação médica, a exemplo do Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares no Curso de Medicina (Promed) e do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, em 2007, que foram interrompidos posteriormente por mudanças governamentais¹⁷.

Em 2011, o governo brasileiro instituiu o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab), por meio da Portaria Interministerial nº 2.087, cujo fundamento era apoiar e incentivar médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas para atuação na atenção básica de municípios com carência de profissionais, em áreas de extrema pobreza e nas periferias das regiões metropolitanas sob supervisão presencial e à distância¹⁵.

A revisão de literatura realizada na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), entre os anos de 2014 e 2017, evidenciou a carência de estudos que avaliem o Provab no âmbito estadual, que buscassem identificar fatores contextuais relacionados à sua implantação. Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar o grau de implantação do Provab no estado da Bahia, entre os anos de 2013 e 2015, buscando analisar aspectos favoráveis e obstáculos ao desenvolvimento do programa.

Sendo assim, as questões que nortearam a pesquisa foram as seguintes: qual foi o grau

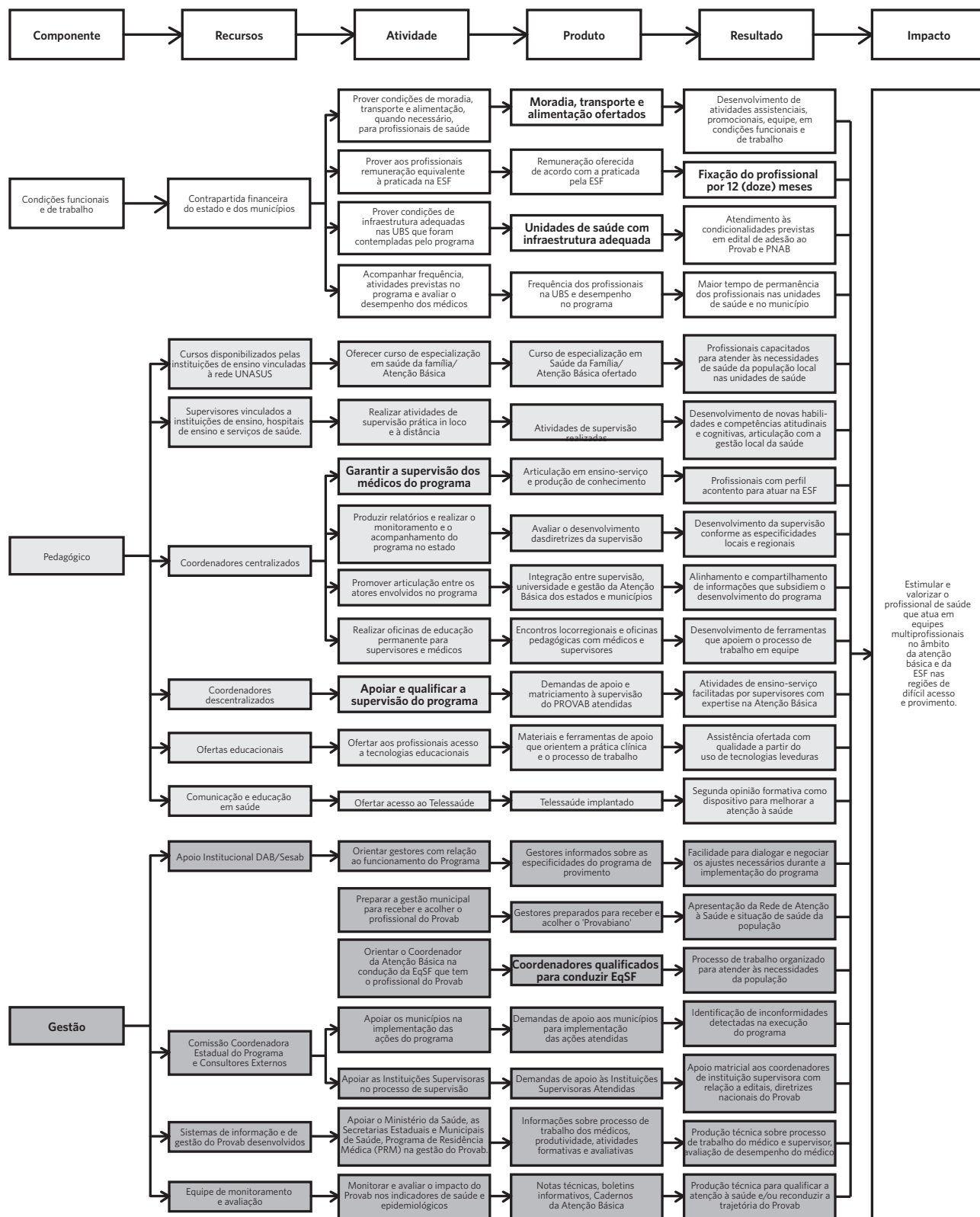
de implantação alcançado pelo Provab no estado da Bahia? Que fatores impulsionaram ou obstaculizaram a implantação do Provab nesse estado?

Material e métodos

Realizou-se pesquisa avaliativa, com abordagem estruturada na díade ‘estrutura-processo’. Elegeu-se o componente Ib da Análise de Implantação¹⁸, que corresponde à estimativa do grau de implantação da intervenção estudada.

Para fundamentar a produção dos dados empíricos da investigação, foi elaborado um modelo lógico preliminar do Provab a partir de fontes documentais. O modelo foi organizado em três componentes: condições funcionais e de trabalho, aspectos pedagógicos e gestão do programa. Essa versão do modelo lógico e a respectiva matriz de aferição dos critérios avaliativos foram submetidas a uma técnica de consenso simplificada, com a participação de cinco especialistas em atenção básica e formação médica. Após duas rodadas, os itens divergentes foram retirados do modelo lógico e da matriz de aferição dos critérios avaliativos. As respostas foram processadas no Microsoft Office Excel e tratadas estatisticamente através do cálculo de medidas de tendência central e dispersão, o que resultou no modelo lógico e na matriz de aferição dos critérios avaliativos agrupados segundo os componentes do programa (*figura 1 e tabela 1*).

Figura 1. Modelo lógico do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica, estado da Bahia, 2013 a 2015



Fonte: Elaboração própria a partir de revisão documental.

Para obtenção do percentual de implantação de cada componente do programa, utilizou-se o seguinte cálculo:

$$\text{Escore final} = \frac{\text{Pontuação obtida}}{\text{Pontuação máxima}} \times 100,$$

Em que a pontuação obtida é o somatório da pontuação alcançada em cada critério e respectivo componente; enquanto a pontuação máxima é o somatório da pontuação

máxima de cada critério e respectivo componente.

O somatório máximo de todos os componentes totalizou 159 pontos. Para estimar a implantação do Provab na Bahia, foram considerados os seguintes intervalos: de zero até 52 pontos (≥ 0 e $\leq 33,3\%$): não implantado; de 53 até 105 pontos ($> 33\%$ e $\leq 66,6\%$): parcialmente implantado; de 106 pontos até 159 pontos ($> 66\%$): implantado.

Tabela 1. Matriz de critérios, indicadores e padrões para estimar o grau de implantação do Provab na Bahia

	Critério	Padrão	Pontuação máxima
	Condições adequadas de moradia, transporte e alimentação, quando necessário	100% das condições de moradia, transporte e alimentação adequadas, quando necessário	09
	Remuneração dos profissionais conforme os valores praticados com os trabalhadores de outros vínculos	100% dos profissionais do município contratados pelo Provab na modalidade trabalhador-estudante	09
	Condições de infraestrutura (segurança, higiene, equipamentos, insumos, instalações sanitárias) nas unidades de saúde contempladas pelo programa	100% das unidades de saúde adequadas para receber profissional do Provab	08
	Cumprimento de carga horária de atividades assistenciais nas unidades de saúde	32 horas semanais	09
	Total do componente		35
Componente	Oferta de curso de especialização no formato EAD (Educação a Distância) em saúde da família/atenção básica	100% de médicos ativos matriculados	09
Condições	Equipe de supervisão médica	1 supervisor/10 médicos	09
Funcionais de Trabalho	Elaboração de relatórios sobre a supervisão	1 relatório/ano	09
	Realização de Encontros Locorregionais (ELR)	1 ELR/ano	09
	Realização de oficinas de qualificação da supervisão	1 oficina/ano	09
	Apoio à supervisão médica	100% de supervisores apoiados pelos coordenadores descentralizados	09
	Acesso ao Portal Saúde Baseada em Evidências	100% dos profissionais com acesso ao Portal Saúde Baseada em Evidências	08
	Acesso ao Telessaúde	100% de profissionais com acesso ao Telessaúde	08
	Total do componente		70
Gestão	Orientação aos gestores municipais sobre o funcionamento do programa	100% orientados sobre o funcionamento do programa	09
	Apoio institucional aos municípios partícipes do programa	100% de municípios participantes apoiados	09
	Orientação aos coordenadores de atenção básica sobre o processo de trabalho do médico e supervisor	100% de coordenadores de atenção básica orientados	09
	Apoio aos municípios na implementação do Provab	100% das demandas de apoio atendidas	09

Tabela 1. (cont.)

Utilização dos dados disponíveis nos sistemas de informação do programa para implementação do programa	100% de relatórios analisados	09
Utilização dos dados disponíveis nos sistemas de informação do programa para analisar os indicadores de saúde e epidemiológicos nas equipes de saúde com médicos do programa	01 boletim/nota técnica/ano	09
Total do componente		54
TOTAL GERAL		159

As variáveis do triângulo de governo proposto por Matus¹⁹ foram utilizadas para caracterizar possíveis elementos favoráveis e restritivos à implantação do Provac, relacionados ao contexto político-institucional estadual, quais sejam: o projeto e a capacidade de governo e a governabilidade da equipe responsável pela execução do programa entre os anos de 2013 e 2015.

A Bahia foi selecionada intencionalmente por ser um dos estados do Brasil que teve o maior número de participantes no Provac entre 2013 e 2015. Localizado na Região Nordeste, possui uma área de 564.732,642 km² e representa o quinto estado em extensão territorial. A população estimada, em 2015, correspondia a 15.276.566 habitantes²⁰. A cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) nesse período variou de 61,75% a 69,77%²¹.

Os dados do estudo foram obtidos mediante a realização de entrevistas semiestruturadas com informantes-chave e análise de documentos oficiais. Os entrevistados deveriam ser membros da Comissão Coordenadora Estadual (CCE) do Provac, com, pelo menos, um ano de atuação no programa. A amostra intencional de sujeitos do estudo foi condicionada pelo grau de saturação das informações obtidas nas entrevistas. No total, foram entrevistados oito informantes-chave envolvidos diretamente com a execução do Provac na Bahia. As entrevistas

foram realizadas a partir de roteiro semiestruturado baseado no modelo lógico e nas variáveis do triângulo de governo, registradas através de gravador de áudio. Os documentos oficiais – a saber, atas de reuniões, manuais técnicos, editais e portarias – foram submetidos à análise de conteúdo²².

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, sob parecer nº 2.011.684. A gestão estadual da atenção básica autorizou a realização da pesquisa mediante assinatura do Termo de Anuência Institucional. Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

Grau de implantação do Provac no estado da Bahia

O Provac no estado da Bahia, entre os anos 2013 e 2015, alcançou o percentual de 82,39% de implantação. Evidenciou-se que o componente condições funcionais e de trabalho alcançou 88,57% de implantação; em seguida, o componente pedagógico obteve 84,28% de implantação; e o componente de gestão atingiu 75,92% de implantação (*tabela 2*).

Tabela 2. Grau de implantação do Provab segundo componente do modelo lógico, estado da Bahia, 2013 a 2015

Componente	Critério	Pontuação máxima	Pontuação obtida	% implantação
Condições funcionais e de trabalho	Condições adequadas de moradia, transporte e alimentação, quando necessário	09	08	88,8%
	Remuneração dos profissionais conforme os valores praticados com os trabalhadores de outros vínculos	09	09	100%
	Condições de infraestrutura (segurança, higiene, equipamentos, insumos, instalações sanitárias) nas unidades de saúde contempladas pelo programa	08	06	75%
	Cumprimento de carga horária de atividades assistenciais nas unidades de saúde	09	08	88,8%
Total do componente		35	31	88,57%
Pedagógico	Oferta de curso de especialização no formato Educação a Distância (EAD) em saúde da família/atenção básica	09	09	100%
	Equipe de supervisão médica	09	09	100%
	Elaboração de relatórios sobre a supervisão	09	06	66,66%
	Realização de encontros locais/regionais	09	05	55,55%
	Realização de oficinas de qualificação da supervisão	09	09	100%
	Apoio à supervisão médica	09	09	100%
	Acesso ao Portal Saúde Baseada em Evidências	08	08	100%
	Acesso ao Telessaúde	08	04	50%
Total do componente		70	59	84,28%
Gestão	Orientação aos gestores municipais sobre o funcionamento do programa	09	09	100%
	Apoio institucional aos municípios partícipes do programa	09	09	100%
	Orientação aos coordenadores de atenção básica sobre o processo de trabalho do médico e supervisor	09	09	100%
	Apoio aos municípios na implementação do Provab	09	09	100%
	Utilização dos dados disponíveis nos sistemas de informação do programa para implementação do programa	09	05	55,55%
	Utilização dos dados disponíveis nos sistemas de informação do programa para analisar os indicadores de saúde e epidemiológicos nas equipes de saúde com médicos do programa	09	00	0%
	Total do componente		54	41
TOTAL GERAL		159	41	82,39%

A orientação dos gestores municipais quanto aos aspectos normativos do Provab foi efetivada, principalmente, pelos atores da Comissão Coordenadora Estadual e pelo apoio institucional da Diretoria de Atenção Básica (DAB), nos espaços de governança estadual e regional e nas visitas *in loco* nos municípios. A participação do apoio institucional foi essencial para orientar a (re) organização do processo de trabalho das equipes, de modo que as inconformidades e

demandas identificadas no âmbito da operacionalização do Provab fossem encaminhadas à CCE para providências.

A Secretaria de Estado da Saúde da Bahia incorporou o programa na estrutura da DAB, colocando a organização administrativa à disposição dos atores do Provab. As principais atividades de monitoramento foram referentes ao cumprimento de condicionalidades e responsabilidades pelas gestões municipais, regularidade das informações nos

sistemas de informação da atenção básica e assiduidade dos profissionais, realizadas através dos instrumentos da supervisão médica e dos sistemas de informação do Provab.

A Comissão Coordenadora Estadual atuava nas situações de descumprimento de condicionalidades e em outras inconformidades identificadas, instruindo processos e utilizando os instrumentos jurídicos e administrativos necessários até a resolução das inconformidades ou o arquivamento dos processos por outros desfechos. A capilaridade do apoio institucional nos territórios deu celeridade aos processos instruídos pela Comissão, e, quando necessário, eram elaborados Planos de Ação para que o gestor municipal assumisse a responsabilidade por regularizar as inconformidades.

Com relação à utilização de dados dos sistemas de informação do Provab para analisar os indicadores de saúde e epidemiológicos decorrentes do trabalho dos médicos do programa, não foram identificadas evidências que permitissem verificar a realização da atividade. Nesse sentido, essa lacuna pode ter comprometido a elaboração e a implementação de ações para responder às necessidades de saúde da população adstrita à unidade.

Os entrevistados destacaram a importância da Escola de Saúde Pública da Bahia na articulação e na participação nas atividades de organização e implementação do curso de especialização.

Ressalta-se a elaboração de um plano de trabalho com o propósito de alinhar e orientar o processo de trabalho da supervisão médica, bem como subsidiar elementos para reconduzir o trabalho da supervisão. Além disso, a coordenação da supervisão realizou diversas reuniões presenciais para acompanhamento e avaliação das atividades pedagógicas desenvolvidas.

Foram relatadas pelos entrevistados as principais facilidades para o desenvolvimento pedagógico, destacando-se: interação dos professores do curso de especialização ofertado à época pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia

(UFBA); coordenação da supervisão engajada com a atenção básica, formação médica; supervisores com experiência em processos educativos. Também foram evidenciadas dificuldades no acompanhamento pedagógico relacionadas à ausência de um projeto político-pedagógico no âmbito da coordenação nacional; resistência dos médicos às atividades pedagógicas, visto que alguns consideravam o Provab como ‘trampolim’ para residência médica; alguns supervisores possuíam formação em áreas que não eram prioritárias para a atenção básica; alguns gestores municipais não investiam na integração ensino-serviço, e a educação permanente dependia do interesse do gestor – não era institucionalizada.

A composição da coordenação da supervisão do Provab na Bahia tinha uma característica singular em relação aos demais estados da federação. A equipe de coordenação da supervisão era formada por médicos de família e comunidade, pediatra, fisioterapeuta, enfermeiro e psicólogo, que, juntos, construíram uma proposta pedagógica consistente, com diferencial na organização tanto no âmbito da gestão quanto no pedagógico.

A equipe de supervisão, por sua vez, foi formada por médicos que tinham especializações em diversas áreas, em maior número nas áreas básicas (medicina de família e comunidade, pediatria, ginecologia e obstetrícia) e em menor quantitativo nas especialidades (oftalmologia, otorrinolaringologia, ortopedia, psiquiatria, anestesiologia etc). Ainda que o grupo condutor priorizasse especialidades das áreas da atenção básica, não havia candidatos selecionados em número suficiente.

Foi evidenciado que era disponibilizado para os supervisores material didático sobre gestão da clínica, gestão do cuidado, projeto terapêutico singular, agenda compartilhada, entre outras ferramentas da medicina de família e comunidade, de modo que o processo de trabalho dos supervisores estivesse alinhado e em conformidade com o plano de trabalho da supervisão.

Triângulo de governo: aspectos críticos da implantação do Provac na Bahia

As três variáveis que compõem o triângulo de governo, a saber: projeto e capacidade de governo e governabilidade, são construtos potentes para caracterizar aspectos do contexto político-institucional, que podem facilitar ou criar obstáculos para a implantação de uma intervenção. No caso particular do Provac, na Bahia, os achados deste estudo indicam que o sucesso na implantação do programa, evidenciado pelo grau de implantação superior a 80%, estava relacionado com a 'força' dessas três variáveis. Havia um projeto de governo compartilhado entre os atores responsáveis pela operacionalização do programa, elevada capacidade de governo e autonomia administrativa das estruturas da Secretaria Estadual de Saúde (Sesab), apoio político do Ministério da Saúde, Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (Cosems), e dos municípios ao provimento médico pelo Provac.

Projeto de governo

Quanto ao projeto de governo, a Sesab apostou no Provac como um meio de dar respostas às necessidades dos municípios quanto ao provimento de profissionais para atenção básica, podendo ser evidenciado pelo compromisso do secretário estadual da saúde, que defendia a qualificação da atenção básica, a ampliação do acesso, a reorientação do modelo de atenção, a formação profissional ordenada pelo Sistema Único de Saúde (SUS). De igual modo, a direção da Faculdade de Medicina (Fameb) da UFBA entendia que o Provac seria o propulsor de transformações do curso de graduação em Medicina.

As evidências apontaram que a CCE do Provac tinha clareza da finalidade do programa, e suas atividades apontavam que a imagem-objetivo estava centrada na formação médica na atenção básica. A pauta do Provac

foi considerada prioritária no colegiado executivo da DAB. Foi considerado como projeto estratégico para qualificar a atenção básica, sendo incorporado no processo de trabalho dos técnicos dessa diretoria.

Governabilidade

A Sesab dispunha de apoio político à implantação do Provac na Bahia, que era evidenciado, entre outros fatores, pelo suporte da direção da Fameb e do Instituto de Saúde Coletiva, unidades acadêmicas da UFBA que tinham expertise na formação médica e em pesquisa em saúde coletiva. Havia, também, o apoio da Escola de Saúde Pública da Bahia. Destaque-se que o Gabinete do Secretário foi apoiado pela direção da Fameb no debate com a corporação médica sobre o Provac.

Existiu um trabalho intenso entre DAB e Gabinete do Secretário de saúde, com análise política e estratégica dos municípios potenciais para implantação do programa. Todos os pedidos que eram solicitados ao secretário eram prontamente respondidos de modo que o programa pudesse funcionar a contento.

Os entrevistados apontaram que a Sesab disponibilizou recursos materiais e humanos na estrutura da DAB, com ofertas de tecnologias de monitoramento e avaliação, assim como as Diretorias Regionais de Saúde (Dires) contribuíram com a logística para o desenvolvimento das atividades de supervisão médica, educação permanente para os membros do grupo condutor e qualificação do corpo de supervisão médica.

Embora a Bahia tenha priorizado a implantação do Provac à época, não investiu recursos financeiros diretamente no programa. Investiu indiretamente através das atividades do apoio institucional que foram essenciais para efetivar a interlocução entre a CCE e os municípios. A insuficiência de recursos financeiros dificultou a realização de oficinas de qualificação dos médicos e viagens para acompanhamento dos supervisores médicos.

Por sua vez, a extinção das Dires, em dezembro de 2014, fragilizou a relação do programa com os municípios, pois elas faziam a interlocução com estes. Por outro lado, o bom relacionamento existente entre a DAB e o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde pode ser atribuído ao fato de o governo do estado da Bahia e o governo federal serem ligados ao mesmo partido político.

Quanto à participação do Cosems, as evidências apontam que essa entidade teve atuação favorável à implantação do Provac no tocante ao provimento, orientando os gestores com relação à provisão de médicos, mas não tinha clareza sobre os outros componentes do Provac. Contudo, o apoio dos gestores municipais foi importante para a implantação do Provac. Apesar do número elevado de gestores interessados na adesão ao programa, nem todos garantiram estrutura adequada para acolher o médico do Provac e proporcionar uma vivência qualificada e exitosa nas unidades de saúde.

Capacidade de governo

O secretário estadual de saúde, à época da implantação do Provac, dispunha de formação, experiência política e técnica, o que foi essencial para firmar o compromisso da instituição com o programa. Por sua vez, a capacidade técnica dos coordenadores das instituições supervisoras contribuiu para a implantação do Provac na Bahia. Os profissionais que integravam a coordenação das instituições supervisoras do Provac tinham formação em saúde coletiva, no mínimo, especialização em saúde coletiva, e alguns tinham mestrado. A liderança exercida pelo grupo condutor pode ser constatada pelo protagonismo e pela autonomia da CCE, o que permitiu ampliar a composição da comissão, com a inserção de uma representação dos médicos do Provac; e a composição da coordenação da supervisão, com a inclusão de atribuições administrativas e pedagógicas.

As evidências apontam que a seleção de

supervisores médicos para o programa com formação na saúde coletiva ou em medicina de família e comunidade era um desafio a ser superado, já que não existiam muitos médicos com os requisitos e a experiência desejada. Não era uma diretriz nacional ter supervisores com esse perfil, mas o estado da Bahia optou por ter médicos supervisores com formação e experiência em saúde coletiva, atenção básica, medicina de família e áreas afins, docência e integração ensino-serviço.

Embora fosse realizado o monitoramento do Provac na Bahia, não foi construído um instrumento capaz de avaliar o programa em todos os seus componentes. Também não aconteceu no âmbito nacional uma avaliação que contemplasse todas as dimensões do Provac e que apontasse as fragilidades, potencialidades e os desafios.

Destaque-se que a organização do trabalho foi sendo construída no decorrer da implantação do Provac e à medida que iam surgindo as necessidades nos territórios apoiados, o que indica que a equipe do CCE foi ampliando sua capacidade de governo ao longo do desenvolvimento do programa.

Discussão

Esta pesquisa, ao avaliar o grau de implantação do Provac no estado da Bahia, identificou fragilidades e dificuldades na implantação do programa, que teve como finalidade enfrentar a escassez de profissionais médicos no SUS naquele território. Seus achados podem contribuir para o aperfeiçoamento de estratégias de provisão de médicos no Brasil.

A CCE do Provac foi essencial no processo de orientação dos elementos normativos do programa aos gestores municipais e no acolhimento e na orientação dos profissionais médicos. O engajamento dos atores que atuam no âmbito da gestão estadual é fundamental para o êxito da implantação de políticas de saúde²³.

A participação do apoio institucional da Diretoria de Atenção Básica Estadual foi considerada primordial para orientar, divulgar e acompanhar o Provac nos municípios participantes do programa. Estudos apontam que o apoio institucional tem sido efetivo para qualificar a gestão municipal no que tange à implantação de projetos estratégicos na atenção básica. Tem sido necessária na orientação dos trabalhadores sobre o funcionamento dos programas de provimento e, principalmente, na articulação dos supervisores com gestores municipais para a execução das atividades do componente pedagógico desses programas²⁴⁻²⁶.

Neste estudo, não foi observada qualquer evidência que permita inferir a utilização dos dados dos sistemas de informação do Provac para analisar indicadores de saúde e epidemiológicos da população adstrita às Equipes de Saúde da Família (EqSF) em que atuavam médicos do Provac. A análise dos dados permitiria inferências sobre o trabalho dos profissionais nos programas de provimento e das suas respectivas equipes, principalmente com relação à ampliação do acesso à saúde e ao comportamento dos indicadores de internação por causas sensíveis à atenção básica^{25,27,28}.

As atividades de monitoramento foram imprescindíveis para a identificação de inconformidades, especialmente na oferta de condições de infraestrutura das unidades de saúde contempladas pelo programa. Estudos apontam que a inadequação de infraestrutura de unidades de saúde pode comprometer o desenvolvimento de atividades assistenciais e, no caso particular do Provac, obstaculizar a formação dos profissionais e ser determinante para o desligamento de profissionais^{29,30}.

Destaca-se a importância de o município possuir infraestrutura das unidades de saúde adequadas e existência de materiais para ampliar o escopo de prática dos profissionais participantes dos programas de

provimento. Em outro estudo, evidenciou-se que a distância entre as unidades e o local de residência dos profissionais, assim como a indisponibilidade de materiais para realização do trabalho são fatores que apresentaram maior correlação com a rotatividade de profissionais médicos^{31,32}.

A supervisão médica desempenhou as atividades administrativas e gerenciais a contento, resultando na redução expressiva do número de processos administrativos na CCE. Contudo, outros estudos apontam que o trabalho do supervisor médico deve estar pautado nas dimensões técnico-pedagógica e gerencial-administrativa e deve extrapolar os muros da supervisão tradicional, pois desse modo estimula o processo de aprendizagem^{25,33}.

Sobre a assiduidade dos médicos, este estudo evidenciou que a ação de acompanhamento de carga horária dos profissionais foi crucial para garantir a permanência do profissional na unidade de saúde e ampliar o acesso. Diversos estudos apontam que a assiduidade dos médicos na atenção básica amplia o acesso aos serviços ofertados pela equipe de saúde e melhora a satisfação dos usuários. A implantação de programas de provimento registra maior permanência do médico na unidade de saúde e tem impactos significativos sobre os indicadores de saúde^{34,35}.

A supervisão do Provac na Bahia não se assemelhava a uma supervisão tradicional, que é compreendida como o exercício de uma função gerencial com capacidade de comando para execução de atividades técnico-administrativas. Foi concebida a partir da perspectiva do apoio institucional e tem como pilar o componente pedagógico capaz de construir junto com o outro e ofertar ferramentas para o desenvolvimento das ações^{24,36}.

A ausência de um projeto político-pedagógico no âmbito nacional e o descompromisso de alguns gestores municipais foram evidenciados como alguns dos fatores dificultadores para o desenvolvimento das atividades da supervisão. O projeto político-pedagógico vai expressar as atividades pedagógicas e

didáticas que levam a instituição formadora a alcançar os objetivos traçados. A ausência do projeto político-pedagógico no processo educacional pode conduzir a diversas trajetórias e dificultar a organização do trabalho dos supervisores²⁹.

O objetivo do Provab estava explicitado nos marcos legais e nas falas institucionais dos atores do Ministério da Saúde. O discurso e o posicionamento da Comissão Coordenadora Estadual para investir na formação dos médicos eram ratificados através das diversas estratégias educacionais implementadas. As evidências encontradas neste estudo apontam que o estado da Bahia desejava produzir mudanças na formação médica e, conseqüentemente, na reorganização do processo de trabalho da equipe de atenção básica.

O processo de implantação do Provab no âmbito da Sesab foi facilitado pela capacidade do gestor estadual de mobilizar diretorias e trabalhadores e por ter colocado à disposição da CCE a estrutura física da secretaria, os recursos humanos e as Dires. Sem estrutura física e sem equipamentos adequados, a gestão tem sua capacidade de governo enfraquecida e limitada, na medida em que os gestores que são colocados nessas condições interferem na capacidade de resposta resolutiva do grupo³⁷.

A elevada capacidade de governo do secretário estadual foi fundamental para a implantação do Provab. A participação de um ator de alta direção da instituição dotado de capital cognitivo acerca da temática é determinante para configuração do projeto de governo e para a boa governabilidade. As instituições com menor grau de implantação das ações intersetoriais foram aquelas em que os sujeitos tinham governabilidade limitada, porém, o sujeito com governabilidade dentro das suas instituições favorece a operacionalização das ações^{38,39}.

O alinhamento entre a Diretoria de Atenção Básica Estadual e o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde foi de suma importância na realização

de proposições para o Provab. Uma boa relação entre setores, instituições e instâncias de gestão favorece a implantação de intervenções³⁸.

Mostrou-se eficaz a atuação do grupo condutor do Provab e do apoio institucional na garantia das condicionalidades relacionadas à oferta adequada de unidades de saúde, com infraestrutura das unidades e composição da EqSF. Descentralizar o poder decisório permite que cada nível gerencial se ocupe dos problemas que são de maior magnitude⁴⁰.

Considerações finais

O presente estudo reforça a ideia de que o trabalho integrado de atores governamentais na implantação de uma intervenção proporciona alcançar os objetivos desejados. A Comissão Coordenadora Estadual apresentou uma robusta capacidade de governo que pode ter contribuído para a implementação do Provab segundo o projeto de garantia de provimento médico como estratégia de qualificação da atenção básica na Bahia, apoiado pelo Gabinete do Secretário.

Aponta-se a necessidade de uma maior participação dos atores governamentais na mobilização dos gestores municipais quanto à priorização das atividades pedagógicas nas estratégias de provisão de médicos.

Embora a supervisão seja um dispositivo potente no processo formativo dos médicos, também deve ser de responsabilidade dos atores que conduzem a Política de Atenção à Saúde no âmbito municipal.

A atual conjuntura político-econômica do Brasil ameaça a sustentabilidade e a consolidação do SUS. Presencia-se o enfraquecimento e a desestruturação de políticas e programas estruturantes da atenção básica, a exemplo do Provab e do Programa Mais Médicos.

Cabe destacar que esse estudo se limitou a avaliar o grau de implantação do Provab. Não teve como objetivo avaliar a influência

da interação entre o contexto de implantação e a intervenção sobre os efeitos observados, sendo necessária a realização de novos estudos de modo que seja possível compreender a variação desses efeitos pós-implantação do Provac e de outros programas de provimento semelhante a ele.

Colaboradores

Santana AF e Vilasbôas ALQ participaram da concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados; redação, revisão crítica do artigo e aprovação da versão a ser publicada. ■

Referências

1. Maciel Filho R. Estratégias Para a Distribuição e Fixação de Médicos em Sistemas Nacionais de Saúde: O Caso Brasileiro [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2007. 264 p.
2. Brasil. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Alma Ata 1978, Cuidados Primários de Saúde. Brasília, DF: Unicef; 1979.
3. Scheffer M, Biancarelli A, Cassenote A, coordenadores. Demografia Médica no Brasil: dados gerais e descrição das desigualdades. Brasília, DF: CFM; 2011.
4. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva. Construção do índice de escassez de profissionais de saúde para apoio à Política Nacional de Promoção da Segurança Assistencial em Saúde. Belo Horizonte: UFMG; 2010.
5. Shtasel D, Hobbs-Knutson K, Tolpin H, et al. Developing a Pipeline for the Community-Based Primary Care Workforce and Its Leadership: The Kraft Center for Community Health Leadership's Fellowship and Practitioner Programs. *Acad Med*. 2015 set; 90(9):1272-1277.
6. Nkomazana O, Mash R, Shaibu S, et al. Stakeholders' Perceptions on Shortage of Healthcare Workers in Primary Healthcare in Botswana: Focus Group Discussions. *Plos One*. 2015 ago; 10(8):1-15.
7. Talib ZM, Baingana RK, Sagay AS, et al. Investing in community-based education to improve the quality, quantity, and retention of physicians in three African countries. *Educ Health (Abingdon)*. 2013; 26(2):109-114.
8. Salsberg ES. Is the Physician Shortage Real? Implications for the Recommendations of the Institute of Medicine Committee on the Governance and Financing of Graduate Medical Education. *Acad Med*. 2015 set; 90(9):1210-1214.
9. Holte JH, Kjaer T, Abelsen B, et al. The impact of

- pecuniary and non-pecuniary incentives for attracting young doctors to rural general practice. *Soc Sci and Med*. 2015 mar; 128:1-9.
10. Ozegowski S. Effective policy mechanisms for an equitable geographical distribution of general practitioners: a qualitative comparative analysis of the accessibility of primary care in Europe. *J Health Serv Res Policy*. 2013 jul; 18(3):151-159.
 11. Silva RB; Pineault R. Impact of physician distribution policies on primary care practices in rural Quebec. *Can J Rural Med*. 2012; 17(3):92-98.
 12. Cooper JK, Heald K, Samuels M. Affecting the supply of rural physicians. *Am J Public Health*. 1977 ago; 67(8):756-759.
 13. Berger CB, Dallegrave D, Castro Filho ED, et al. A formação na modalidade Residência Médica: contribuições para a qualificação e provimento médico no Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2017 jan-dez; 2(39):1-10.
 14. Cameron IAN. Increasing recruitment and retention of doctors in rural and remote areas: Australia as a case study. In: *Anais do Seminário Internacional de Política de Recursos Humanos em Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002. p. 45-52.
 15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. *Diário Oficial da União*. 15 Maio 2013.
 16. Rabinowitz HK. Recruitment, retention, and follow-up of graduates of a program to increase the number of family physicians in rural and underserved areas. *N Engl J Med*. 1993; 328(13):934-939.
 17. Carvalho MS. Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica: um olhar implicado sobre sua implantação [dissertação] [internet]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2013 [acesso em 2015 jul 15]. 167 p. Disponível em: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/13660/1/2013_M%C3%B4nicaSampaioCarvalho.pdf.
 18. Champagne F, Brousselle A, Hartz Z, et al. A Análise da Implantação. In: Brousselle, A, Champagne F, Contandriopoulos AP, et al. *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 217-241.
 19. Matus C. O Triângulo de Governo. In: Matus C. *Política, Planejamento e Governo*. Brasília, DF: Ipea; 1993. p. 59-62.
 20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil e das unidades da federação [internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2016 [acesso em 2016 set 15]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>.
 21. Brasil. Ministério da Saúde. Proporção de cobertura estimada populacional de saúde da família [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; c2013-2015 [acesso em 2016 set 16]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/repositorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>.
 22. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Portugal: Edições 70; 1977.
 23. Lima LL, Ascenzi LD. Implementação de Políticas Públicas: Perspectivas Analíticas. *Rev Sociol Polit*. 2013 dez; 48(21):101-110.
 24. Falleiro LM, Barros RS, Lima VCZ, et al. Considerações preliminares sobre Apoio Institucional e Educação Permanente. In: Falleiro LM, organizadora. *Experiências de Apoio Institucional no SUS: da teoria à prática*. Porto Alegre: Rede Unida; 2014. p. 19-30.
 25. Silva KCS. Processo de Trabalho do Médico no Programa de Valorização Profissional da Atenção Básica – PROVAB: Bahia: é difícil ‘quebrar’ essa caixinha focada na doença [dissertação]. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana; 2016. 149 p.
 26. Vieira MC. Avaliação das atividades de supervisão nos programas de provimento de médicos na Bahia [dissertação] [internet]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2017 [acesso em 2017 maio

- 14]. 128 p. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/322468/1/Vieira_MariangelaCosta_MP.pdf.
27. Lima EJJ, Santana DDB, Lima LCS, et al. Como os Egressos do Provac e Aprovados na Residência Avaliaram a Experiência? *Rev Bras Educ Méd*. 2016; 40(4):731-738.
28. Miranda AS, Melo DA. Análise comparativa sobre a implantação do Programa Mais Médicos em agregados de municípios do Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2016; 21(9):2837-2848.
29. Nóbrega-Therrien SM, Guerreiro MGS, Moreira TMM, et al. Projeto Político Pedagógico: concepção, construção e avaliação na enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(3):679-686.
30. Gonçalves RF, Sousa IMC, Tanaka OY, et al. Programa Mais Médicos no Nordeste: avaliação das interações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2016; 21(9):2815-2824.
31. Girardi SN, Carvalho CL, Pierantoni CR, et al. Avaliação do escopo de prática de médicos participantes do Programa Mais Médicos e fatores associados. *Ciênc Saúde Colet* 2016; 21(9):2739-2748.
32. Campos CVA, Malik AM. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. *Rev Adm Pública*. 2008 mar-abr; 42(2):347-368.
33. Botti SHO, Rego S. Preceptor, Supervisor, Tutor e Mentor: Quais são Seus Papéis? *Rev Bras Educ Méd*. 2008; 32(3):363-373.
34. Campos RTO, Ferrer AL, Gama CAP, et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saúde debate*. 2014; 38(esp):252-264.
35. Organización Pan-Americana da Saúde. 160ª Sesión del Comité Ejecutivo: Estrategia de Recursos Humanos para el Acceso Universal a La Salud y la Cobertura Universal de Salud. Washington, DC: Opas; 2017.
36. Nunes TCM. A supervisão: uma proposta pedagógica para o setor saúde. *Cad Saúde Pública*. 1986 outubro; 2(4):466-476.
37. Freese E, Machado E, Cesse E. Analisando situações de governo em municípios pernambucanos: quem busca e quem produz mudanças na gestão do SUS. In: Freese E, organizador. *Municípios: a gestão da mudança em saúde*. Recife: UFPE; 2004. p. 261-296.
38. Alves CKA, Carvalho EF, Cesse EAP, et al. Análise da implantação de um programa com vistas à institucionalização da avaliação em uma Secretaria Estadual de Saúde. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2010 nov; 10(supl.1):145-156.
39. Lima EC, Vilasbôas ALQ. Implantação das ações intersetoriais de mobilização social para o controle da dengue na Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011 ago; 27(8):1507-1519.
40. Matus C. *El método PES: reingeniería pública y la teoría de las conversaciones: trabas y problemas*. Caracas: Fondo Editorial Altadir; 1994.

Recebido em 01/07/2018

Aprovado em 19/09/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Paradigmas e trajetórias tecnológicas em saúde: desafios da inovação no cuidado da diabetes

Technological paradigms and trajectories in health: challenges of innovation in the care of diabetes

Jane Mary de Medeiros Guimarães¹, Erika Santos Aragão², Fábio Sanches dos Santos Galdino³, Bethania de Araújo Almeida⁴, Sebastião Antonio Loureiro de Souza Silva⁵

DOI: 10.1590/0103-11042018S215

RESUMO No setor da saúde, a incorporação de inovações tem contribuído para um aumento da demanda por serviços públicos, bem como por tecnologias e materiais utilizados na prestação de serviços de saúde. Um dos segmentos que mais pressionam os serviços em termos da incorporação de seus produtos é a indústria farmacêutica. Este estudo tem como objetivo descrever as trajetórias tecnológicas no segmento de medicamentos para a diabetes lançados no Brasil entre 1998 e 2012. Essas drogas representam uma importante proporção de gastos com medicamentos no País. Ao empregar uma metodologia qualitativa, descritiva e exploratória, este estudo buscou responder às seguintes perguntas: houve mudanças nas trajetórias tecnológicas aqui consideradas ao longo do referido período de tempo? As inovações incorporadas no País têm sido de natureza incremental ou radical? Quais são as evidências que apoiam as mudanças de direção? À luz dos dados coletados a partir de uma variedade de bases de dados, foi possível verificar que os medicamentos contra a diabetes introduzidos durante esse período representaram inovações incrementais em relação às trajetórias tecnológicas aqui consideradas.

PALAVRAS-CHAVE Inovação. Difusão de inovações. Diabetes Mellitus. Hipoglicemiantes.

ABSTRACT *In the health sector, the incorporation of innovations has contributed to an increased demand for public services, as well as technologies and the supplies used in the provision of health services. One of the health sectors which causes most pressures on services in terms of the incorporation of its products is the pharmaceutical industry. This study aims to describe the technological trajectories in the segment of anti-diabetic medication launched in Brazil between 1998 and 2012. These drugs represent a significant proportion of spending on medicine in the Country. By using a qualitative, descriptive and exploratory methodology, the present study endeavored to answer the following questions: have changes taken place in the technological trajectories over the time period considered herein? Have the innovations incorporated in the Country been of an incremental or radical nature? What are the evidences that support these changes in direction? In light of the data collected from a variety of databases, it was possible to verify that the anti-diabetic medications introduced during this period represented incremental innovations with respect to the technological trajectories considered herein.*

KEYWORDS *Innovation. Diffusion of innovation, Diabetes Mellitus. Hypoglycemic Agents*

¹Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB) - Itabuna (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9538-2675>
janemg@ufsb.edu.br

²Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4903-0556>
erikapecs@gmail.com

³Centro Universitário Estácio da Bahia - Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3520-6757>
fabol78@gmail.com

⁴Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8918-2661>
bethania.almeida@fiocruz.br

⁵Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4540-4944>
loureiro9301@gmail.com



Introdução

Em saúde, as inovações representam a aplicação de novos conhecimentos, que podem aparecer de forma concretamente incorporada num artefato físico; ou seja, num equipamento, dispositivo ou medicamento, e também podem representar ‘ideias’, na forma de novos procedimentos ou de reorganização dos serviços¹.

Para Dosi², a inovação tecnológica é um instrumento de concorrência que gera uma vantagem competitiva de custos ou qualidade, podendo ser real ou simbólica para o inovador. Portanto, é um processo heterogêneo e complexo, e sua dinâmica difere entre países, setores e empresas, o que torna a inovação uma variável fundamental para o desenvolvimento econômico e social.

Na saúde, a incorporação dessas inovações tem contribuído para o aumento das demandas por serviços públicos, tecnologias e insumos no sistema de saúde. Essas fazem crescer o orçamento nacional destinado ao setor. Em países como o Brasil, com problemas macroeconômicos e estruturais, é constante a preocupação com a otimização dos recursos públicos, que são escassos, particularmente, no contexto de um sistema universal de saúde, no qual toda população tem direito a ações e serviços de saúde. Logo, o atendimento das necessidades de saúde da população exige do Estado mecanismos de regulação complexos e muitas vezes sofisticados para o cuidado e a promoção da saúde e para a redução de riscos e agravos.

Numa estrutura de mercado oligopolista do setor, em que a inovação é o principal elemento de diferenciação, a indústria farmacêutica possui elevadas barreiras em função da proteção patentária, que garante o monopólio temporário ao seu detentor. Isso pressupõe elevados investimentos em Pesquisa e Desenvolvimento (P&D), controle do fornecimento de princípios ativos e força mercadológica, através de pesados investimentos em *marketing*. Esse setor apresenta quatro

estágios tecnológicos que definem o grau de domínio do processo produtivo, sendo: a) pesquisa e desenvolvimento de novos fármacos; b) produção de novos fármacos; c) pesquisa clínica e produção de medicamentos; e d) *marketing* e comercialização.

A Diabetes *Mellitus* (DM) foi escolhida em decorrência de sua prevalência estar aumentando no Brasil e por se configurar como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. Registram-se quatro milhões de mortes por ano relativas à diabetes e às suas complicações, o que representa 9% da mortalidade mundial total. O grande impacto econômico ocorre notadamente nos serviços de saúde, como consequência dos crescentes custos do tratamento da doença³.

Desde que foi descoberta, a diabetes passou a ser objeto de estudos científicos e de interesse das firmas na produção de medicamentos. Os avanços no conhecimento, na terapia e na tecnologia tornaram mais eficiente o cuidado dos portadores de DM. Medicamentos, insumos e procedimentos fazem parte do processo inovador, no âmbito da saúde, tendo a insulina sido a grande descoberta, em 1922. Desde então, uma série de esforços tem sido empreendida para diagnóstico, controle e tratamento da doença, ou das ‘doenças’.

A partir das propostas de Marx sobre o papel da tecnologia no funcionamento da economia capitalista, Schumpeter⁴ produziu sua Teoria do Desenvolvimento com base no conceito de monopólio temporário do inovador. A inovação passa a ser considerada imprescindível na promoção da competitividade e do progresso social. Portanto, a mudança tecnológica é compreendida por Schumpeter⁴ como o motor do desenvolvimento capitalista; a firma, o *locus* de atuação do empresário inovador e de desenvolvimento de inovações.

A pressão pela incorporação das tecnologias geradas na indústria farmacêutica, particularmente, tem se traduzido em gastos crescentes dos sistemas de saúde, sobretudo

com o advento da biotecnologia. Ao aplicar conhecimentos da biologia molecular, biologia celular, bioquímica, fisiologia, farmacologia e de outras disciplinas afins, a indústria farmacêutica passou a conviver com duas trajetórias.

A primeira trajetória, com origem no final do século XIX, é baseada na química fina, que possibilitou a criação dos fármacos tradicionais; a segunda emergiu nos anos 1970, a partir da descoberta da estrutura do Ácido Desoxirribonucleico (DNA) (nos anos 1950) e, posteriormente, das técnicas de modificação dessa estrutura, fortemente baseadas na genômica, proteômica e DNA recombinante⁵⁻⁷. As técnicas genômicas estudam o conjunto dos genes e as técnicas proteômica buscam compreender as redes funcionais que são estabelecidas entre as proteínas codificadas pelos genes.

Optou-se por acompanhar as trajetórias tecnológicas, ou seja, a direção tomada pelo desenvolvimento tecnológico dos medicamentos utilizados no controle da DM. De acordo com o Ministério da Saúde³⁽¹⁶⁾,

a diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina, envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros.

Por ser uma doença crônica, que evolui com o decorrer dos anos. Quase todos os pacientes fazem tratamento farmacológico; muitos deles, com o uso de insulina.

Esse corte se justifica pelos avanços da regulação no setor farmacêutico no Brasil e pela criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), em 1999, que marca o início da regulação em saúde, sob a forma de agências que atuam em todos os setores que estão relacionados a produtos e a

serviços que possam afetar a saúde da população brasileira.

Na abordagem neo-schumpeteriana (evolucionária), o progresso técnico é um elemento que afeta o processo de crescimento econômico ao introduzir transformações nos sistemas socioeconômicos, que alteram as estratégias produtivas das empresas. Essas transformações são condicionadas por aspectos internos e aspectos externos.

Na busca da prevenção e do cuidado, novas tecnologias são disponibilizadas nos serviços como opções terapêuticas, que visam a prevenir ou retardar as complicações agudas e crônicas que podem se tornar um sério problema de saúde pública, pois pioram a qualidade de vida dos portadores de diabetes.

O objetivo deste estudo é o de analisar as trajetórias tecnológicas dos medicamentos para o controle da diabetes lançados no Brasil, no período entre 1998 e 2012.

Material e métodos

Marco Teórico

Paradigmas são definidos por Thomas Kuhn⁸⁽¹⁶⁾ como

realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência.

No âmbito econômico, Dosi² relaciona o conceito de paradigma tecnológico, em ampla analogia, com o conceito de paradigma científico de Kuhn. Para ele, o paradigma tecnológico é caracterizado pelo conjunto de métodos e regras que conduzem da descoberta à resolução dos problemas. Trata-se de um padrão normal de atividades, circunscrito aos limites do paradigma. A mudança de um paradigma geralmente implica a mudança da trajetória tecnológica².

A trajetória tecnológica estabelece um agrupamento de possíveis direções a serem seguidas. Pode haver trajetórias mais poderosas, a depender do conjunto de tecnologias excluído por essa trajetória. Existe, ainda, a possibilidade do progresso numa trajetória, como a de conservar aspectos cumulativos. Portanto, futuros avanços dependem das tendências tecnológicas desenvolvidas pelas empresas ou pelo País, e que já ocupam a fronteira tecnológica.

Nessa perspectiva, as inovações radicais, ou seja, as inovações que constituem a entrada de algo realmente novo no mercado, como uma nova molécula ou um novo modelo de produção (biotecnologia moderna), contribuem para a construção de trajetórias, podendo, inclusive, como no segundo caso, constituir um paradigma tecnológico. As inovações incrementais, por seu turno, são muito importantes, tanto do ponto de vista econômico quanto social, mas constituem apenas melhorias ou modificações de bens ou processos existentes.

Estratégia empírica

Para acompanhar as trajetórias tecnológicas adotadas no desenvolvimento dos medicamentos utilizados para o controle da diabetes, foi aplicada uma metodologia de natureza qualitativa, descritiva, exploratória. Para compreender melhor a inserção desse conceito no setor saúde, optou-se por acompanhar os antidiabéticos lançados no Brasil, no período de 1998 a 2012.

O recorte temporal definido decorre do fato de que, em 1998, foi publicada a Política Nacional de Medicamentos (PNM), que definiu diretrizes para garantir a segurança, a eficácia e a qualidade dos medicamentos, o seu uso racional e o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais. Além disso, em 1999, foi criada a Lei nº 9.787/1999 (Lei dos Genéricos), que reduziu o preço médio dos medicamentos nos mercados.

Inicialmente, foi realizado um levantamento bibliográfico na base de dados da

Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Utilizou-se, na busca, o descritor *Diabetes Mellitus*; ano de publicação, entre 1998 e 2012; restrita a humanos; e texto completo disponível. Foram analisados 108 artigos acerca das tecnologias envolvidas no controle da diabetes. Posteriormente, foi realizada uma nova busca na BVS e na Scientific Electronic Library Online (SciELO), a partir dos descritores: insulina, hipoglicemiantes, medicamentos. Do total de 24 artigos, oito foram selecionados, os que se referiam ao tratamento medicamentoso e à sua evolução para o cuidado da diabetes. Na base de dados do Pubmed, foram utilizados os descritores: *antidiabetic drugs*; *insulin therapy*; *diabetes mellitus*; *diabetes type 2*. A escolha dos artigos seguiu os mesmos critérios.

As informações sobre os fornecedores de antidiabéticos foram levantadas no sistema de avaliação de fármacos lançados (genéricos) na base de dados Newport, da Thomson Reuters®. Esta foi consolidada como base de dados para instituições interessadas no mercado de genéricos e similares, medicamentos de venda livre e fabricantes de insumos ativos, para auxiliar na identificação e na avaliação de produtos em fase de comercialização e oportunidades de licenciamento.

Trata-se de uma base de dados paga e de acesso restrito, onde a busca foi realizada através do *Target Products Search*, a partir dos seguintes descritores: país onde os produtos foram lançados (*Launched Products*) – no caso deste estudo, o Brasil; o período de lançamento (*Pack Launch Date*), de 01/01/1998 até 31/12/2012; e a categoria terapêutica escolhida foi *EphMRA (A10 – Drugs Used In Diabetes)*, medicamentos antidiabéticos.

A partir desses critérios de busca, foram extraídos do banco de dados 42 medicamentos lançados no mercado e que possuíam seu princípio ativo relacionado ao tratamento da diabetes tipo 1 e 2 como antidiabéticos. Desse total, sete medicamentos referiam-se ao tratamento de comorbidades, e por isso foram excluídos da análise.

Os 35 medicamentos, antidiabéticos considerados válidos, foram classificados por grupos farmacológicos e terapêuticos com relação à sua afinidade farmacodinâmica, ou seja, pela ação dos efeitos fisiológicos dos fármacos nos organismos e seus mecanismos de ação.

Para identificar a existência ou não de inovação, os medicamentos foram analisados individualmente a partir do seu princípio ativo. Após essa análise, foi feito um comparativo das inovações ocorridas, por grupo farmacológico. Para isso, foram determinadas as possíveis alterações no princípio ativo, a cada lançamento, para se identificar o tipo de inovação disponibilizada no mercado brasileiro. A despeito de, a partir de 2012, terem sido lançados no mercado novos medicamentos para diabetes, o acesso à base de dados utilizada para levantamento dos fornecedores e tecnologias não estava mais disponível devido ao encerramento da licença. Tal

fato se constitui uma limitação do estudo.

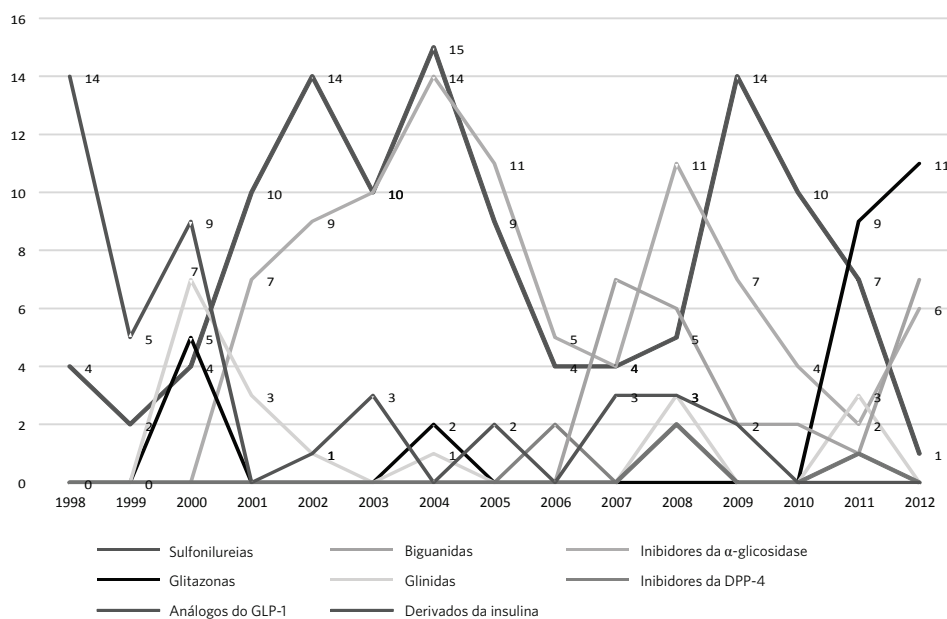
Resultados

Os dados foram produzidos a partir dos resultados apurados na base de dados da Newport®. A análise possibilitou verificar os tipos de inovações ocorridas no período analisado, bem como, através da bibliografia disponível, responder sobre a mudança ou não de paradigma para o cuidado da diabetes.

Dinâmica do mercado de antidiabéticos

Os medicamentos antidiabéticos, lançados no Brasil, foram classificados em oito grupos farmacológicos, conforme *gráfico 1*, abaixo.

Gráfico 1. Medicamentos por grupos farmacológicos e lançamentos no Brasil



Fonte: Guimarães⁹.

No *quadro 1*, a seguir, encontram-se relacionados os efeitos terapêuticos dos

medicamentos antidiabéticos, por grupo farmacológico.

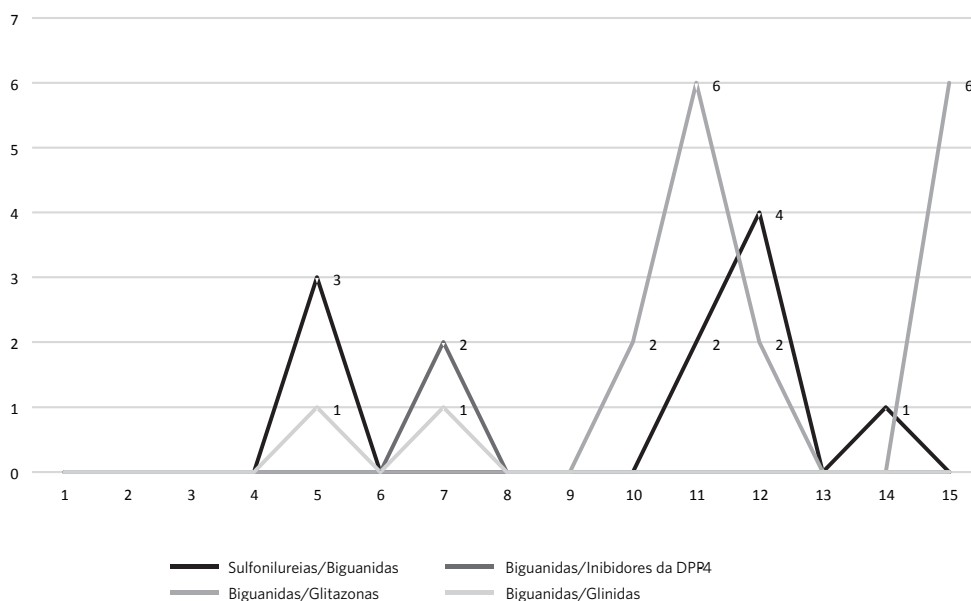
Quadro 1. Efeitos terapêuticos dos medicamentos antidiabéticos, por grupo farmacológico

Grupos farmacológicos	Efeito terapêutico
Sulfonilureia	Ser um secretagogo beta-pancreático de ação lenta que aumenta a secreção de insulina. Trata-se de um hipoglicemiante, e fazem parte deste grupo os medicamentos: chlorpropamide, gliclazide, glimepiride, glipizide, e glyburide.
Biguanida	Diminui a produção hepática de glicose e aumenta a sensibilidade à insulina no músculo esquelético, no tecido adiposo e, especialmente, no fígado, reduzindo a gliconeogênese hepática e aumentando a captação periférica de glicose.
Inibidores da α -glicosidase	Retardam a absorção intestinal de carboidratos. Faz parte deste grupo a acarbose.
Glitazonas	Aumenta a sensibilidade à insulina em músculo, adipócito e hepatócito. Os medicamentos que fazem parte deste grupo são: pioglitazone hydrochloride e rosiglitazone maleate.
Glinidas	Trata-se de um secretagogo beta-pancreáticos de ação rápida. Estão neste grupo: nateglinide e repaglinide.
Inibidores da DPP-4 ou gliptinas	Prolongam a ação dos hormônios insulina e glucagon, inibindo a enzima DPP-4, que desativa as incretinas. A linagliptin, saxagliptin, hydrochloride monohydrate, sitagliptin phosphate monohydrate, vildagliptin e sitagliptin phosphate fazem parte deste grupo.
Análogos do GLP-1	Mimetizam a ação dos hormônios GLP-1 secretados pela porção final do intestino delgado, promovendo a saciedade e a secreção de insulina. Os medicamentos que fazem parte deste grupo são: exenatide e liraglutide.
Derivados da insulina	Tecnologia aplicada na produção de insulina artificial. Aumenta seu perfil absorptivo e metabólico. Trata-se de um grupo com grande número de medicamentos, sendo eles: insulín aspart, insulín detemir, insulín glargine, insulín glulisine recombinant, insulín human recombinant, insulín isophane recombinant human, insulín lispro recombinant.

Fonte: Guimarães⁹.

O gráfico 2 apresenta a associação entre diferentes medicamentos, por grupos farmacológicos.

Gráfico 2. Associações entre os medicamentos por grupos farmacológicos

Fonte: Guimarães⁹.

Verifica-se que o grupo Sulfonilureia, ao ser associado à Biguanida, permite a diminuição da HbA1C e da hipoglicemia grave, com baixo custo e ganho de peso para o paciente. Esses medicamentos são: glimepiride, associado à metformin hydrochloride; glyburide, associado à metformin hydrochloride¹⁰. Os princípios ativos metformin e metformin hydrochloride permitem outras associações.

a) Glitazonas — essa associação permite menor risco hipoglicêmico, diminuição da HbA1C, com alto custo e ganho de peso para o paciente (formação de edemas). Fazem parte deste grupo a metformin hydrochloride e rosiglitazone maleate;

b) Inibidores da DPP-4 — a associação permite menor risco hipoglicêmico, diminuição intermediária da HbA1C, com alto custo e sem influência no peso do paciente. Os medicamentos que fazem parte deste grupo são o linagliptin, saxagliptin hydrochloride monohydrate, sitagliptin phosphate monohydrate, vildagliptin e sitagliptin phosphate;

c) Glinidas — a associação permite a estimulação de secreção no sistema

pancreático de insulina e sensibilização do sistema hepático para os hormônios hipoglicêmicos. Os medicamentos que fazem parte desta associação são a metformin e a nateglinide¹⁸.

Destacam-se, também, as associações direcionadas à diminuição dos eventos hipoglicêmicos na fase intraprandial, em pacientes com baixa resposta à monoterapia insulínica; uma insulina de ação normal com uma de longa duração para controle dos níveis glicêmicos, entre a insulin aspart/insulin aspart protamine, insulin human recombinant/insulin isophane recombinant human¹⁰.

Inovação nos medicamentos antidiabéticos

Atualmente, as empresas utilizam a inovação, radical ou incremental, como uma estratégia para diferenciar e garantir a competitividade de seus produtos no mercado. O *quadro 2*, a seguir, apresenta a análise do tipo de inovação e ilustra os resultados do exame do tipo de inovação, apresentados nos medicamentos antidiabéticos, a partir dos princípios ativos, nos grupos farmacológicos, e a classificação do tipo de inovação.

Quadro 2. Análise do tipo de inovação

Grupo Farmacológico	Princípio Ativo	Característica de Inovação	Tipo de Inovação
Análogos do GLP-1	Exenatide	Os registros de patentes estão relacionados a novos usos para outras patologias e concentrações da droga. (ANDRETA et al., 2008)	Incremental
Análogos do GLP-1	Liraglutide	Medicamentos com patente em 2011 pela FDA sem mudanças no esquema terapêutico, com outra rota de controle glicêmico ²⁷ .	Incremental
Biguadinas	Metformin	As patentes foram caracterizadas por mudanças na farmacotécnica do medicamento. Ocorreram mudanças na apresentação da concentração da droga com intuito terapêutico de controle da glicemia intraprandial. (PINTO et al., 2011)	Incremental
Biguadinas	Metformin Hydrochloride	As patentes foram caracterizadas por mudanças na farmacotécnica do medicamento. Ocorreram mudanças na apresentação da concentração da droga com intuito terapêutico de controle da glicemia intraprandial. (PINTO et al., 2011)	Incremental

Quadro 2. (cont.)

Derivadas da insulina	Insulin Aspart	Análogo de ação rápida da insulina humana, modificação estrutural, mesma farmacocinética e farmacodinâmica da insulina glulisine recombinant. As patentes são para uso de outras patologias além da diabetes. (CONEGERO, 2011)	Incremental
Derivadas da insulina	Insulin Glargine	Uma administração diária de insulina tem a mesma eficácia anti-hiperglicêmica que múltiplas doses diárias de insulina NPH, com uma menor frequência de episódios hipoglicêmicos em intervalos maiores, período interprandial ²⁸ .	Incremental
Derivadas da insulina	Recombinant Glulisine Insulin	Análogo de ação rápida, modificação estrutural, mesma farmacocinética e farmacodinâmica da insulina aspart. (KLAUS et al., 2006)	Incremental
Derivadas da insulina	Recombinant Human Insulin	BPH - insulina protamínica neutra de Hagedorn. (CONEGERO et al., 2011)	Incremental
Derivadas da insulina	Biphasic Insulin	Análogo de ação rápida, modificação estrutural. (HOLMAN et al., 2007)	Incremental
Derivadas da insulina	Insulin Degludec	Insulina basal de ultraduração. (HOLMAN et al., 2007)	Incremental
Derivadas da insulina	Insulin Detemir	Uma administração diária de insulina tem a mesma eficácia anti-hiperglicêmica que múltiplas doses diárias de insulina NPH, com uma menor frequência de episódios hipoglicêmicos em intervalos intermediários, período interprandial. (HOLMAN et al., 2007)	Incremental
Derivadas da insulina	Recombinant Lispro Insulin	Primeiro análogo da insulina de ação rápida que está relacionado com recentes associações medicamentosas com outros derivados e grupos antidiabéticos. (PEREZ; RULL, 2005).	Incremental
Glinidas	Nateglinide	Os registros de patentes estão relacionados a novos usos para outras patologias, tais como: colite ulcerativa, síndrome pré-menstrual, doenças cardiovasculares, doenças do tecido conjuntivo, desordem metabólica, neoplasias, fibrose cística. (RAMALHO; LIMA, 2006).	Incremental
Glinidas	Repaglinide	Os registros de patentes estão relacionados a novos usos para outras patologias, tais como: distúrbios do metabolismo de lipídeos, doença muscular, epilepsia, doença ocular, dislexia, disfasia, distonia, fraqueza muscular, doença neurológica ²⁴ .	Incremental
Glitazonas	Rosiglitazone	Registros de patente para novas patologias ou adequação de concentração da droga (desordem psiquiátrica, artrite, psoríase, asma, colite ulcerativa, cisto do ovário). (SILVA; CASTRO, 2010).	Incremental
Glitazonas	Pioglitazone	Registro de patente para novas doenças, tais como: caqueixa, anorexia nervosa, doença inflamatória intestinal, osteoporose, artrite, aterosclerose, doença autoimune, síndrome da imunodeficiência adquirida, doença de Alzheimer, artrite reumatoide, coma, desordem consciência, doença cerebrovascular, doença respiratória, distúrbio auditivo, hiperplasias. (BRANCHTEIN; MATOS, 2002).	Incremental
Glitazonas	Pioglitazone Hydrochloride	Registro de patente para novas doenças, tais como: caqueixa; anorexia nervosa, doença inflamatória intestinal, osteoporose, artrite, aterosclerose, doença autoimune, síndrome da imunodeficiência adquirida, doença de Alzheimer, artrite reumatoide, coma, desordem consciência, doença cerebrovascular, doença respiratória, distúrbio auditivo, hiperplasias ²³ .	Incremental
Inibidores da DPP-4	Linagliptin	Registro de patente associado à obesidade, arterosclerose, anorexia, Sida, doenças autoimunes, infertilidade, ovário cisto, desordem do crescimento, doença inflamatória intestinal, obesidade, anorexia nervosa, osteoporose, artrite, aterosclerose, doença autoimune, síndrome da imunodeficiência adquirida, hiperinsulina, não insulino-dependente, diabetes mellitus, complicação diabética. (TASKINEN et al., 2011)	Incremental

Quadro 2. (cont.)

Inibidores da DPP-4	Saxagliptin	Registro de patente associado à obesidade, arterosclerose, anorexia, Sida, doenças autoimunes, infertilidade, ovário cisto, desordem do crescimento, doença inflamatória intestinal, obesidade, anorexia nervosa, osteoporose, artrite, aterosclerose, doença autoimune, síndrome da imunodeficiência adquirida, hiperinsulinemia, não insulino dependente, diabetes mellitus, complicações diabéticas. (ROSENSTOCK et al., 2009)	Incremental
Inibidores da DPP-4	Sitagliptin Phosphate Monohydrate	Registro de patente associado à obesidade, arterosclerose, anorexia, Sida, doenças autoimunes, infertilidade, ovário cisto, desordem do crescimento, doença inflamatória intestinal, obesidade, anorexia nervosa, osteoporose, artrite, aterosclerose, doença autoimune, síndrome da imunodeficiência adquirida, hiperinsulinemia, não insulino dependente, diabetes mellitus, complicações diabéticas. (SILVA; CASTRO, 2010).	Incremental
Inibidores da DPP-4	Vildagliptin	Registro de patente associado à obesidade, arterosclerose, anorexia, Sida, doenças autoimunes, infertilidade, ovário cisto, desordem do crescimento, doença inflamatória intestinal, obesidade, anorexia nervosa, osteoporose, artrite, aterosclerose, doença autoimune, síndrome da imunodeficiência adquirida, hiperinsulinemia, não insulino dependente, diabetes mellitus, complicações diabéticas. (ALEXANDER et al., 2008).	Incremental
Inibidores da α -glicose	Acarbose	Foi identificado como incremental na sua formulação ou apresentação em novas concentrações e caracterização do processo de obtenção da acarbose como suplemento no tratamento da diabetes, bem como uso para outras patologias gastrointestinais. (INZUCCHI, 2002).	Incremental
Sufanilureias	Gliclazide	As patentes foram caracterizadas por mudanças na farmacotécnica do medicamento (formas de liberação retardada e prolongada). Ocorreram mudanças na apresentação da concentração da droga com intuito terapêutico de controle da glicemia intraprandial. (BRANCHTEIN; MATOS, 2006).	Incremental
Sufanilureias	Glimepiride	As patentes foram apresentadas para doenças associadas a diabetes, hipertensão, obesidade, resistência à insulina, desequilíbrio do metabolismo lipídico. (ARAÚJO; BRITO; CRUZ, 2000).	Incremental
Sufanilureias	Glipizide	As patentes foram apresentadas para doenças associadas a diabetes, hipertensão, obesidade, resistência à insulina, desequilíbrio do metabolismo lipídico. (GONZALEZ; PEREZ, 2008).	Incremental
Sufanilureias	Glyburide	As patentes foram apresentadas para doenças associadas a diabetes, hipertensão, obesidade, resistência à insulina, desequilíbrio do metabolismo lipídico. (GONZALEZ; PEREZ, 2008).	Incremental

Fonte: Elaboração própria, com base em Guimarães⁹.

Na análise do tipo de inovação ocorrida nos princípios ativos, no período de 1998 a 2012, constatou-se que não houve inovação radical. As mudanças ocorridas no grupo dos Análogos do GLP-1 referem-se aos novos usos do medicamento em outras patologias, concentração da droga e medicamento com patente em 2011, pela Food and Drug Administration (FDA), sem mudanças no esquema terapêutico com outra rota de controle glicêmico.

No grupo da Biguanidas, a inovação refere-se às mudanças ocorridas na apresentação da concentração da droga e na apresentação do medicamento na forma de cápsula, comprimido e pó.

Quanto aos ‘derivados da insulina’, a inovação é proveniente do uso em outras patologias; menor frequência de episódios hipoglicêmicos em intervalos maiores no período interprandial, síntese de análogos de

ação rápida e de ultralonga duração através de uma administração diária na busca de diminuir a frequência de episódios hipoglicêmicos em intervalos intermediários.

No grupo dos Glinidas, Glitazonas e Inibidores da DPP-4, os registros de patentes estão relacionados a novos usos para outras patologias.

Para os inibidores da α -glicosidase, ocorreu a apresentação em novas concentrações e caracterização do processo de obtenção da acarbose como suplemento no tratamento da diabetes, bem como em outras patologias.

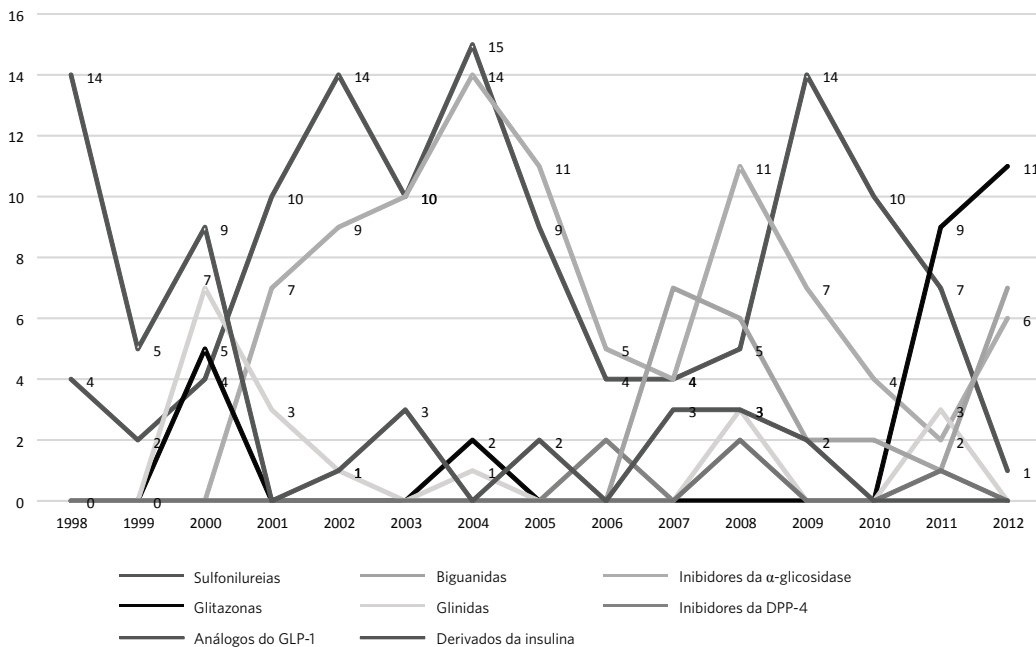
Por fim, no grupo das Sulfonilureias, as patentes foram caracterizadas por mudanças

nas formas de liberação retardada e prolongada, mudanças na apresentação da concentração da droga e para doenças associadas à diabetes, tais como hipertensão, obesidade, resistência à insulina, desequilíbrio do metabolismo lipídico.

Trajетórias tecnológicas dos medicamentos genéricos, antidiabéticos

A partir da análise do processo de inovação, foram traçadas as trajetórias tecnológicas dos medicamentos genéricos, antidiabéticos, apresentadas no *gráfico 3*.

Gráfico 3. Medicamentos por grupos farmacológicos e lançamentos no Brasil



Fonte: Guimarães⁹.

O *gráfico 3* apresenta os medicamentos e seus respectivos números de lançamentos no Brasil, no período de 1998 a 2012, na trajetória correspondente. No entanto, as duas trajetórias começaram a apresentar sinais de

esgotamento nos anos 2000. Entre os anos de 2000 e 2005, foram aprovados 104 biofármacos no mercado; e de 2006 a 2009, quando se ampliou a desaceleração da introdução de novas tecnologias, foram aprovados 25.

A despeito da desaceleração, esse segmento tem ampliado sua participação na indústria em função do seu elevado custo. Nos anos de 2000 e 2009, a participação desses produtos nas vendas da indústria farmacêutica atingiu

13%, em 2009, contra 6,5%, em 2000^{11,12}.

No quadro 3, abaixo, podem-se verificar os medicamentos genéricos, lançados no Brasil, de acordo com a sua trajetória tecnológica.

Quadro 3. Medicamentos lançados ao longo das trajetórias tecnológicas

Trajетória tecnológica baseada em química fina

Acarbose, chlorpropamide, exenatide, gliclazide, glimepiride, glipizide, glucagon, glyburide, linagliptin, liraglutide, metformin, metformin hydrochloride, nateglinide, pioglitazone hydrochloride, repaglinide, rosiglitazone maleate, saxagliptin hydrochloride, sitagliptin phosphate monohydrate, vildagliptin, metformin hydrochloride/rosiglitazone maleate, metformin hydrochloride/saxagliptin hydrochloride, metformin hydrochloride/sitagliptin phosphate monohydrate, metformin hydrochloride/vildagliptin, glimepiride/metformin hydrochloride, glyburide/metformin hydrochloride.

Trajетória tecnológica baseada em biotecnologia moderna

Insulin aspart, insulin detemir, insulin glargine, insulin glulisine recombinant, insulin human recombinant, insulin isophane recombinant human, insulin lispro recombinant, insulin aspart/insulin aspart protamine, insulin human recombinant/insulin isophane recombinant human.

Fonte: Elaboração própria.

Discussão

Em função da imaturidade do sistema de inovação brasileiro, as empresas farmacêuticas nacionais não são líderes no processo de inovação. No caso dos antidiabéticos, as patentes aqui depositadas são de grandes corporações internacionais. Apesar dos recentes esforços em articular a Política de Saúde com as Políticas Industriais e Tecnológicas e de Ciência e Tecnologia (C&T), de modo a garantir o equilíbrio entre a lógica sanitária, voltada para o atendimento de necessidades, prestação de uma atenção com qualidade, efetividade e equidade¹³; e a lógica econômica, baseada no lucro, os reflexos em termos de novos produtos ainda são escassos.

Um conhecimento novo pode propiciar uma inovação que apresente uma utilidade econômica para a sociedade. No Brasil, historicamente, ocorreu uma desconexão entre a política científica e tecnológica e as políticas de saúde. Isso se traduz em um descompasso entre a produção de conhecimento e sua aplicação^{7,14}.

Esse comportamento contribui para que a capacidade de inovação do segmento seja incipiente e reforça a dependência externa de bens voltados para a saúde.

Para o controle da diabetes, novas tecnologias, produtos e serviços são lançados diariamente no mercado, e novos processos são incorporados nos serviços de saúde, guiados pela lógica do grande capital internacional, que fortalece o modelo médico hegemônico de atenção adotado, curativo e intensivo em tecnologias materiais. As tecnologias geradas são, em geral, agregativas, e não substitutivas, sendo que os critérios de obsolescência são complexos, e as demandas pressionam os sistemas de saúde.

Portanto, a Organização do Sistema de Saúde é um elemento estratégico no setor saúde, ao apontar que direção a inovação deve seguir. Neste sentido, a despeito de uma série de políticas voltadas para a promoção e a prevenção, observa-se uma tensão crescente entre as lógicas sanitária e econômica, decorrentes da introdução

das sucessivas inovações no mercado. Ou seja, quando diferentes necessidades concorrem pelos mesmos recursos, as necessidades deveriam ser subordinadas à política nacional de saúde, em suas diferentes esferas. No entanto, dada a estrutura de mercado fortemente oligopolizada da indústria farmacêutica, essas tecnologias têm sido incorporadas rapidamente pelo sistema de saúde.

Portanto, a PNM é um instrumento fundamental para a promoção da assistência à saúde da população e para garantir segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos. Entretanto, é preciso garantir uma política de medicamentos de interesse para a saúde. Isto é, que assegure a integralidade de forma efetiva e segura, porém, sem comprometer a sustentabilidade do sistema¹².

É preciso buscar mecanismos de controle dos laboratórios para assegurar que tanto o poder público quanto os cidadãos não fiquem sujeitos à vontade privada. Talvez, a intensificação de parcerias com o setor privado possa ser favorável à inovação no País.

Mudança de paradigma no cuidado da diabetes

Para o cuidado da diabetes, observou-se que as inovações continuam baseadas na utilização de propostas medicamentosas que utilizam os mesmos conceitos clínicos de controle do índice glicêmico intracelular e vascular dos últimos 14 anos¹⁴.

Não houve inovação radical no período. As inovações radicais e incrementais estão associadas ao surgimento de um paradigma tecnológico que se iniciou com a ascensão e a consolidação da química fina, no final do século XIX, e da biotecnologia, no final do século XX. Trata-se de duas trajetórias distintas que levam à criação de um padrão de produção muito semelhante em sua finalidade. Portanto, não houve a consolidação de um novo paradigma. Não houve uma redução de custos ou um crescimento

rápido na oferta, com potencial para uso ou incorporação dessa tecnologia em vários processos e produtos no sistema econômico, mudando a configuração da estrutura produtiva hegemônica¹⁴.

A inovação ocorrida no tratamento da diabetes caracteriza-se pela perspectiva de inclusão de novos protocolos clínicos e adequações posológicas dos grupos de fármacos reconhecidos como antidiabéticos, medicamentos de controle glicêmico e insulinas recombinantes¹⁴, e, também, na busca de novos alvos metabólicos efetivos para o tratamento da diabetes.

Tais tendências na pesquisa sobre o cuidado da diabetes estão exemplificadas no estudo de enzimas ativadoras do desempenho glicêmico ou receptores de ácidos graxos livres¹⁵⁻¹⁷.

Outros caminhos envolvem genes como Wnt, NAD +, precursores da nicotinamida, fatores de transcrição da classe 'O', citocinas e fatores de crescimento de Eritropoietina (EPO). Cada um deles determina o desenvolvimento, a sobrevivência e os mecanismos de lesão e longevidade celular na diabetes¹⁸.

Entre as propostas do cuidado com a diabetes, todas estão relacionadas ao perfil e à resposta glicêmica tecidual do paciente, estabelecendo adequações medicamentosas com associações entre os medicamentos antidiabéticos e insulinas recombinantes disponíveis no mercado. Essas convergências nas inovações metabólicas, acima citadas, estão relacionadas à modulação da homeostase da glicose e à sensibilidade da insulina, demonstrando uma estratégia clínica de aprimoramento aos tratamentos abordados no controle glicêmico, com os medicamentos e a terapia insulínica existentes e compreensão de novas rotas de adequação glicêmica da diabetes, sem mudanças de paradigmas tecnológicos no seu tratamento, uma vez que não houve o surgimento de um problema científico que não pudesse ser resolvido pelos instrumentos já existentes.

Trajetórias tecnológicas: possíveis direções a seguir

No âmbito da indústria farmacêutica, duas trajetórias distintas convivem e disputam o mercado.

Uma baseada na química fina, com origem no final do século IX e que engendrou os fármacos tradicionais, e aquela nascida da biologia molecular que começa a se desenvolver a partir da segunda metade do século XX¹²⁽¹⁸⁶⁾.

No caso dos antidiabéticos, a introdução de inovações radicais talvez seja ainda mais tímida. Na análise dos princípios ativos dos 26 antidiabéticos lançados no período, verificou-se que todos apresentaram inovações incrementais, ou seja, incorporaram pequenas alterações nas características técnicas dos medicamentos, não se configurando o desenvolvimento de um novo produto.

Confirma-se, desse modo, que nesse tipo de inovação as diferenças apresentadas podem estar nas características técnicas, na qualidade, na produtividade, na eficiência técnica, nos custos, pois resultam de um conjunto de melhorias sucessivas a que estão submetidas todas as tecnologias com o uso, não implicando o surgimento de novos produtos ou processos ou a exploração de novos mercados^{12,19}.

Apesar de o Brasil ser um país com grandes desigualdades sociais, é importante garantir aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) o acesso às inovações tecnológicas em saúde disponíveis no mercado e, assim, garantir o cuidado integral. Para Merhy²⁰, o cuidado integral ocorreria a partir de uma combinação generosa e flexível de tecnologias duras, leve-duras e leves. Nesse sentido, o Ministério da Saúde exerce grande influência nos percursos da incorporação. Apesar da sua fraca atuação no percurso científico, ao deter o poder de compra da tecnologia, é responsável pela concessão do registro dos medicamentos, por diretrizes terapêuticas, negociação de preços,

aquisição e distribuição de medicamentos. Além disso, é de responsabilidade do MS regulamentar o processo de incorporação de tecnologias ao SUS, de modo a atender às demandas de saúde, o que pressupõe levar em conta tanto as questões de risco e efetividade quanto às políticas e de custo.

Conclusões

Tem sido um grande desafio para os sistemas de saúde no mundo cuidar da população com alta prevalência de diabetes, frente a uma crescente demanda por procedimentos diagnósticos e terapêuticos desses pacientes, principalmente na saúde, onde bens são gerados num conjunto de segmentos produtivos que compartilham um elevado grau de inovação, em que a principal estratégia para o retorno do investimento e para a lucratividade é a proteção patentária. Fato que implica elevados preços de entrada dessas tecnologias no mercado, inclusive após a expiração das patentes, tendo em vista os elevados investimentos em *marketing*.

A base produtiva desses bens e serviços é relevante na geração, incorporação e difusão de inovação, dado que as indústrias são intensivas em ciência e tecnologia. No Brasil, a capacidade de inovação do setor de saúde é limitada às áreas mais distantes da fronteira tecnológica, sendo marcante a produção de medicamentos genéricos, ou seja, aqueles cujas patentes expiraram. Isso decorre da falta de conexão entre as políticas científica e tecnológica e a política de saúde, apesar do Complexo Econômico Industrial da Saúde (Ceis) ser reconhecido como um segmento importante para o desenvolvimento econômico. Portanto, o descompasso entre a produção de conhecimento e sua aplicação reflete dependência externa de bens voltados para a saúde, sendo o perfil industrial no Brasil composto pelo segmento de produção nacional público, nacional privado e de empresas de capital transnacional.

Articular as políticas de saúde e de C&T às políticas industrial e comercial reduz a dependência tecnológica na área de saúde e possibilita a pesquisa e o desenvolvimento de bens e serviços, visando a atender às necessidades de saúde da população brasileira.

No âmbito do SUS, é imprescindível definir o padrão tecnológico. Ou seja, definir as tecnologias mais seguras, mais eficazes e que podem favorecer a implantação de um modelo integral de atenção à saúde. No que tange ao cuidado da diabetes, a oferta de tecnologias tradicionais, associadas às estratégias preventivas, tem se traduzido em melhorias nos indicadores de morbidade sem grandes impactos para o orçamento da saúde. Por seu turno, a criação de capacidade científica interna, especialmente pelos laboratórios públicos, pode constituir uma estratégia importante para as tecnologias de base biotecnológica, que têm respondido por parcelas significativas dos gastos com medicamentos do SUS (em torno de 5%, em termos de quantidade, e quase 50% em valor monetário)¹².

Para isso, é fundamental levar este debate para o campo da saúde coletiva. Para o projeto da Reforma Sanitária, no Sistema

Universal de Saúde, é imprescindível garantir uma proposta de desenvolvimento tecnológico coerente com os princípios do SUS.

Colaboradores

Guimarães JMM contribuiu para a concepção e o planejamento, análise e interpretação dos dados; elaboração do rascunho, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. Aragão ES contribuiu para a interpretação dos dados, elaboração do rascunho, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. Galdino FSS contribuiu com as seguintes atividades: interpretação dos dados, elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo, e aprovação da versão final do manuscrito. Almeida BA contribuiu para a interpretação dos dados, elaboração do rascunho, revisão crítica do conteúdo e participou da aprovação da versão final do manuscrito. Silva SALS contribuiu para a interpretação dos dados, elaboração do rascunho, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Brasil. Portaria nº 2.583, de 10 de outubro de 2007. Define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei nº 11.347/2006, aos usuários portadores de Diabetes Mellitus. Diário Oficial da União. 10 Out 2007.
2. Dosi G. Mudança Técnica e Transformação Industrial: a teoria e uma aplicação à Indústria dos Semicondutores. São Paulo: Unicamp; 2006.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Diabetes Mellitus. Brasília, DF: MS; 2006.

4. Schumpeter J. A. Teoria do desenvolvimento econômico: uma investigação sobre lucros, capital, crédito, juro e o ciclo econômico. São Paulo: Nova Cultural; 1997.
5. Orsenigo L, Dosi G, Mazzucato M. The dynamics of knowledge accumulation, regulation and appropriability in the pharma-biotech sector: some policy issues. In: Mazzucato M, Dosi G, editores. Knowledge accumulation and industry evolution: pharma-biotech. Cambridge University Press: UK; 2006. p. 402-431.
6. Malerba F, Orsenigo L. Innovation and market structure in the dynamics of the pharmaceutical industry and biotechnology: towards a history-friendly model, Industrial and Corporate Change. In: Winter Conference; 2001 jun 12-15. Aalborg: Druid; 2001.
7. Aragão E, Loureiro S, Temporão JG. Trajetórias tecnológicas na indústria farmacêutica: desafios para a equidade no Brasil. In: Paim JS, Almeida Filho N, organizadores. Saúde Coletiva: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Medbook; 2014.
8. Kunh T. A Estrutura das Revoluções Científicas. 5. ed. São Paulo: Perspectiva; 2009.
9. Guimarães JMM. Paradigmas e trajetórias tecnológicas em saúde: mídia, acesso e cuidado do diabetes, [tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva; 2014.
10. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. 3. ed. Itapevi: SBD; 2009.
11. Walsh G. Biopharmaceutical Approval Trends: 2009. BioPharm International. 2010; 23(10).
12. Aragão E. Redes de inovação: o caso do segmento de biotecnologias para diagnóstico voltadas a saúde humana [tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva; 2011.
13. Paim JS. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. In: Anais dos Seminários Temáticos Permanentes. 2001 mar 23. Brasília, DF: UFBA/ISC; 2001.
14. Lopes VP, Santos Júnior MC, Santos Júnior AF, et al. Farmacologia do diabetes mellitus tipo 2: anti-diabéticos orais, insulina e inovações terapêuticas. Rev Eletrôn Farmácia. 2012; 9(3):69-90.
15. Freeman C, Perez C. Structural crises of adjustment: business cycles and investment behaviour. In: Dosi G. Technical change and economic theory. Londres: Printer Publishers; 1988.
16. Bordone L, Guarente L. Calorie restriction, SIRT1 and metabolism: understanding longevity. Nat Rev Mol Cell Biol. 2005 abr; 6(4):298-305.
17. Lazar DF, Saltiel AR. Lipid phosphatases as drug discovery targets for type 2 diabetes. Nat Rev Drug Discov. 2006 abr [acesso em 2013 out 10]; 5(4):333-342. Disponível em: <http://www.nature.com/nrd/journal/v5/n4/abs/nrd2007.html>.
18. Zhang S, Zhang ZY. PTP1B as a drug target: recent developments. In PTP1B inhibitor discover. Biochemistry Mol Biol. 2007 maio; 12(9-10):373-381.
19. Caetano R. Paradigmas e trajetórias do processo de inovação tecnológica em saúde. Physis. 1998; 8(2):71-94.
20. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

Recebido em 14/07/2018
Aprovado em 18/09/2018
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

O trabalho em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma difícil integração?

The work in oral health in the Family Health Strategy: is it a tough integration?

Charleni Inês Scherer¹, Magda Duarte dos Anjos Scherer², Sônia Cristina Lima Chaves³, Erica Lima Costa de Menezes⁴

DOI: 10.1590/0103-11042018S216

RESUMO Este estudo analisou a integração da equipe de Saúde Bucal (eSB) à equipe de Saúde da Família (eSF) no Distrito Federal. Trata-se de estudo qualitativo onde dezenove entrevistas, observação do trabalho e análise documental foram conduzidas, e a coleta e a análise, em triangulação, basearam-se em categorias analíticas formuladas a partir das políticas públicas que orientam o trabalho em saúde bucal: trabalho em equipe, ações educativas e intersetoriais, vínculo e acolhimento, acesso e coordenação do cuidado, planejamento e educação permanente, participação e controle social, qualificação da assistência e condições de trabalho. Os resultados evidenciam integração dos profissionais da saúde bucal na interconsulta, nas reuniões de equipe, nas visitas domiciliares, nas ações intersetoriais focadas em escolares e de educação em saúde individual e de grupos, num meio onde predomina o modelo biomédico. Os agentes comunitários se destacam como facilitadores da integração, enquanto os técnicos de saúde bucal permanecem na invisibilidade. Conclui-se que a integração da eSB com a eSF é incipiente e limitada por conflitos de normas e pela forma como se organiza o trabalho na eSF no contexto estudado, constituindo-se em uma difícil integração.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Saúde da família. Saúde bucal. Pesquisa qualitativa.

ABSTRACT *This study analyzed the integration of the Oral Health team (eSB) to the Family Health Team (FHT) in the Federal District. It is a qualitative study where nineteen interviews, work observation and documentary analysis were conducted, and the collection and analysis, in triangulation, were based on analytical categories formulated from public policies that guide the work in oral health: teamwork, educational and intersectoral actions, bonding and reception, access and coordination of care, planning and continuing education, participation and social control, qualification of care and working conditions. The results have evidenced the integration of oral health professionals in inter-consultation, team meetings, home visits, in intersectoral actions focused on school and individual and group health education in a setting where biomedical model predominates. Community workers stand out as facilitators of the integration, while the oral health technicians remain invisible. It is concluded that the integration of eSB with the FHT is incipient and limited by conflicts of rules and the way work is organized in FHT in the context studied, constituting a difficult integration.*

KEYWORDS Primary Health Care. Family health. Oral health. Qualitative research.

¹Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, Coordenação-Geral de Atenção Primária à Saúde – Porto Alegre (RS), Brasil
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1863-4007>
charlenischerer@yahoo.com.br

²Universidade de Brasília (UnB), Departamento de Saúde Coletiva – Brasília (DF), Brasil
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1465-7949>
magscherer@hotmail.com

³Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1476-8649>
sclchaves@gmail.com

⁴Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, Diretoria de Atenção Básica, Núcleo Técnico Científico de Telessaúde – Salvador (BA), Brasil
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3966-6382>
ericalcmenezes@gmail.com



Introdução

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) apresenta três importantes características que a diferenciam da maioria dos modelos de outros países: responsabilidade das equipes multiprofissionais por territórios geográficos com população adscrita, a presença singular dos agentes comunitários de saúde e a inclusão da atenção odontológica no sistema público de saúde¹. O fortalecimento da APS tem sido um processo de avanços e recuos, por intermédio da implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), com ênfase na reformulação dos processos de trabalho segundo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)².

A inserção da saúde bucal e das práticas odontológicas no SUS deu-se de forma paralela à organização dos demais serviços de saúde. Apesar de experiências locais exitosas de inserção da saúde bucal na APS terem ocorrido desde 1995, a inclusão dessa equipe na ESF, em âmbito nacional, ocorreu apenas em 2000³. Em 2004, foram publicadas as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), intituladas Programa Brasil Sorridente, que reforçam a reorganização da atenção à saúde bucal em todos os níveis do SUS e a readequação do trabalho, por meio de interdisciplinaridade e multiprofissionalismo, integralidade da atenção, intersetorialidade, ampliação e qualificação da assistência e definição de padrões para orientar o trabalho⁴.

Em 2002, a cobertura populacional das equipes de Saúde Bucal (eSB) na ESF era de 15% da população brasileira, e, em 2017, passou para 38%, o que corresponde a 77,3 milhões de pessoas⁵. Para além da ampliação do acesso, a inclusão da saúde bucal na ESF tem se constituído em possibilidade de romper com a prática odontológica excludente, tecnicista e biologicista, representando oportunidade de mudança no processo de trabalho. Nesse contexto, a integração da eSB com a de saúde da família tem sido lacuna nos estudos sobre a atenção à saúde bucal no Brasil^{6,7}.

O efeito das eSB no acesso e no tipo de

serviço utilizado foi investigado por Pereira et al.⁸, que apontaram paradoxos, como o fato de esse modelo de atenção não estar produzindo efeitos no sentido de um tratamento mais restaurador e menos mutilador e na ampliação das ações preventivas individuais ou coletivas, ou mesmo um efeito negativo em sete dos doze municípios investigados. Outros estudos que já se debruçaram sobre o processo de trabalho apontam avanços no acesso, acolhimento e vínculo, por um lado, mas poucos resultados nas práticas de promoção de saúde, territorialização e abordagem interdisciplinar^{6,9}.

O trabalho, quando realizado em equipe e de forma cooperativa, tende a ser mais eficaz no alcance dos resultados almejados, e esse pode ser um indicador a ser utilizado na avaliação da implementação de uma política, como é o caso da saúde bucal. Nesse sentido, após mais de uma década da implementação da política nacional de saúde bucal, este artigo analisou a integração da eSB e da equipe de Saúde da Família (eSF).

Material e métodos

Tratou-se de um estudo multicêntrico nacional, com abordagem qualitativa, sobre a saúde bucal na ESF, sendo este um recorte dos achados no Distrito Federal (DF), um dos pioneiros na inserção da saúde bucal no SUS. Em agosto de 2014, ano deste estudo, o DF apresentava cobertura de atenção básica em saúde e de saúde bucal na atenção básica de 54,4% e 26%, respectivamente. A cobertura de saúde bucal na atenção básica é a soma da cobertura estimada de eSB pertencentes à ESF e da cobertura de saúde bucal na atenção básica de eSB equivalentes na atenção básica tradicional. Nesta, cada 40h de carga horária ambulatorial de cirurgiões-dentistas (clínico geral, saúde coletiva) na atenção básica equivale a uma equipe. O cálculo se dá da seguinte forma: cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica = $(n^{\circ} \text{ eSB} \times 3.450) + (n^{\circ} \text{ eSB equivalentes} \times 3.000) / \text{população estimada}$.

Contudo, a cobertura da ESF era de 30%, e das eSB na saúde da família de 8,5%⁵.

Participaram do estudo sete Agentes Comunitários de Saúde (ACS), quatro Técnicos de Enfermagem (TE), dois enfermeiros (E), dois Cirurgiões-Dentistas (CD), dois Técnicos de Saúde Bucal (TSB) e dois Médicos (M) de duas Unidades Básicas de Saúde (UBS), em duas regiões administrativas do DF, o que corresponderia, nos estados, a dois municípios. A escolha do local do estudo e dos participantes ocorreu a partir destes critérios de inclusão: a) equipes completas de saúde da família com eSB, independentemente da modalidade; b) eSF consideradas de bom desempenho pelos gestores, tendo como referência a Política Nacional de Atenção Básica e as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal; c) equipes que, preferencialmente, tinham como referência Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e/ou Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf); d) equipes que participaram do 1º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

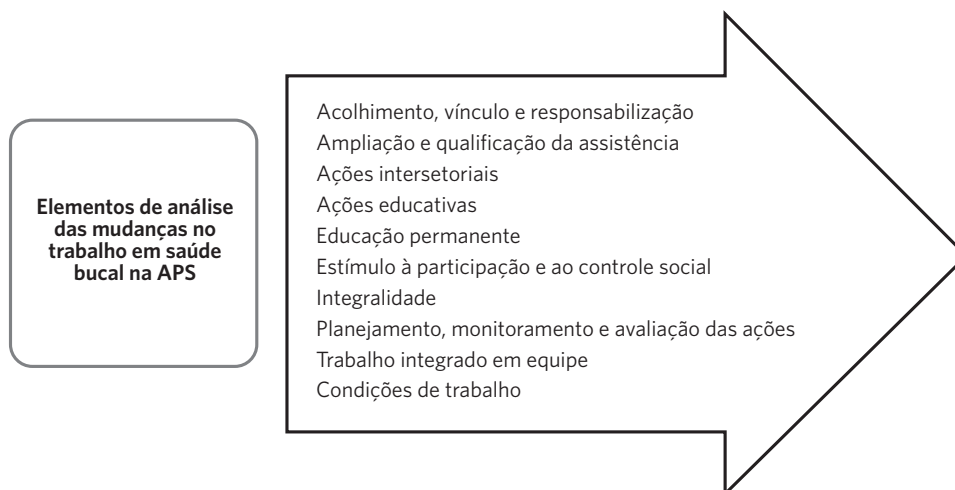
O caráter multiprofissional da amostra teve por objetivo abranger diferentes visões sobre o objeto de estudo, considerando que a saúde bucal não se restringe ao núcleo da

odontologia, mas abrange o campo de competências e responsabilidades de outras áreas profissionais¹⁰. O olhar do pesquisador se voltou para o trabalho em saúde bucal dos profissionais das eSF e das eSB, sem analisar os procedimentos clínicos ou técnicos dos atendimentos assistenciais.

A coleta de dados, orientada por roteiro, foi realizada de janeiro a junho de 2014, por meio de 19 entrevistas semiestruturadas, observação do trabalho e análise das atas das reuniões das equipes. O roteiro buscou conhecer a rotina de trabalho das equipes; composição; processo de trabalho; divisão do trabalho; tomada de decisão; fluxo da assistência e serviços ofertados pela unidade e pela Rede de Atenção à Saúde; organização da UBS; relação do gestor com as equipes; elementos de cooperação; relações entre os profissionais; como a eSB se integra à eSF; e conhecer as ações de saúde bucal desenvolvidas.

O tratamento dos dados, ambos em triangulação¹¹, foram guiados por categorias analíticas prévias, construídas por Scherer e Scherer¹² com o intuito de identificar como esses dados se integram para realizar a atenção à saúde bucal, sendo essa a principal questão norteadora do estudo (*figura 1*).

Figura 1. Elementos de análise das mudanças no trabalho em saúde bucal na Atenção Primária à Saúde

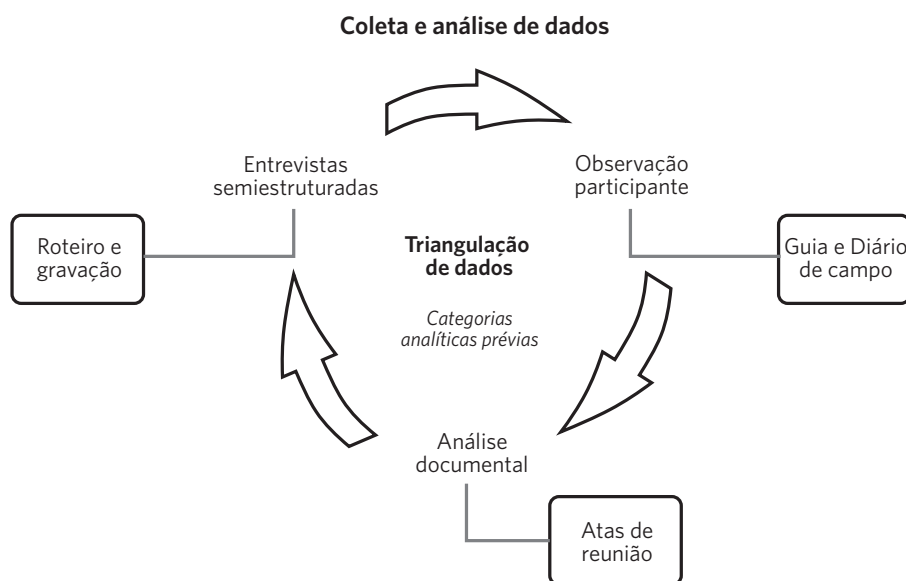


Os participantes foram identificados por letras, que correspondem à sua categoria profissional (ACS: agente comunitário de saúde, CD: cirurgião-dentista, E: enfermeiro, M: médico, TE: técnico de enfermagem, TSB: técnico de saúde bucal), e por números, que correspondem

à quantidade de entrevistados por categoria.

Os recursos disponíveis no *software* Atlas.ti (Qualitative Research and Solutions), versão 7.1.8, serviram como ferramenta para sistematizar e categorizar os dados e subsidiar a análise qualitativa (*figura 2*).

Figura 2. Síntese do percurso metodológico do trabalho de campo e triangulação dos dados



O projeto de pesquisa foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília (Parecer nº 491.461) e da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (Parecer nº 459.739) e seguiu as normas da Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

Os resultados revelam como a eSB se integra no trabalho em equipe, evidenciando a presença de ações que propiciam a integração e outras que demonstram a fragmentação (*quadro 1*).

Quadro 1. A integração da eSB à eSF a partir das categorias analíticas prévias e das ações que as equipes desenvolvem no trabalho.

Categorias	Fortalezas	Fragilidades
Trabalho em equipe, Ações intersetoriais e Ações educativas	<p>Participação e colaboração dos profissionais da equipe, inclusive do médico, com destaque para os ACS nas ações educativas de Saúde Bucal (SB) (com foco na prevenção) realizadas na escola.</p> <p>Articulação e reconhecimento dos profissionais da saúde pelos profissionais da educação.</p> <p>Identificação de parceiros e recursos na comunidade para ações intersetoriais.</p>	<p>Isolamento da equipe de SB da equipe de saúde da família é fortalecido pela estrutura física da UBS.</p> <p>Profissionais não conhecem como se organiza a atenção à SB e o trabalho do outro.</p>
Vínculo e responsabilização e acolhimento	<p>ACS como sujeito promotor do vínculo com a comunidade e capaz de contribuir para a autonomia e a ampliação do cuidado à SB.</p> <p>Visita domiciliar do CD como instrumento para o vínculo e a responsabilização do usuário</p>	<p>O contato do usuário com as equipes na UBS se dá por meio de ‘encaminhamento’ dos profissionais para consultas clínicas de forma independente e individualizada.</p> <p>Fragmentação do acolhimento na UBS.</p>
Acesso e coordenação do cuidado	<p>Atividades em grupo ampliam o acesso e a captação precoce em SB, com participação dos ACS e, às vezes, da enfermeira.</p>	<p>Dificuldades na organização da oferta estimulam a predominância de ações curativas individuais.</p> <p>Barreiras no acesso à atenção à SB, modo de marcação de consulta por lista de espera e o acolhimento à demanda espontânea pouco estruturados.</p> <p>Obstáculos na coordenação do cuidado na rede de atenção à saúde bucal, com destaque para referência às especialidades do CEO.</p>
Planejamento e Educação Permanente em Saúde (EPS)	<p>Reunião de equipe instituída e valorizada pelos profissionais para o planejamento das ações.</p> <p>Presença de espaços informais no trabalho para o diálogo e trocas.</p>	<p>Predomínio de ofertas de educação continuada (cursos e capacitações).</p> <p>Formação dos profissionais de saúde bucal separada dos demais.</p>
Qualificação da assistência e Condições de trabalho	<p>Reconhecimento pelos gestores do trabalho da equipe, em especial, pelo desempenho no 1º ciclo do PMAQ.</p> <p>PMAQ como estratégia para redefinição do território de abrangência conforme diretrizes do Ministério da Saúde.</p>	<p>Ausência de clareza do uso dos recursos do PMAQ desestimula a equipe para próxima adesão ao programa.</p> <p>A falta de alguns materiais e de apoio dos gestores prejudica o trabalho das equipes.</p>
Participação da comunidade e controle social	<p>PMAQ como estratégia para estímulo aos profissionais na participação e colaboração para o controle social.</p>	<p>Falta da participação dos profissionais nos espaços de controle social.</p> <p>Necessidade de um trabalho contínuo de estímulo e educação em saúde para resgatar a participação da comunidade.</p>

Fonte: Elaboração própria, com base em dados do trabalho de campo, 2014.

Numa primeira observação, o distanciamento físico entre a eSF e a eSB, revelado devido ao arranjo arquitetônico da UBS, sugere distância também no modo de trabalhar, o que é confirmado nas entrevistas:

Na verdade, é a gente aqui e eles, lá dentro. Então não temos muito envolvimento com eles. Não temos muito contato. Não ajudamos praticamente nada. (TE1).

[...] a gente fica meio que pra cá, né? A gente não tem muito contato com pessoal de lá. (TSB2).

Quando eu cheguei e ainda era Centro de Saúde, a odonto era como se fosse um serviço à parte do posto. Entrar lá? A gente nem entrava. Era como se fosse secreta. A sensação que eu tinha, era como se fosse só deles. (TE3).

A dentista tem um sistema diferenciado de marcação. Não sei te explicar com detalhes como funciona. (TE2).

Momentos de integração entre a eSB e a eSF acontecem em ações coletivas descontínuas, especialmente nas desenvolvidas por iniciativas da equipe de saúde bucal no ambiente escolar:

Com a equipe de saúde bucal, todo evento que o dentista realiza, nós fazemos parte. Nós já fizemos teatro, a gente faz a marcação de consulta, as escovações nas escolas. Primeiro ele ensina a gente, e depois passa para os alunos junto com ele. (ACS4).

Teve a semana odontológica, e eu participei. O dentista se empenhou bastante. Fez teatro e tudo. No que a gente podia ajudar... não necessariamente na área médica, na logística mesmo. (M2).

No ano passado, teve duas ações na escola, e uma delas foi direcionada para a parte odontológica. E eu fui lá colaborar. Não participei diretamente, mas colaborei. (M1).

Entretanto, a forma como se organiza o trabalho na ESF convida o profissional de saúde bucal a sair do isolamento e procurar ser um profissional mais atuante no campo da saúde, na busca da integralidade da atenção.

A gente tenta mostrar para eles que a boca faz parte do corpo inteiro. Que não é para tratar só a boca. (CD2).

Eu tenho vontade de estar abordando essa questão, não só odontológica, mas na saúde mental, psicológica, toda a parte que compõe as necessidades do ser humano, em geral. (TE3).

Observou-se o compartilhamento de saberes nas dúvidas clínicas e no atendimento aos grupos prioritários, que se pode confirmar pelas entrevistas:

Liberdade total. Qualquer dúvida, eu posso entrar na sala de qualquer um e perguntar qualquer coisa, ver a agenda deles. No dia das gestantes, eu pergunto 'deixa eu ver quem são as gestantes?'. Ah, já vieram ou não vieram. E elas também, 'dá uma olhada nesse menino aqui', ou 'a mãezinha quer falar com você'. Então, com o médico também, às vezes medicação no pré-operatório. Principalmente hipertenso e diabético, pode conversar. Pelo menos, com os que passaram por aqui, nunca teve restrição, nenhum obstáculo pra conversar com eles. (CD2).

No trabalho das equipes, predominam aproximações e trocas nas ações individuais realizadas em consultório:

Sempre no atendimento de crescimento e desenvolvimento da criança, quando é a primeira consulta, a gente orienta a passar no dentista para ele dar as orientações. (M1).

Sempre passa por um ou pelo outro. Já teve um caso, mas é um caso ou outro. Teve um câncer bucal que o médico viu e me chamou: 'olha isso aqui'. Aí que eu liguei para o especialista do HRAN, e encaminhamos juntos. (CD2).

[...] eu orientava, eu olhava se havia alguma deformação de palato, alguma má formação na dentição. Nisso, já encaminhava para o dentista, às vezes conversava com ele. Se tivesse que encaminhar, a gente encaminhava, e até crianças maiores, na hora do exame físico, se eu identificasse cárie ou alguma coisa assim, eu questionava a mãe por que estava acontecendo, se realizava escovação, uso do fio dental. Mas, de qualquer maneira, eu já encaminhava para o dentista dar uma avaliada. (M1).

Ou seja, há articulação, todavia, mais focada no saber técnico individual, em detrimento da abordagem coletiva e multiprofissional necessária para enfrentamento dos problemas de saúde e seus determinantes.

Outra dificuldade presente foram os problemas que a população enfrenta de acesso às ações clínicas de saúde bucal. Na observação, foi possível perceber a fragilidade da estratégia de marcação utilizada pelas equipes, por meio de lista de espera e pelo ACS como interlocutor, que resulta em uma grande lista e, segundo os entrevistados, em ‘desresponsabilização’ do usuário e certa incompreensão dos determinantes sociais como barreira de acesso à saúde bucal:

Aí eu falo para o dentista que tem pessoas há 2 anos na fila. Já teve um caso de um camarada falar que precisava ir ao dentista, aí eu disse que ia colocar o nome dele na lista, aí passou tanto tempo, mas nesse caso a falha foi dele, porque ele foi chamado para uma consulta e não veio. Aí teve outra, ele não veio. Depois de muito tempo eu passei lá e ele disse que tinha que arrumar outra maneira de consertar os dentes. Os dentes já tinham caído, e ele precisava de uma dentadura. (ACS2).

O ACS aparece como um facilitador para o acesso do usuário à saúde bucal, em especial, por ser o elo entre equipe e comunidade. No entanto, os ACS relatam dificuldades nessa função de ‘porta de entrada’ para a marcação de consulta de saúde bucal:

Então eu vou passando nas casas e nem pergunto mais, porque é uma parte tão sensível de lidar. Eu espero eles me procurarem e explico que vou botar o nome na lista. (ACS6).

A partir da dificuldade de acesso, criam-se diferentes modelos de organização da oferta, que priorizam determinados grupos segundo critérios de problemas de saúde (hipertensão e diabetes) e por ciclos de vida, notadamente, as crianças e as gestantes. Há desafios na incorporação de outras parcelas da população:

Geralmente, os escolares e o Cárie Zero a gente já vai chamando pela nossa lista. O dia da gestante, por exemplo, a gente passa para os ACS. Adulto, adolescente e hiperdia são com os ACS também. Aí a gente passa as vagas, e eles falam ‘oh, tem tantas vagas para gestante amanhã’, por exemplo. Aí eles mandam para a gente. No caso, a gente não sabe quem vai vir. (TSB2).

Os profissionais de saúde enfrentam obstáculos tanto para estruturação da marcação de consultas odontológicas quanto para a realização do acolhimento à demanda espontânea em saúde bucal, que, durante a observação, mostrou-se pouco estruturada e fragmentada, sugerindo baixa integração da eSB com a eSF para organização do trabalho e definição de estratégias conjuntas.

Perceberam-se, também, dificuldades para a integração da equipe na coordenação e na continuidade do cuidado em saúde bucal na rede de atenção:

Eles mandam as vagas mensais, endodontia, periodontia, cirurgia, pacientes com necessidades especiais, aí eles já mandam o código com o número de vagas, e a gente tem uma lista das necessidades dos pacientes, e vai encaminhando para eles todo fim de mês. Todo mundo tem que ir segunda-feira pela manhã no hospital assistir à palestra, todos no mesmo horário. Depois eles mandam a contrarreferência para continuar aqui a manutenção. Se você não assistiu à palestra ali, você perdeu a vaga. (CD2).

Ainda que o modelo tradicional permaneça, há ressignificações da prática educativa e do seu sentido entre alguns trabalhadores:

Qual o tema que nós vamos falar amanhã? Ah, nós vamos falar sobre amamentação, então ali eu ia pesquisar sobre amamentação, ver o que eu podia falar, transformar aquela linguagem para mais popular possível para as mães entenderem. (ACS5).

Não gosto de chegar à escola e fazer palestra. Cada vez que eu vou na escola eu levo alguma coisa diferente, ou é um filme, ou é um jogo, ou algo pra pintar... Eu gosto disso. (CD1).

Para além da clínica, a prevenção de doenças e a promoção da saúde estão entre as atribuições comuns a todos os profissionais da equipe. Para que elas se efetivem, a identificação de parceiros e recursos na comunidade é preconizada como forma de potencializar as ações intersetoriais e o trabalho integrado:

A ACS conversou com o responsável pela escolinha de futebol e explicou que queríamos fazer uma parceria, e eles adoraram, então nós não estamos fazendo nada de cima para baixo, estamos fazendo junto com os pais, porque senão isso não vai dar certo. (E2).

Então, a gente foi ver o que a gente podia fazer, aí vamos fazer uma parceria com o projeto da escolinha de futebol, fazer uma união com eles e ver o que a gente pode oferecer pra eles. Então, a gente viu que a gente pode oferecer o quê? As consultas de clínica médica aqui na nossa unidade de saúde e o acompanhamento odontológico, que, para muitos, isso é um sonho distante, porque eles lá não tem a menor chance de ter. (ACS5).

As ações intersetoriais, contudo, caracterizavam-se pela manutenção de práticas tradicionais, como o atendimento individual curativo. O trabalho preventivo e de promoção da saúde está centrado nas escolas,

e a questão da vulnerabilidade mostra-se como uma dificuldade para atuação dos profissionais:

Fora da unidade, a gente tem o PSE, Programa Saúde na Escola. Mas, assim, esse PSE é mais uma questão assim de educação da saúde, em relação a lavar as mãos, a escovar os dentes, questão de piolho. Não tem essa parte de vulnerabilidade. Apesar de que a gente sabe pelos professores se a criança tem alguma vulnerabilidade. Nessa parte, fica até difícil de intervir. (M2).

A promoção da mobilização e da participação da comunidade para o controle social está entre as ações comuns aos profissionais da saúde da família. As atas das reuniões de equipe registram momentos de estímulo dos gestores para que essa diretriz se efetive, entretanto, os profissionais sentem-se pouco apoiados e desmotivados para participar e fomentar esses processos, evidenciando limites para cumprir o prescrito:

Não temos um conselho de saúde que reúne a comunidade com a equipe para poder ouvir as sugestões. Porque a maioria das sugestões da comunidade é mais para reclamar do que pra ajudar. (CD2).

Com a comunidade, a gente nunca teve uma parceria, de chamar a comunidade, tipo: ah, nós vamos fazer um evento, e o que vocês acham da gente fazer isso? Vocês podem ajudar com quê? A gente nunca teve. (ACS4).

Já recebi vários convites para participar, pois acho que, se a pessoa assumir algo assim, ela tem que assumir com responsabilidade, e eu não me vejo com tempo e responsabilidade para assumir algo assim. (ACS3).

A dificuldade em 'o que fazer' e 'como fazer' para mobilizar a comunidade para participar das atividades coletivas de saúde bucal na unidade básica de saúde é expressa pelos trabalhadores:

Tem quase que implorar para entrar aqui dentro da UBS para assistir uma palestra. Só vem porque ganha consulta. Aqui, nem dando escova motiva. (CD1).

As pessoas, às vezes, não são tão receptivas quando a gente faz as palestras. Mas, os poucos, trazem coisas boas e são bem participativas. E eu acho que é um trabalho de formiguinha, porque não é fácil mudar as pessoas. (TE4).

O processo de planejamento ocorre nas reuniões periódicas da equipe.

Nós temos um período de reunião, onde toda a equipe está presente. Nessa reunião, a gente coloca o que realizou, a dificuldade que teve na semana, a gente procura respostas, procura soluções conjuntas e planeja o que podemos fazer. (ACS4).

Nas reuniões de equipe, é aonde nós planejamos, discutimos, avaliamos as ações realizadas. (E2).

Constatou-se que outros espaços, além da reunião de equipe, são utilizados para o planejamento das ações :

A gente vai ali naquela mesinha (copa da UBS) e planeja. Ai, nossa equipe planeja dizendo que vai ter alguma coisa tal dia. (ACS2).

Geralmente, é na copa. Algumas coisas mais simples se conversa durante o expediente. Se for algo mais complicado, se deixa para quando são realizadas as reuniões de equipe. (ACS7).

Há fragilidade no planejamento de ações comuns da equipe que englobam a atenção à saúde bucal, como, por exemplo, a criação de critérios para definição das visitas domiciliares, cuja periodicidade é prejudicada pela falta de logística:

Olha, eu vou ser sincera, isso aí quem faz é o dentista. Então, não sei te falar ainda o método que ele utiliza para fazer. (TSB2).

Infelizmente, nem sempre nos dias das visitas a gente sai para fazer visita, o que eu não me oponho, porque nem sempre tem carro disponível. (M2).

Na observação, notou-se que a eSB organiza ações utilizando resultados de levantamentos epidemiológicos. As crianças e os escolares são classificados por condição de risco para atendimento clínico e também por registro em ata e divisão por microárea do ACS. Isso é realizado de forma isolada da eSF, de maneira que essas informações não são utilizadas para o planejamento, monitoramento e avaliação de outras ações, como as de promoção da saúde.

As ofertas de educação para os profissionais da saúde bucal, de nível superior e técnico, são pontuais e, quando acontecem, são isoladas do conjunto da eSF:

Uma vez ao ano, todos da odontologia nos reunimos. Não existe outro movimento de saúde bucal. Abordam atendimento humanizado, procedimentos, como agir em emergência... São coisas mais básicas da odontologia, voltado para o atendimento humanizado mesmo. (TSB1).

O que eu percebo, na verdade, é que, quando eles (gestão) vão fazer esses cursos de atualização, é assim: chama o médico e o enfermeiro. Isso é próprio da secretaria. (M2).

Eu sinto falta dessas capacitações, porque eu acho que seria interessante, conseguiríamos nos aprofundar, aprender mais. (TSB1).

Nos registros de reunião de equipe, os profissionais relatam que experiências de aproximação com instituições de ensino os fortalecem e propiciam transformações nas suas práticas, a exemplo da parceria com estudantes de graduação de enfermagem para auxílio nas atividades intersetoriais por meio do Programa Saúde na Escola (PSE).

Na compreensão do processo de trabalho, é essencial conhecer as condições de

trabalho. No contexto estudado, os profissionais relatam que elas nem sempre são adequadas para a realização de um atendimento com qualidade. Eles mencionam a falta de materiais, de equipamentos e de apoio dos gestores para o trabalho no cotidiano do serviço de saúde:

Um apoio maior da gestão com relação as pequenas coisas, às vezes, a falta de material ou, às vezes, a falta até de apoio mesmo, de respaldo que você não tem. (ACS5).

As extrações ficam para as equipes, e nenhum dentista está querendo fazer extração, porque todo mundo alega que não tem uma bomba à vácuo; os consultórios não estão preparados. (CD1).

Contudo, constatou-se na análise documental que os gestores reconhecem o trabalho da equipe e o seu desempenho no 1º ciclo do PMAQ, e enfatizam a conquista de novas tecnologias, como o matriciamento e a ferramenta do Telessaúde para a ampliação das ações e qualificação da equipe, assim como para fomentar possíveis avanços na organização e nas condições de trabalho, questões essas não mencionadas pelos entrevistados.

Discussão

Esse estudo revelou que a integração entre a eSB e a eSF ainda é um desafio para os profissionais, onde o modelo biomédico é hegemônico. O desenvolvimento conjunto de ações comuns, que demandam maior contato e engajamento, ainda é incipiente entre as equipes. A eSB está basicamente envolvida em consultas clínicas, não havendo espaço para atuar com o território, a família e a comunidade de forma integrada com a eSF. Outros estudos já sinalizaram que o trabalho do CD raramente se insere em práticas partilhadas com profissionais de outras áreas, uma vez que suas ações são desenvolvidas de

forma autônoma, independente e individualizada¹³⁻¹⁵. O mesmo acontece com a eSF, que desenvolve ações de saúde de maneira isolada e fragmentada, com dificuldades de inventar novas formas de se relacionar em equipe de modo a interrogar lugares, saberes e práticas^{16,17}.

O isolamento da eSB aparece sobretudo nas falas dos técnicos, quando revelam os desconhecimentos do trabalho dos demais, sinalizando o isolamento deles próprios no contexto das equipes. Há poucos trabalhos publicados sobre a atuação, a qualificação e a inserção laboral dos profissionais técnicos de saúde bucal, que é lacuna importante para compreender a eSB¹⁷. Na pesquisa, as manifestações de integração advêm principalmente dos ACS e dos profissionais de nível superior.

De maneira convergente com outros achados¹⁶, o estudo mostra que os ACS são fundamentais para gerar uma relação de confiança e cumplicidade que se estende aos demais trabalhadores, potencializando o acolhimento, o vínculo, a responsabilização dos usuários. O ACS, por sua proximidade com a comunidade, por vezes, assumiu no estudo o papel de interlocutor para marcação das consultas, o que o coloca em uma posição desconfortável tanto por ser a organização da oferta um nó crítico dos serviços quanto pela complexidade que muitas vezes essa função apresenta⁶.

Cabe destacar que o trabalho é resultado de um debate de normas e de valores do trabalhador/profissional consigo mesmo, de como usar de si e de como estar em condições de gerir a complexidade de questões relacionadas ao trabalho coletivo¹⁸. A pesquisa apontou para a presença de um paradoxo vivido pelos profissionais das eSB e das eSF, que dificulta a integração. Há um conflito de normas onde eles são orientados para realizar um cuidado integral, organizando o serviço segundo as necessidades de saúde, mas, ao mesmo tempo, devem organizar o serviço de forma fragmentada, por ciclos de vida e agravos^{2,4}. Os profissionais trabalham

em meio a prescrições, que apresentam contradições que limitam a atuação integrada da eSB com a da saúde da família: de um lado, são prescritas atribuições comuns a todos os profissionais das equipes, e, ao mesmo tempo, eles constituem duas equipes distintas, ou seja, segundo as normativas, os profissionais de saúde bucal não compõem a eSF, podendo ser incluídos ou não segundo a decisão dos gestores locais.

Os profissionais que atuam na ESF vivenciam tentativas de compartilhar saberes e de transitar entre o multiprofissional e o interdisciplinar¹⁹. A existência de um trabalho em equipe multiprofissional, que seja integrado, é considerada uma questão básica para o exercício da interdisciplinaridade²⁰. As dificuldades para integração apresentadas convivem com aproximações entre os profissionais, evidenciadas por meio das atividades coletivas coordenadas pela eSB e das interconsultas com atendimento individual e no consultório. A interconsulta é uma estratégia capaz tanto de qualificar o atendimento clínico ao usuário como de aprimorar a atuação do profissional de saúde, por meio do fortalecimento e do exercício de práticas de saúde mais integradas. Ao utilizar a interconsulta, equipes de saúde e gestão lançam mão de uma ferramenta de educação permanente que considera o aspecto pedagógico do trabalho em saúde²¹.

Revisão de literatura realizada por Soares et al.²², que discutia a atuação da eSB na ESF, aponta que para uma atuação consoante com os princípios e diretrizes da ESF são necessárias ações de qualificação da formação, bem como de capacitação dos profissionais de saúde bucal. Por outro lado, estudos no estado de Minas Gerais apontam que há formação ‘suficiente’, com acesso à qualificação permanente, e que a maioria exerce atividades preventivas/coletivas mais do que assistenciais^{17,23}.

O modo de organização de encaminhamento dos usuários para especialidades também é um dos desafios que precisam ser enfrentados^{24,25}, pois a existência de fluxos

burocratizados e limitações para o atendimento aos usuários encaminhados pela UBS demonstra obstáculos à coordenação e à integralidade do cuidado, conforme achados do presente estudo e de pesquisa desenvolvida em Natal (RN)²⁶. Conhecer o itinerário dos usuários e as razões das ‘escolhas’ e ‘possibilidades’ pode ser caminho para reorientar os serviços e ampliar o acesso.

Na presente pesquisa, evidenciou-se que os CD não realizam planejamento sistemático das atividades de saúde bucal, convergindo com os resultados de Pimentel et al.¹³, em estudo realizado em Pernambuco, o que tem dificultado a obtenção de uma adequada assistência odontológica à população. A dificuldade de mudar o processo de trabalho pode estar relacionada com os ajustes desses profissionais ao sistema público de saúde, que é considerada uma questão problemática, haja vista que a atenção odontológica pública demanda outras habilidades e competências de integração, planejamento e programação em saúde, ainda pouco incorporadas às expectativas de mercado dos cirurgiões-dentistas¹⁴.

Conhecer o trabalho do outro é uma das condições para a integração da equipe e para a construção conjunta de uma agenda, possibilitando momentos que, quando articulados, têm potência para promover a integralidade da atenção à saúde. A rotina de trabalho das eSF deve incluir o conhecimento do território e da população, que se constituem em subsídios para o planejamento, monitoramento e avaliação das ações¹³.

A participação popular e o controle social no setor saúde constituem-se em mais um dos princípios fundamentais para a melhoria da qualidade de vida da sociedade, mas um desafio à sua implementação³. A apropriação dos temas da saúde bucal pelos espaços do controle social pode contribuir para a efetiva implementação dos serviços de saúde bucal no SUS¹⁵.

Alguns fatores contribuem para uma organização do processo de trabalho com predominância das ações curativas pelo CD,

de maneira isolada e fragmentada da equipe, como o processo histórico de inserção da saúde bucal na ESF, a hegemonia da odontologia de mercado, dificuldades de ajustes desses profissionais ao sistema público de saúde e suas concepções do processo saúde-doença^{6,9}. Além disso, o modelo de atenção da própria ESF ainda é pouco focado nas necessidades de saúde do território, na participação comunitária e no enfrentamento dos determinantes sociais de forma intersetorial². A identificação na comunidade de outros dispositivos sociais para potencializar e promover suas ações com olhar ampliado sobre o processo saúde-doença e para a integralidade do cuidado é também recomendada²⁷.

Para avanços no trabalho em saúde bucal na ESF e uma atuação integrada de toda a equipe, faz-se necessário que os profissionais busquem a troca de conhecimentos, reconheçam as habilidades e competências de cada membro e tenham atitudes para a construção coletiva de intervenções. Os valores e a forma como cada profissional compreende as normas orientam suas escolhas e a maneira de agir, com consequências no trabalho coletivo¹⁸. Além disso, a gestão local na saúde pode ser potencializadora ou não desse processo de integração e melhoria do trabalho coletivo.

O presente estudo apontou fortalezas e fragilidades presentes no trabalho cotidiano das equipes, ora revelando a integração, ora revelando a fragmentação, corroborando a tipologia do trabalho em equipe multiprofissional de Peduzzi²⁸, atuando em certos momentos como ‘equipe agrupamento’, em que ocorre a justaposição das ações e o agrupamento dos agentes, ora como ‘equipe integração’, em que ocorre a articulação das ações e a interação dos agentes. Entretanto, a ênfase nas ações curativas individuais convive com características do trabalho preconizadas pelas políticas, apontando a transição do modelo de atenção pela interface da integração.

A integração se efetiva fundamentalmente por meio da participação e da colaboração

dos profissionais da equipe. A eSB, no estudo, demonstrou capacidade de coordenação de ações coletivas, que, apesar de acontecerem de modo pouco sistematizado, convocam a equipe de saúde a atuar de forma compartilhada.

A maneira como a eSF é estruturada tem fomentado nos dentistas o olhar mais integral para o processo saúde-doença e experimentações de atuação integrada com os demais profissionais da equipe, com destaque para a realização de interconsultas com médicos e enfermeiros e o trabalho realizado com o ACS. Eles aparecem como importantes facilitadores para o acesso às ações de saúde bucal, apesar das dificuldades relatadas relativas à incipiente organização da oferta dos serviços.

Ainda como potencialidades para a integração, podemos destacar a participação em grupos que ampliam o acesso e a captação precoce em saúde bucal, as reuniões da equipe e a existência de espaços informais no trabalho para o diálogo e as trocas. Esses achados sugerem a existência de características de uma equipe integrada²⁹.

Como fragilidades, foi observado o isolamento físico da eSB dentro da estrutura da unidade de saúde, que reflete e é reflexo do distanciamento no planejamento e na organização do trabalho, produzindo distintos modos de se pensar a organização da oferta dos serviços e do acesso pela população²⁹. Problemas na integração estão presentes também para efetivação da coordenação do cuidado na relação com os CEO que reproduzem fluxos burocratizados e limitadores de acesso^{26,27}.

Como lacuna deste estudo, pode-se apontar o fato de ter sido local, com foco em uma realidade específica. Contudo, a produção científica sobre o tema traz indícios da permanência desses achados em outros municípios do País^{13,14,30}.

Conclui-se que a integração da saúde bucal na eSF é incipiente, limitada por conflitos de normas e pela forma com que se organiza o trabalho na ESF no contexto

estudado, sendo, portanto, uma integração em construção.

Colaboradores

Scherer CI participou da concepção, da coleta e análise dos dados, da redação e da

aprovação da versão final. Scherer MDA participou da concepção, da análise dos dados, da redação e da aprovação da versão final. Chaves SCL participou da análise dos dados, da redação e da aprovação da versão final. Menezes ELC participou da coleta e análise dos dados, da redação e da aprovação da versão final. ■

Referências

1. Mendonça CS. Sistema Único de Saúde: um sistema de saúde orientado pela Atenção Primária. In: Organização Pan-americana da Saúde. Inovando o papel da Atenção Primária nas Redes de Atenção à Saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras. Brasília, DF: OPAS; 2011. p. 23-36.
2. Silva LA, Casotti CA, Chaves SCL. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. *Ciênc Saúde Colet.* 2013; 18(1):221-232 .
3. Silva SF, Martelli PJJ, Sá DA, et al. Análise do avanço das equipes de saúde bucal inseridas na Estratégia Saúde da Família em Pernambuco, região Nordeste, Brasil, 2002 a 2005. *Cienc Saude Colet.* 2011; 16(1):211-20.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, DF: MS; 2004.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Monitoramento e Avaliação. Sala de Apoio à Gestão Estratégica. Redes e Programas [internet]. Brasília, DF: MS; 2017 [acesso em 2018 jun 14]. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>.
6. Nascimento AC, Moysés ST, Bisinelli JC, et al. Oral health in the family health strategy: a change of practices or semantics diversionism. *Rev Saúde Pública.* 2009; 43(3):455-462.
7. Lucena EHG, Pucca JR GA, Sousa MF. A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil no contexto do Sistema Único de Saúde. *Tempus.* 2011; 5(3):53-63.
8. Pereira CRS, Roncalli AG, Cangussu MCT, 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* 2012; 28(3):449-462.
9. Faccin D, Sebold R, Carcereri DL. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. *Ciênc Saúde Colet.* 2010; 15(1):1643-1652.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Nota Técnica do DAB [internet]. Brasília, DF: MS; 2014 [acesso em 2014 Set 15]. Disponível em: <http://dab2.saude.gov.br/dab/sistemas/notatecnica/frmListaMunic.php>.
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

12. Scherer CI, Scherer MDA. Avanços e desafios da saúde bucal após uma década de Programa Brasil Sorridente. *Rev Saúde Pública*. 2015; 49(98):1-12.
13. Pimentel FC, Albuquerque PC, Martelli PJJ, et al. Caracterização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal em municípios do estado de Pernambuco, Brasil, de acordo com o tamanho da população: a partir de links da comunidade para a organização dos cuidados clínicos. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28(supl):S146-S157.
14. Chaves MC, Miranda AS. Discursos de cirurgiões-dentistas do Programa Saúde da Família: crise e mudança de hábitos na Saúde Pública. *Interface*. 2008; 12(24):153-167.
15. Pezzato LM, L'Abbate S, Botazzo C. A produção de micropolíticas no processo de trabalho em saúde bucal: uma abordagem sócio-analítica. *Ciênc Saúde Colet*. 2013; 18(7):2095-2104.
16. Santos AM, Assis MMA, Nascimento MAA, et al. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(3):464-470.
17. Sanglard-Oliveira CA, Werneck MZF, Lucas SD, et al. Atribuições dos técnicos em saúde bucal na estratégia de saúde da família em Minas Gerais, Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2013; 18(8):2453-2460.
18. Schwartz Y, organizador. *Reconnaissances du travail: pour une approche ergologique*. 2. ed. Paris: PUF; 1998.
19. Scherer MDA, Pires DEP, Jean RA. Construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Colet*. 2013; 18(11):3203-3212.
20. Scherer MDA, Pires DEP. A interdisciplinaridade prescrita para o trabalho da equipe de saúde da família, na percepção dos profissionais de saúde. *Tempus*. 2009; 3(2):30-42.
21. Farias GB, Farjado AP. A interconsulta em serviços de Atenção Primária à Saúde. *Rev Eletrôn Gestão Saúde [internet]*. 2015 [acesso em 2016 nov 3]; 6(supl.3):1-19. Disponível em: <http://www.gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/issue/view/31>.
22. Soares FF, Figueiredo CRV, Borges NCM, et al. Atuação da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família: análise dos estudos publicados no período 2001 – 2008. *Ciênc Saúde Colet*. 2011; 16(7):3169 -3180.
23. Abreu MH, Sanglard-Oliveira CA, Jaruche AR, et al. A survey of the sociodemographic and educational characteristics of oral health technicians in public primary health care teams in Minas Gerais, Brazil. *Human resources for health*, 2013; 11(67).
24. Nuto SAS et al. O acolhimento em saúde bucal na estratégia de saúde da família, Fortaleza-CE: um relato de experiência. *APS*. 2010; 13(4):505-509.
25. Chaves SCL, Vieira-da-Silva LM. As práticas profissionais no campo público de atenção à saúde bucal: o caso de dois municípios da Bahia. *Ciênc Saúde Colet*. 2007; 12(6):1697-1710.
26. Medeiros E. Os Centros de Especialidades Odontológicas como suporte da atenção básica: uma avaliação na perspectiva da integralidade [dissertação]. Natal: UFRN; 2007. 173 p.
27. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(5):1411-1416.
28. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública*. 2001; 35(1):103-109.
29. Peduzzi M. Trabalho em equipe. In: Pereira IB, Lima JCF. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008.
30. Emmi DT, Barroso RF. Avaliação das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família no distrito de Mosqueiro, Pará. *Ciênc Saúde Colet*. 2008; 13(1):35-41.

Recebido em 15/07/2018

Aprovado em 14/09/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Chamada MCTI/CNPQ/MS-SCTIE-DECIT Nº 10/2012 – Pesquisa em Saúde Bucal

Gestão indireta na atenção hospitalar: análise da contratualização por publicização para rede própria do SUS

Indirect management in hospital care: analysis of contractualisation by outsourcing of SUS hospitals

Thadeu Borges Souza Santos¹, Jessica Santos de Souza², Juliete Sales Martins³, Lilian Barbosa Rosado⁴, Isabela Cardoso de Matos Pinto⁵

DOI: 10.1590/0103-110420185217

RESUMO Objetivou-se analisar contratualização e prestação de contas adotados na publicização de serviços hospitalares no Sistema Único de Saúde (SUS) Bahia. Pesquisa qualitativa, sendo fontes contratos, relatórios trimestrais de gestão, entrevistas com atores da alta direção da atenção hospitalar no estado e características hospitalares segundo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Conceitualmente, adotou-se prestação de contas e desempenho articulados à fase de implementação do Ciclo da Política Pública. A expansão das Organizações Sociais, que apresentou orçamento composto por parte fixa e variável que é condicionada ao desempenho, seus indicadores gerenciais e assistenciais, que são preestabelecidos, e o plano de metas justificam ocorrência de cortes e/ou reequilíbrios orçamentários. Todavia, quanto à cobertura assistencial, a baixa correlação entre metas contratuais e necessidades de saúde do território foi marcante. Os aditivos contratuais foram essenciais para ampliação dos leitos, porém não corresponderam à necessidade de mais recursos humanos e determinaram importante desafio para capacidade de reequilíbrios orçamentários. Ademais, sobre a metodologia de monitoramento e controle da tecnoestrutura, percebeu-se notória fragilidade, dada a insuficiência de indicadores e incipiente análise crítica do desempenho hospitalar apresentado nos relatórios. Considera-se que o modelo, que tem base doutrinária na perspectiva neogovernamentalista, foi implementado sem simultânea melhoria do monitoramento, nó górdio do poder contratante estatal.

PALAVRAS-CHAVE Políticas públicas de saúde. Descentralização. Regulação e fiscalização em saúde. Hospitais públicos.

ABSTRACT *The purpose of this study was to analyze contracting and rendering of accounts adopted in the publicity of hospital services in the Unified Health System (SUS) Bahia. Qualitative research, based on contracts, quarterly management reports, interviews with senior management of hospital care in the state, and hospital characteristics according to the National Register of Health Establishments. Conceptually, accountability and performance were adopted, with implementation of the Cycle of Public Policy. The Social Organizations presented a budget consisting of fixed and variable parts that is conditioned to performance, its management and*

¹Universidade do Estado da Bahia (Uneb) - Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2497-3889>
thadeu100@gmail.com

²Universidade Federal da Bahia (UFBA) - Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3834-0775>
jessicaenf@yahoo.com.br

³Universidade Federal da Bahia (UFBA) - Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8396-0837>
ju.lysa.martins@hotmail.com

⁴Universidade Federal da Bahia (UFBA) - Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8661-9338>
lilian_rosado@hotmail.com

⁵Universidade Federal da Bahia (UFBA) - Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1636-2909>
isabelacmp@gmail.com



assistance indicators are pre-established and the goals plan justifies the occurrence of budget cuts and/or rebalancing. The low correlation between contractual goals and health needs of the territory was striking. The contractual additives were essential for expansion of hospital beds, but did not meet the need for more human resources and determined an important challenge for the capacity of budgetary rebalancing. Moreover on the methodology of monitoring and control of the technostructure, a remarkable fragility was observed, given the insufficiency of indicators and the incipient critical analysis of the hospital performance presented in the reports. It is considered that the model, which has a doctrinaire basis in the neo-managerial perspective, was implemented without simultaneous improvement of the monitoring, Gordian knot of the contracting power of the state.

KEYWORDS *Public health policy. Decentralization. Health care coordination and monitoring. Hospitals public.*

Introdução

A relação entre o público e o privado no setor saúde é anterior à criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Sua historicidade remete às ordens religiosas no período colonial, passa o processo de contratação de serviços privados pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões da Era Vargas¹ e encontra espaço na Constituição Federal do Brasil de 1988, abrindo a possibilidade de contratualização do privado em caráter complementar no SUS².

Na administração pública, foram introduzidas diferentes personalidades jurídicas de administração indireta, a exemplo das autarquias, fundações e empresas públicas que demonstraram certo esgotamento em função da rigidez, especialmente quanto às gestões orçamentária, de pessoas e de compras³. Em vista disso, buscou-se novas alternativas. Foi com o Plano Diretor da Reforma Administrativa do Estado (PDRAE) que se criou o Programa Nacional de Publicização, reestabelecendo a descentralização da responsabilidade de gestão do ente público estatal para o ‘público não-estatal’; entre os serviços, encontram-se os hospitais

públicos⁴. Como alternativas, foram criadas novas naturezas jurídicas, denominadas como Modelos Alternativos de Gestão Indireta (Magi), tais como Organizações Sociais (OS) e Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip) nos anos 1990³ e Parceria Público-Privada (PPP), Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e Organizações da Sociedade Civil (OSC) na década 2000⁵⁻⁷.

Para formalização das relações entre público e privado, o PDRAE estabelecia o ‘contrato de gestão’⁴, documento entendido como instrumento celebrado entre o poder público e entidades da administração direta, indireta e entidades privadas qualificadas como OS, fixando metas de desempenho e indicadores de acompanhamento⁸. Em relação aos diferentes modelos adotados, podem ser citados também os contratos de concessão para PPP, o termo de cooperação e execução descentralizada para EBSERH e os termos de colaboração, fomento ou acordo de cooperação que são destinados às OSC.

Mantendo a finalidade contratual, ainda podem ser citados o Termo de Compromisso entre Entes Públicos (TCEP), decorrente das

Normas Operacionais Básicas de Atenção à Saúde e reiterado pelo Pacto de Gestão⁹⁻¹¹, e o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (Coaps), que foi estabelecido no Decreto nº 7.508/11¹².

Tendo em vista a implementação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), o Ministério da Saúde adotou contratualização para aporte orçamentário complementar ao teto da Média e Alta Complexidade (MAC) por meio dos Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec) e com os acordos aos programas de contratualização dos Hospitais de Ensino, Filantrópicos e de Pequeno Porte.

Essa formalização contratual fomentada na administração pública¹³ ficou estabelecida como obrigatória para atenção hospitalar no SUS por intermédio da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP)¹⁴. Cabe destacar três diretrizes dessa política: a regulação das ações e serviços por parte do ente contratante; descrição de responsabilidades por parte dos hospitais quanto a assistência, ensino-pesquisa, gestão e avaliação; e o monitoramento, avaliação e auditorias sobre as metas e serviços⁶.

Assim, pode-se considerar existência de bases legitimadoras da denominada gestão pública contratualizada, em que ocorre tentativa de passagem das concepções de Estado-liberal ou Estado-social à perspectiva de Estado-regulador, principalmente pelo distanciamento feito à administração burocrática e concomitante aproximação à gerencial^{15,16}.

Na saúde, a necessidade da regulação foi reiterada com a Política Nacional de Regulação no SUS, que deve ser sistêmica e voltada para atenção à saúde e ao acesso assistencial¹⁷. Quanto à regulação sistêmica, determina-se responsabilidade em definir normas, monitorar e fiscalizar resultados, controlar e avaliar prestação de cuidados¹⁸.

No caso da atenção hospitalar no SUS Bahia, a OS foi o modelo largamente e historicamente adotado para viabilização da expansão da rede própria, além da inovação com o modelo de PPP para um dos cinco novos hospitais públicos, a partir de 2007.

Essa condição permite afirmar que a rede própria hospitalar do SUS Bahia se caracteriza pela multiplicidade de naturezas administrativas e, conseqüentemente, com fomento à gestão pública contratualizada, pois adota TCEP, contrato de gestão e contrato de concessão. Com enfoque no processo de publicização adotado como via de descentralização da gestão, dá-se ênfase ao modelo de OS, fenômeno que não foi identificado na revisão de literatura nacional e internacional, permitindo afirmar que é uma lacuna científica quanto aos estudos sobre instrumentos de contratualização e regulação da gestão da atenção hospitalar no SUS.

Entendendo que é por meio do contrato de gestão que a OS celebra compromissos e se submete à fiscalização do Poder Público¹⁹, teve-se como objetivo deste estudo analisar instrumentos de contratualização e prestação de contas adotados na publicização de serviços hospitalares no SUS Bahia entre 2007 e 2014.

Material e métodos

Trata-se de estudo qualitativo, com foco na análise documental e empírica²⁰, cujo lócus foi a Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (Sesab). Vincula-se ao Observatório de Análise de Políticas em Saúde (OAPS), é parte da pesquisa 'Modelos alternativos de gestão na atenção hospitalar do SUS' que foi aprovada pelo Comitê de Ética na Pesquisa sob parecer CAAE nº 41872715.2.0000.5030. As fontes de dados foram entrevistas realizadas com gestores do nível central da Sesab; e como documentos, adotou-se Contratos de Gestão e os Relatórios Trimestrais de Gestão (RTG), que são instrumentos de gestão firmados entre a Sesab e as OS para legitimar a publicização das unidades hospitalares da rede própria e instrumento de controle, apresentado pela Sesab ao Conselho Gestor das Organizações Sociais da Secretaria de Administração do Estado (Congeos/Saeb)

com finalidade de controle e acompanhamento da publicização respectivamente.

Foram incluídos para análise os contratos firmados e relatórios de 2007 a 2014, que corresponde ao período de governo estadual que planejou e implementou expansão da atenção hospitalar no SUS Bahia, tendo a notória capacidade de abertura de cinco novas unidades e ampliação da adoção dos Magi para rede própria^{21,22}. Foram, ao total, incluídos 259 documentos, sendo: 16 Contratos de Gestão e 243 RTG. Como critérios de inclusão, as unidades hospitalares deveriam ser da rede própria do SUS Bahia, corresponderem ao período de 2007 a 2014 (dois períodos completos de governo estadual), terem sido aprovados pelo Congeos/Saeb e que os contratos fossem de publicização por OS.

Todos os documentos foram submetidos ao plano de análise que consistia em: leitura profunda e exaustiva²⁰, reconhecimento dos aspectos caracterizadores dos instrumentos de gestão e prestação de contas, tabulação em planilha Microsoft Excel®, agrupamento de fatores de análise e sínteses de elementos crítico-científicos. Posteriormente, fez-se alinhamento com marcos normativos e com os dados caracterizadores das unidades hospitalares conforme Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Para potencializar a validação interna do estudo, foram extraídas unidades de conteúdo de entrevistas²⁰ realizadas com 13 gestores situados na gestão central da Sesab e diretamente relacionados com o fenômeno de estudo, pois assumiram funções estratégicas na equipe dirigente da Secretaria.

A estruturação em quadros analíticos possibilitou identificar características dos instrumentos contratuais quanto aos aspectos privilegiados pelos documentos, tais como: descrição epidemiológica da região adstrita e aspectos orçamentário-financeiros, técnico-administrativos, responsabilidades assistenciais e contratuais mínimas.

Como referencial teórico-analítico, articularam-se os elementos da Prestação de

Contas e Desempenho (PCD) do Triângulo de Ferro de Matus (TFM)²³ com o Ciclo da Política Pública (CPP)^{24,25}. Assim, focalizou-se o sistema de monitoramento e avaliação periódico, preocupação com o desempenho e cumprimento do plano contratualizado²³. Enquadramento que permitiu criticidade sobre a centralidade regulatória estatal quanto à capacidade de gestão por meio da publicização na atenção hospitalar do SUS Bahia.

Dessa forma, apresentam-se os resultados a partir dos dois quadros e com contrapontos feitos pelos participantes sobre o sistema de monitoramento e controle da contratação de OS para gestão hospitalar no SUS Bahia. As sínteses subsidiaram análise e compreensão quanto à PCD, vértice do TFM²³.

Resultados e discussões

As análises documentais, dados do CNES e entrevistas permitiram estruturação dos resultados e respectivas discussões em relação a quatro aspectos: a caracterização dos contratos de gestão, a caracterização dos relatórios de prestação de contas ao Programa Estadual de Organizações Sociais (Peos), a compreensão orçamentária das contratualizações e as fragilidades dos instrumentos na percepção dos gestores da atenção hospitalar.

Quanto aos instrumentos de contratualização de gestão hospitalar

A leitura em profundidade dos 16 contratos de gestão permitiu extrair 5 elementos centrais: descrição do perfil de atenção à região territorial, dimensões orçamentário-financeiras, dimensões técnico-administrativas, as responsabilidades assistenciais e obrigações contratuais mínimas.

Em relação à descrição socioepidemiológica da região adstrita, esperava-se identificar melhores descrições territoriais e sanitárias. Os contratos apresentaram simplesmente o logradouro, determinação

de assistência continuada, pública e com respeito aos princípios e legislação do SUS. Citaram também o rol de competências ambulatoriais e de assistência hospitalar que contemplam a vocação das unidades hospitalares. Não houve menção à caracterização social, ambiental e demográfica que constituem as necessidades de saúde da concepção regionalizada. A rasa descrição não contempla as especificidades recomendadas pelo Decreto nº 7.508/2011¹².

No que tange à dimensão orçamentário-financeira, o contratante se compromete a cumprir o repasse pactuado, global e mensalmente, composto por percentuais valor de repasse fixo e outra parte variável e compoendo despesas previstas do Estado e de repasse obrigatório condicionado à prestação de serviços e atenção ao reequilíbrio econômico-financeiro. À contratada, por sua vez, fica garantido o direito de reembolso extra referente à utilização de Órteses Próteses e Materiais Especiais, aditivos para investimentos em infraestrutura e equipamentos, possibilidade de investir recurso em mercado financeiro, gasto máximo de 65% com Recursos Humanos de Saúde (RHS) e a prestação de contas mensalmente.

Percebe-se que o Estado insere os gastos da publicização em sua programação de orçamento público, tendo como teto o valor contratual, que pode ser uma vantagem competitiva do modelo²⁶. Contudo, obriga-se aos novos aportes financeiros adicionais por meio de termo aditivo e utilização de insumos especiais de alto custo, condição que permite escape do controle financeiro baseado na gestão eficiente e eficaz do orçamento público e de gestão baseada em atividades ou desempenho²⁷.

No conteúdo técnico-administrativo, o contratante se obriga a eliminar possíveis entraves burocráticos que impeçam a flexibilização desejada pelo modelo com vistas ao alcance de metas contratuais. Compromete-se também com o monitoramento periódico por meio de visitas presenciais

trimestrais, análise dos Relatórios de Informação Hospitalar (RIH) e prestação de conta ao Congeos/Saeb e Tribunal de Contas do Estado (TCE). A contratada, por sua vez, deve estar legalmente autorizada para parceria, demonstrar capacidade operacional e priorizar qualidade compatível à acreditação hospitalar. Sua gestão precisa adotar processo seletivo, respeitar direitos trabalhistas e princípios da administração pública, monitorar produtividade de internações e cirurgias, satisfação de usuários, notificar produção e prestação de serviços em Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar e apoiar sistema de regulação de pacientes.

Especificamente para o sistema de monitoramento e controle, os parceiros contratados devem emitir os RIH mensalmente, apresentando produtividade comparada às metas estabelecidas, dados da gestão eficiente de leitos e anexos como notas fiscais, faturas/taxas/impostos quitadas, licenças/alvarás atualizados.

Do ponto de vista assistencial, o contratado orienta adoção de protocolos terapêuticos e a continuidade da prestação de serviços. A OS deve apresentar capacidade condizente às Políticas de Saúde, equipe qualificada ao porte e perfil assistencial, atender às emergências por demanda espontânea, respeitar direitos do paciente e princípios da humanização e gestão da clínica ampliada; além de disponibilizar documentações ao contratante e Auditoria do SUS e manter em funcionamento as comissões de serviços hospitalares.

A adoção de critérios qualitativos nos instrumentos de contratualização coaduna com as recomendações ministeriais, que estruturaram posteriormente as diretrizes formuladoras da PNHOSP¹⁴. Além disso, sobre as metas mínimas contratualizadas, os 16 contratos apresentam composição orçamentária, sendo 70% de valor fixo e 30%, variável. Existem nove indicadores quantitativos administrativos que subsidiam o pagamento contratual. Como indicadores,

tem-se 12 comissões permanentes além das taxas de satisfação do usuário, treinamento de cuidadores, visitação a equipamentos sociais, reunião multiprofissional, discussão de casos clínicos, referência para continuidade de tratamentos e relação número de enfermeiros por leitos.

O acompanhamento pelo Poder Público contratante é obrigatoriedade legal, que condiciona as irregularidades à ação de controle externo²⁸. Todavia, esse monitoramento se concretiza por visitas periódicas não contínuas e informações dos próprios contratantes. Situação que impõe ao contratante a convivência com os dados fornecidos e em risco de baixa acurácia avaliativa da real eficiência e efetividade e, conseqüentemente, com baixa *accountability* (controle, fiscalização e avaliação pelos atores políticos) fomentada com o modelo gerencialista e/ou controle social sobre as implementações de políticas públicas²⁹.

Quanto aos relatórios de prestação de contas ao Peos

Os RTG evidenciaram sobre a responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde (SES) quanto ao monitoramento de seus entes públicos não estatais parceiros para gestão indireta dos hospitais da rede própria, que pode ser estruturado no *quadro 1*.

Diante dos formatos e da periodicidade não tão padronizados inicialmente, eles não continham quadros comparativos com metas por resultados alcançados. Porém, houve incorporação paulatina de alguns elementos estruturantes, tais como: caracterização do perfil da unidade relatada; quadros com quantitativo de RHS, procedimentos contratualizados e percentuais de cobrança conforme metas alcançadas; taxas de ocupação média, realização de procedimentos de Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT), de cesarianas e mortalidade.

Quadro 1. Aspectos analítico-qualitativo da série histórica dos Relatórios Trimestrais de Gestão da rede hospitalar própria publicizada do SUS Bahia, entre 2007 e 2014

Ano	Aspectos regulatórios registrados
2007	Os relatórios das seis unidades hospitalares consideraram comuns a redução de repasses justificados pelos cortes orçamentários associados ao não cumprimento de metas contratuais e a existência de justificativas bem fundamentadas para o não cumprimento de metas contratuais, citando cláusulas contratuais não respeitadas.
2008	Quatro dos sete relatórios hospitalares apresentaram: avaliações de janeiro a dezembro; quadro de pessoal com informações relatadas; mudança do modelo de gestão terceirizada para publicizada; repactuações que possibilitaram os hospitais ao cumprimento de metas contratuais; imagens na descrição do perfil das unidades hospitalares.
2009	Cinco das dez unidades criticaram existência de unidade com apresentação de apenas dois relatórios (semestrais); ocorreu de uma unidade apresentar quadro com quantitativo de pessoal e respectiva carga horária; houve unidade em que os relatórios não constaram metas a serem cumpridas, apenas a quantidade contratada em valor absoluto; houve aplicação de penalização contratual por não cumprimento de meta estabelecida; inclusão de anexo com quadro de percentuais a serem pagos a depender da meta alcançada.
2010	Seis dos onze hospitais consideraram: metas como taxa de ocupação e média de permanência foram ajustadas no decorrer do ano; houve diminuição na quantidade de leitos para 129 em uma unidade hospitalar; ocorreu de seis unidades apresentarem quadro com quantitativo de pessoal e respectiva carga horária nos quatro relatórios do ano; apresentou-se o cumprimento de procedimentos de SADT muito acima do contratualizado em um relatório, porém sem justificativa ou readequação contratual.
2011	Cinco de onze unidades criticaram não haver clareza na descrição ou completude nas conclusões e não estabelecimento de metas contratuais claramente, prejudicando avaliar se houve realmente o cumprimento contratual; houve crescimento do quantitativo de leitos para 119 e 202 em duas unidades; considerou-se como alcançada a meta ambulatorial, embora tenha atingido apenas 33%; conclusão apresenta alcance de metas apesar de percentuais baixos de produção de serviços ambulatoriais; houve repetição do valor de alguns indicadores em relatórios consecutivos; houve aplicação de desconto orçamentário de 6% no valor contratual pelo não alcance da meta contratual estabelecida para produção ambulatorial; passou-se a se avaliar a taxa de cesárea como indicador contratual; foi incluída a taxa de mortalidade geral como indicador.

Quadro 1. (cont.)

2012	Cinco relatórios de doze hospitais apontaram: alcance de todas as metas contratuais, porém existiu quadro de informações em um dos relatórios que não apresenta alcance de meta de internação; crescimento do quantitativo de leitos; inexistência de padronização de modo a prejudicar uniformidade da análise de avaliação quanto ao alcance das metas. Houve um caso importante: no 1º trimestre o valor alcançado para Média de Permanência foi de 6,16, quando a meta era 6,0. Nesse item a meta foi dada como alcançada. Porém, no 2º trimestre o valor alcançado foi 6,13 e a mesma foi tida como não alcançada. Não é explicitado o não alcance de meta no relatório, somente sendo percebido o não cumprimento quando analisado quadro e justificativa. E não cumprimento de meta da taxa de cesárea contratualizada.
2013	Nove de quinze unidades analisadas destacaram: aumento no número de leitos totais, porém com manutenção do quantitativo anterior quando somado o quantitativo de leitos especificados, evidenciando inconsistência do número de leitos informados; aumento na taxa de ocupação hospitalar; aumento do número total de leitos para 110, 244, 280, 97 em quatro unidades analisadas, sem especificar consistência do referido aumento; continuidade e aumento do não cumprimento de metas contratuais; relatórios com semelhanças, mudando apenas as informações sobre os quantitativos de procedimentos; permanência de justificativas semelhantes sem permanência do não cumprimento de metas; não há clareza na descrição ou completude nas conclusões dos relatórios; aumento no quantitativo do número de leitos erradamente provocou notificação da unidade hospitalar; não cumprimento paulatino das metas contratuais e/ou taxas de ocupação durante todo o anos, com as mesmas justificativas. Houve solicitação de ratificação de percentual da taxa de ocupação pelo gestor central da saúde, em decorrência do erro contido no relatório que apresentava percentual abaixo do contratualizado.
2014	Sete das dezesseis unidades hospitalares analisadas tiveram críticas quanto ao: não cumprimento de metas pactuadas para as taxas de internação, infecção hospitalar, cesáreas, ocupação hospitalar, permanência média e mortalidade, bem como das metas ambulatoriais, muitas vezes sem justificativas; não existia clareza na descrição ou completude nas conclusões de relatórios; casos em que a produtividade realizada ultrapassava a quantidade contratualizada exageradamente; ocorrência de apresentação quantitativa de produtividade ambulatorial, SADT e internação em quadros desuniformes. Um caso de mudança de ente contratualizado ocorreu, evidenciando apresentação simultânea de dois relatórios distintos para gestão do mesmo hospital.

Fonte: Elaboração própria, com base nos Relatórios Trimestrais de Gestão de 2007 a 2014.

Estes instrumentos celebram acordos com responsabilidades e obrigações a serem cumpridas pelas partes e formas de controle sobre o desempenho da prestação de serviço que fundamentam a atividade de regulação¹⁹. Todavia, a baixa especificidade dos dados de monitoramento da contra-prestação parece contrariar a ideia de que a gestão indireta superaria a menor eficiência operacional existente na administração pública³⁰. Ademais, a instrumentalização do seu processo de monitoramento somente se efetivou como manual técnico-educativo no estado da Bahia em 2016³¹.

Quanto aos aspectos incorporados aos RTG, seis chamaram atenção quanto à fragilidade regulatório-contratual na construção histórica da análise crítica feita a partir da leitura dos RTG. A primeira trata da não padronização do formato dos relatórios que dificultava a análise comparativa e proporcional dos resultados apresentados. As demais tratam da descontinuidade

dos cortes orçamentários consequentes ao não cumprimento de metas estabelecidas, inclusão de novos indicadores sem estimar valores limites; realização de procedimentos de SADT superior ao pactuado contratualmente; repactuação como fomento ao cumprimento de metas contratuais e por aumento de leitos. Outrossim, apesar de acordos de responsabilidades e obrigações, a fragilidade das atividades de regulação e monitoramento contrariam a eficiência operativa que a gestão indireta superaria.

Quanto ao aspecto orçamentário das contratualizações

A princípio, tem-se a análise sobre o ponto de vista orçamentário que os RTG permitiram desenvolver e sintetizar no *quadro 2*. O maior quantitativo de relatórios (112) correspondeu a cinco hospitais que se mantiveram publicizados de 2007 a 2014, apresentando fidelização das parcerias aos

objetos contratuais; e o crescimento de 5 para 16 hospitais com gestão por OS aponta progressiva ampliação anual da publicização. Fenômeno anteriormente descrito como experiências emergentes no início dos anos 2000³² evoluiu a ponto de ser visto como perspectiva consolidada de gestão pública nessa década, tendo em vista as análises dos casos paulista, goiano e baiano^{26,33}.

Sobre a distribuição territorial, as

unidades hospitalares geridas por OS estão em sete das nove macrorregiões de saúde desde 2007. Essas macrorregiões são leste (principalmente), nordeste, oeste e extremo sul. Característica que suscita necessidade de melhoria do sistema regulador, nova função assumida pelo Poder Público contratante, que deve controlar, avaliar e auditar com vistas à melhoria da equidade do acesso e garantia assistencial efetiva¹⁸.

Quadro 2. Aspectos analítico-orçamentários da gestão pública contratualizada adotada para rede hospitalar própria publicizada do SUS Bahia, entre 2007 e 2014

	H01	H02	H03	H04	H05	H06	H07	H08
Macrorregião	Centro-Leste	Centro-Norte	Extremo Sul	Leste	Leste	Leste	Leste	Leste
Nº de Leitos	153	120	130	27	52	236	155	108
Nº de RHS	401	312	388	76	113	308	739	559
Leitos de UTI	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Sim
Máximo (R\$)	5.543.560,00	3.519.345,03	3.096.669,72	4.36.409,60	840.689,07	4.257.459,13	6.350.000,00	3.104.289,53
Mínimo (R\$)	2.774.625,00	3.216.326,24	1.125.997,00	303.384,62	840.689,07	2.245.037,33	2.710.424,33	3.104.289,53
Diferença	553.787,00	101.006,26	246.334,09	22.170,83	-	402.484,36	454.946,95	-
Orçamentária (R\$) (DO)								
Nº de Aditivos	0	0	3	4	0	5	4	0
Org. Social	ISG AOSID Imip	AOSID	Monte Tabor	APMICA	IFF	IFF	Santa Casa	IBDAH
Entre 2007-2014	2010-12 2013-13 2014-14	2012-14	2007-14	2009-14	2013-14	2010-14	2007-14	2014-14
Nº RTG Incluídos	17	07	22	18	06	18	24	02
Nº RHS/ Nº Leitos	2,62	2,60	2,98	2,62	2,17	1,3	4,76	5,17
Orç.Max/RHS (R\$)	13.824,33	11.279,95	7.981,10	6.146,61	7.439,72	13.822,91	8.592,69	5.553,29
Orç.Max/Leitos (R\$)	36.323,41	29.327,87	23.820,53	16.163,31	16.167,09	18.040,08	40.967,74	28.743,42
DO/RHS (R\$)	1.381,01	323,73	634,88	312,26	-	1.306,76	615,62	-
DO/Leitos (R\$)	3.619,52	841,71	1.894,87	821,14	-	1.705,44	2.935,14	-
	H09	H10	H11	H12	H13	H14	H15	H16
Macrorregião	Leste	Leste	Nordeste	Nordeste	Norte	Oeste	Oeste	Oeste
Nº de Leitos	84	-	116	96	181	-	292	32
Nº de RHS	152	-	561	211	470	-	560	85
Leitos de UTI	Não	-	Sim	Sim	Sim	-	Sim	Não

Quadro 2. (cont.)

Orçamento Mês/Ano	Máximo (R\$)	922.171,30	1.627.125,22	2.750.738,82	1.564.407,97	3.074.363,09	643.057,94	4.557.926,01	570.747,00
	Mínimo (R\$)	922.171,30	1.076.650,95	1.185.767,30	693.583,26	1.774.139,50	356.458,31	1.932.451,78	514.000,00
	Diferença	-	137.618,56	195.621,44	108.853,08	216.703,93	40.942,80	328.184,27	28.373,50
Orçamento Mês/Ano	Orçamentária (R\$)								
	(DO)								
Publicização	Nº de Aditivos	0	2	6	3	2	3	5	0
	Org. Social	IFF	AOSID	Monte Tabor	FJS	Imip	AOSID	AOSID	Pró-Saúde
Publicização	Entre 2007-2014	2013-14	2009-14	2007-14	2007-14	2009-14	2008-14	2007-14	2013-14
	Nº RTG Incluídos	04	14	23	20	19	22	23	04
Relações	Nº RHS/ Nº Leitos	1,80	-	4,83	2,19	2,59	-	1,92	2,65
	Orç.Max/RHS (R\$)	6.066,91	-	4.903,27	7.414,25	6.541,19	-	8.139,15	6.714,67
	Orç.Max/Leitos	10.978,22	-	23.713,26	16.295,91	16.985,43	-	15.609,33	17.867,09
	(R\$)								
	DO/RHS (R\$)	-	-	348,70	515,89	461,07	-	586,04	333,80
	DO/Leitos (R\$)	-	-	1.686,39	1.133,88	1.197,25	-	1.123,91	886,67

Fonte: Elaboração própria, com base nos Relatórios Trimestrais de Gestão de 2007 a 2014.

Quanto às OS, 10 se responsabilizaram pela gestão de 16 hospitais da rede própria. Entre elas, destacaram-se as Obras Sociais Irmã Dulce (Osid) à frente de cinco estabelecimentos, Instituto Fernando Filgueiras (IFF) com três, Monte Tabor Centro Ítalo Brasileiro de Promoção Sanitária (Monte Tabor) e Fundação Professor Martiniano Hospitalar Imip Hospitalar ou Instituto de Medicina Infantil Fernando Figueira (Imip) com duas cada. Quanto à permanência da gestão por período ininterrupto, cinco unidades permaneceram por todo o período de 2007 a 2014 com a mesma OS, e apenas um hospital teve relatórios de mais de uma OS responsável. Situação que leva a supor que a publicização foi estratégia de longo prazo para os serviços hospitalares, e ainda uma clara fidelização entre os contratante e contratados.

A partir da diferença entre os valores máximo e mínimo dos orçamentos apresentados nos relatórios, a partir da série histórica, pode-se inferir análises sobre quantitativo de leitos e de RHS. O acréscimo orçamentário no valor mensal/ano ocorreu em todas

as 16 unidades hospitalares, porém, não houve fidedignidade na menção dos aditivos de contratos nos relatórios, reiterando a fragilidade do instrumento regulatório e obrigando os pesquisadores à maior atenção quanto às mudanças nos valores citados e, estrategicamente, adoção de série histórica com valores máximos e mínimos por ano correspondente.

Por meio de série histórica, reconheceu-se que os acréscimos orçamentários mês/ano variaram, sendo proporcionais ao porte hospitalar. As unidades com maior quantitativo de leitos, com maior complexidade por possuírem Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e serem de médio e grande porte receberam maior acréscimo orçamentário-contratual no período. Coadunando com a estratégia de implementação das RAS conforme na Portaria nº 2.395/2011³⁴. A estratégia contratual para expansão da maior complexidade assistencial favorece a SES na ampliação da captação de financiamento da MAC, por intermédio do bloco de incentivos estabelecidos pelo Faec e que estão

relacionados com a expansão das linhas de cuidados estratégicas³⁴.

Quando correlacionado o quantitativo total de RHS com o porte hospitalar e acréscimo orçamentário mês/ano, evidencia-se que as unidades com menores acréscimos se caracterizaram como sendo de pequeno e médio porte com UTI. As unidades com moderado acréscimo-contratual são quatro hospitais de médio e um de grande porte, ambos com leitos de UTI. Como desfecho, as unidades de pequeno porte tiveram menor acréscimo orçamentário-contratual, enquanto as unidades de médio e grande porte tiveram heterogêneo acréscimo correlacionado aos RHS, sendo mais evidente quando correlacionado à existência de leitos de UTI.

O modelo de gestão por OS tem melhor autonomia para contratação de pessoal, sendo este um fator determinante à eficiência do contrato de gestão³³, além de ser sabido que o plano de incentivos profissionais é pilar da gestão baseada em resultados³⁵.

Fragilidades dos instrumentos de gestão e prestação de contas na percepção dos gestores da atenção hospitalar

Em relação às características relacionadas com os contratos, relatórios de gestão e aspectos orçamentários das contratualizações na gestão indireta por OS, na perspectiva dos atores envolvidos nesse processo, merecem destaque aspectos que foram reconhecidos como fragilidades, quais sejam: prender-se às informações fornecidas pelos contratados, deficiente capacidade instalada para monitoramento, necessidade de aperfeiçoamento dos critérios de acompanhamento, necessidade de incorporação da satisfação do usuário como critério qualitativo e acompanhamento com certo distanciamento em relação aos serviços, como expressados pelos gestores centrais:

A análise desses relatórios às vezes passam até por um crivo de pessoas que não conhecem o

segmento da saúde, que não tem essa capacidade de toda de questionamento do porquê que não ter cumprido. (GC03) [e que] A gestão indireta não tem nenhum sistema, são relatórios em Excel, são cálculos que mensalmente os hospitais têm que encaminhar como informações. (GC08).

Há discussão para tentar modificar os indicadores, incorporando outros mais novos, porque as vezes a gente pensa que está moderno, e não está. [...] A gente quer colocar uma pesquisa de satisfação para saber opinião do cliente, pra que ele faça parte desse projeto nosso como um indicador de qualidade. (GC04).

Nós já identificamos falhas. Essas metas quantitativas são analisadas e avaliadas pela autodeclaração da empresa. E as qualitativas elas são compulsoriamente informadas. Alguns indicadores de qualidade não conseguem acompanhar para poder fazer pagamento [...] são tão simplórios que não conseguem acompanhar o desempenho. Precisa fazer pesquisa de satisfação do usuário. (GC06).

Quanto à capacidade de monitoramento por parte da Sesab, falta organizar um conjunto de conhecimentos necessários à avaliação da gestão de serviços de saúde (complexidades assistenciais, contábil-econômico, engenharia, jurídico e trabalhistas). O Estado deve assumir sua função regulatória, desenvolver nas suas secretarias melhorias da: capacidade de crítica sobre os resultados apresentados conforme as metas contratuais, insuficiente equipe para controle, relatórios de acompanhamento pouco detalhados, distanciamento da equipe de monitoramento por problemas ou longo período de intervalo entre as visitas.

[...] nós precisamos ter mais um conjunto de conhecimentos. [...] precisa ter gente com competência dentro da Secretaria para verificar se a manutenção dos equipamentos está adequada, adequação dos fluxos de atendimentos, se os protocolos de atendimento estão adequados, de

seleção de pessoas [...] Não é necessariamente que essa competência seja requerida apenas para dois ou três membros da comissão, e sim a Secretaria inteira. [...] teria que ter também melhoria de habilidades na parte administrativa, economia e jurídico, [...] a segurança trabalhista. São essas habilidades que, em tese, o próprio Estado precisa desenvolver na condução do seu processo. (GC03).

Inclusive vem se promovendo discussões, buscando a revisão da legislação, melhorando e aprimorando. [...] mas o Estado tem crescido muito essa gestão por Organização Social. Mas precisa ir aprimorando porque é muito recurso, precisa que o Estado tenha a capacidade de gastar melhor, certo. (GC03).

Eu percebi fragilidade dos controles dos contratos da gestão indireta. [...] As metas qualitativas muitas vezes são simples. Não são metas que apuram com profundidade. E até as quantitativas, pouco acompanhadas pela gestão, em termo do rigor de acompanhamento. [...] sempre fiquei preocupada com aquelas planilhas, dizia: mas como? O que eles apresentam não tem uma crítica mais detalhada. [...] Então eu percebi uma fragilidade na equipe, em termos até de quantidade de pessoas que trabalham na equipe, [...] eu percebia uma fragilidade deste acompanhamento, e dos instrumentos que eles utilizam pra acompanhar que eu não percebia bom nível de detalhamento do valor financeiro por internações e procedimentos. [...] Deveriam estar mais perto da unidade da gestão indireta, acompanhando o dia a dia dela. Eu não conseguia, nas minhas conversas com eles, perceber que havia um acompanhamento mais próximo. (GC05).

Ademais, como aspecto relativos à função regulatória, os fatores correlacionados ao não cumprimento das pactuações contratuais estiveram relacionados com: inexistência de instrumento de avaliação do custo-efetividade sobre os modelos de gestão pública, instrumentos de controle pouco efetivos, monitoramento complexificado pela

heterogeneidade das unidades hospitalares, por ser distanciado e pouco crítico, baixa implementação dos conselhos gestores com fomento ao controle social voltado às metas contratuais, não adesão da Sesab aos padrões de instrumentos de contratos e relatórios conforme sistematização do Congeos e processo de monitoramento fragmentado. Condições percebidas nas seguintes falas:

O nível de complexidade que está em um hospital e em outro não é exatamente o mesmo. Então assim, a gente tentou fazer um trabalho para que a gente chegasse a desenvolver um indicador, com um fator de correção que levasse em consideração a complexidade dos pacientes, do que a unidade atende, mas não conseguiu. (GC07).

Um das coisas que a gente estava discutindo nesse período é a proposta de trazer para o conselho gestor dos hospitais representantes da comunidade, [...] é uma forma de cobrar mais de perto não só as metas, mas a qualidade do serviço. (GC09).

Outros órgãos que fazem publicização, são assessorados por nós na construção do projeto. Eles constroem o projeto com nossa metodologia. Já a Sesab não. [...] os relatórios que recebemos da Sesab não observa esse modelo. [...] O modelo de contrato de gestão da Sesab é bem atípico em relação aos outros contratos. [...] Ela tem uma estrutura própria que ela se divide em parte assistencial, parte jurídica etc. É por partes, então, cada equipe cuida de uma parte do contrato. [...] Eles criaram um processo, cada equipe cuida de uma parte do contrato. Então se você perguntar sobre o contrato sobre uma matéria que não é daquela equipe, ela não sabe lhe dizer, eles fizeram a estrutura dessa forma. [...] O monitoramento é fragmentado, no processo de trabalho. [...] Os relatórios da Sesab só abordam a questão de indicadores de produção, de internação, de SADT. É com um ou dois blocos e alguns indicadores qualitativos. Ele não traz o contrato como um todo, como nosso padrão de relatório aborda, não é. É fragmentado. (GC10).

Essas evidências possibilitaram reconhecer que a instrumentalização contratual e dos relatórios de gestão são elementos de fragilidade na publicização da gestão hospitalar do SUS Bahia. Considerando os elementos do referencial teórico utilizado para analisar a capacidade gestora, cabe ressaltar a importância da categoria PCD, que constitui um dos vértices do TFM²³ e que, no caso analisado, foi considerada como o aspecto mais fraco da gestão hospitalar.

Considerações finais

A primeira dimensão analítica tratou sobre o sistema de monitoramento e avaliação da gestão hospitalar, devendo destacar que os contratos de gestão são instrumentos frágeis e de pouco aprofundamento nos aspectos de acompanhamento e vigilância em relação ao cumprimento das ações contratadas pela SES. Inclusive, os participantes reiteraram essa crítica, considerando a fragmentação do método adotado pela Sesab e os problemas relatados que prejudicam a qualidade da avaliação.

Os instrumentos não apontam critérios de acompanhamento da melhoria das necessidades de saúde e condição socio sanitária, determinantes que devem pautar as ações implementadas pelos hospitais com vistas ao perfil epidemiológico da macrorregião. Também não são estabelecidos critérios avaliativos e de monitoramento sobre os desempenhos referidos pelas OS.

No que tange à preocupação com o desempenho, a análise dos contratos leva a acreditar que o Poder Executivo Estadual é contratante que assume a responsabilidade pela gestão eficiente e resolutiva, sendo que este deveria se ocupar da função regulatória, monitorando e fiscalizando a eficiência da organização que realiza a gestão. De fato, ele se compromete em subsidiar a OS contratada com valores estabelecidos, garantir acréscimos por aditivos/reembolso para alcance de prestação de serviços e permitir

flexibilização de entraves burocráticos. Outrossim, cabe à contratada: respeito aos direitos trabalhistas, normas e princípios do SUS, comprovação da capacidade de desempenho, qualidade do serviço prestado e lançamento de dados nos Sistemas de Informação em Saúde. Todavia, percebe-se que a função regulatória do Estado não se desenvolveu rapidamente, exigindo esforços à melhoria do sistema de acompanhamento e controle.

Quanto ao cumprimento do plano contratualizado, destaca-se que, para além da heterogeneidade em relação ao porte hospitalar, a complexidade da gestão contratualizada por publicização é condicionada à baixa capacidade de monitoramento do nível central da atenção hospitalar. Houve readequação da parte variável conforme desempenho de 10% para 30% do orçamento total, tornando-se parte importante da composição financeira do instrumento contratual e estrategicamente estimulando a melhoria dos resultados. Outros condicionantes implicaram a fragilidade do monitoramento: dificuldades operacionais para visitas trimestrais, baixa capacidade da equipe de acompanhamento quanto aos aspectos jurídicos, contábil, trabalhista e predial. A fragilidade evidenciada aponta para a baixa implementação desse elemento regulador da publicização, que é marcante no âmbito estatal.

Deve-se destacar a responsabilidade estatal sobre a manutenção da oferta de serviços públicos com alternativa da gestão indireta. No instrumento contratual, o Estado transfere a competência de gestão do serviço, mas se mantém corresponsável pela prestação de serviços, apontando adoção de protocolos terapêuticos, valorizando certificação por acreditação e recomendando atuação de comissões com fomento de temas alinhados a implementação de políticas públicas sociais e de saúde. Da mesma forma, compromete-se a retomar a condução da gestão direta em casos de não cumprimento contratual da OS.

Por fim, deve-se destacar que RHS é uma das centralidades analíticas nesses instrumentos de gestão. Primeiro porque corresponde a maior parte do orçamento destinado contratualmente; porém, não teve correlação com o valor acrescido nas publicizações dos hospitais da rede própria do SUS Bahia.

Assim, pode-se considerar que os instrumentos de contratualização e regulação somente serão estratégias fortes à regulação da publicização quando suas fragilidades forem superadas, de modo a permitir que o Estado regulador exerça sua atribuição de monitoramento fidedigno e contínuo, análise crítica consistente aos desempenhos

dos parceiros contratados e superação dos entraves que condicionam a regulação sistêmica e, conseqüentemente, a qualidade do cuidado que é prestado à população.

Colaboradores

Santos TBS, Souza JS, Martins JS, Rosado LB e Pinto ICM contribuíram para concepção, planejamento, análise e interpretação de dados; elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo; e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Escorel S, Teixeira L. História da política de saúde no Brasil de 1822 a 1963. In: Giovanella L, organizadora. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 279-322.
2. Santos IS, Ugá MAD, Porto SM. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2008; 13(5):1431-1440.
3. Pinto ICM, Teixeira CF, Solla JJSP, et al. Organização do SUS e diferentes modalidades de gestão e gerenciamento dos serviços e recursos públicos de saúde. In: Paim JS, Almeida Filho N, organizadores. *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Medbook; 2014. p. 231-244.
4. Brasil. Presidência da República. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Brasília, DF: [s. n.]; 1995. 68 p. [acesso em 2018 out 13]. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/PlanoDiretor/planodiretor.pdf>.
5. Brasil. Lei no 11.079, de 30 de dezembro de 2004. Institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública. *Diário Oficial da União*. 31 Dez 2004.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 3.410, de 30 de dezembro de 2013. Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). *Diário Oficial da União*. 31 Dez 2013.
7. Brasil. Lei no 13.019, de 31 de julho de 2014. Estabelece o regime jurídico das parcerias voluntárias, envolvendo ou não transferências de recursos fi-

- nanceiros, entre a administração pública e as organizações da sociedade civil, em regime de mútua cooperação, para a consecução de finalidades de interesse público; define diretrizes para a política de fomento e de colaboração com organizações da sociedade civil; institui o termo de colaboração e o termo de fomento; e altera as Leis nºs 8.429, de 2 de junho de 1992, e 9.790, de 23 de março de 1999. Diário Oficial da União. 1 Ago 2014.
8. Abrucio FL, Loureiro MR, organizadores. O Estado numa era de reformas: os anos FHC: Parte 2. Brasília, DF: Ministério do Planejamento; 2002.
 9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 95, de 26 de janeiro de 2001. Norma Operacional da Assistência à Saúde / SUS – NOAS 01/2002. Diário Oficial da União. 27 Jan 2002.
 10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 373, de 27 de janeiro de 2002. Norma Operacional da Assistência à Saúde. Diário Oficial da União. 28 Jan 2002.
 11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União. 23 Fev 2006.
 12. Brasil. Decreto no 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 29 Jun 2011.
 13. Martins RM. Contratos Administrativos. Rev Eletrôn Direito Estado [internet]. 2009 jan-mar [acesso em 2018 abr 15]; (17):1-48. Disponível em: <http://www.direitodoestado.com.br>.
 14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde. Diário Oficial da União. 31 Dez 2015.
 15. Cenci AR, Bedin GL, Fisher RS. Do Liberalismo Ao Intervencionismo: O Estado como protagonista da (Des) Regulação. Rev Acad Bras Direito Const. 2011 jan-jun; (4):77-97.
 16. Soares PF. Do Estado Liberal ao Estado Regulador: aspectos político-jurídicos. Conteúdo Jurídico [internet]. 2013 jun 28 [acesso em 2017 mar 15]. Disponível em: <http://www.conteudojuridico.com.br/?artigos&ver=2.44127&seo=1>.
 17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 1559, de 10 de agosto de 2008. Institui a política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União. 2 Ago 2008.
 18. Vilarins GCM, Shimizu HE, Gutierrez MMU. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. Saúde debate [internet]. 2012 out-dez [acesso em 2018 abr 15]; 36(95):640-647. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042012000400016&lng=pt&nrm=iso&tlng=en.
 19. Coutinho NN. As organizações sociais e o contrato de gestão. Rev Dir Público [internet]. 2006 maio-ago [acesso em 2018 abr 15]; 1(2):25-40. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/direitopub/article/viewFile/11565/10260>.
 20. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
 21. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado. Plano Estadual de Saúde do Estado da Bahia (PES) 2007-2010. Rev Baiana Saúde Pública [internet]. 2009 [acesso em 2018 abr 15]; 33(supl.1):13-87. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/pdf/PES - RBSP_Vol33_Suplemento1_2009.pdf.
 22. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado. Plano Estadual de Saúde 2012-2015. Rev Baiana Saúde Pública [internet]. 2012 [acesso em 2018 abr 15];

- 36(supl):1-66. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2012/v36nSupl1/a3491.pdf>.
23. Matus C. Los cinturones Del gobierno. Caracas: Fondo Editorial Altadir; 1997.
24. Pinto ICM. Mudanças nas políticas públicas: a perspectiva do ciclo de política. Rev Políticas Públicas [internet]. 2008 jan-jun [acesso em 2018 abr 15]; 12(1):27-36. Disponível em: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:GU_5jXv56hoJ:www.revistapoliticaspUBLICAS.ufma.br/site/download.php?id_publicacao=153+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br.
25. Howlett M, Ramesh M, Perl A. Política pública. Seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integradora. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.
26. Barbosa NB, Lima H, Trindade AMV, et al. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público-privada em Goiás – o caso Huana. Rev Serv Público. 2015; 66(1):121-144.
27. Bonacim CAG, Araújo AMP. Influência do capital intelectual na avaliação de desempenho aplicada ao setor hospitalar. Ciênc Saúde Colet [internet]. 2010 [acesso em 2018 abr 15]; 15(supl.1):1249-1261. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700034&lng=pt&lng=pt.
28. Costa IG, Gofman B. As parcerias com as organizações sociais e a fiscalização por parte do Ministério público. Rev Aporia Jurídica. 2016 jun; (1):157-173.
29. Alcoforado F, Moraes TC. A Responsabilização na Gestão das Políticas Públicas a a Contratualização com Organizações Sociais. Rev Eletrôn Reforma Estado [internet]. 2008 nov [acesso em 2018 abr 15]; (15):1-14. Disponível em: <http://www.direitodoesta-do.com.br/rere/edicao/15>.
30. Barbosa AP, Malik AM. Desafios na organização de parcerias público-privadas em saúde no Brasil. Análise de projetos estruturados entre janeiro de 2010 e março de 2014. Rev Adm Pública [internet]. 2015 [acesso em 2018 abr 15]; 49(5):1143-1165. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122015000501143&lng=pt&lng=pt.
31. Sanches L, Pontes L, Barros C, et al., organizadores. Manual de Gestão: Programa Estadual de Organizações Sociais. 1. ed. Salvador: Secretaria de Administração do Estado; 2016.
32. Machado CV. Novos modelos de gerência nos hospitais públicos: as experiências recentes. Physis. 2001;11(1):105-197.
33. Barbosa NB, Elias PEM. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público / privado. Ciênc Saúde Colet. 2010; 15(5):2483-2495.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 2.395, de 11 de outubro de 2011. Organiza o componente hospitalar da Rede de Atenção às Urgências do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 12 Out 2011.
35. Ditterich RG, Moysés ST, Moysés SJ. O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde. Cad Saúde Pública. 2012 abr; 28(4):615-627.

Recebido em 12/07/2017

Aprovado em 01/10/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

A saúde do idoso na televisão: prescrição de estilo de vida saudável

The health of the elderly on television: healthy lifestyle prescription

Márcia Cristina Rocha Costa¹, Maria Lígia Rangel Santos², Antonio Marcos Pereira Brotas³

DOI: 10.1590/0103-11042018S218

RESUMO Este artigo apresenta a análise do enquadramento (framing) da saúde do idoso em um programa da série ‘Ser Saudável’, da TV Brasil, e também em uma edição do programa ‘Bem Estar’, da TV Globo. Adota-se como caminho teórico-metodológico a ideia de frame como ‘pacotes interpretativos’ partilhados socialmente, que produzem sentidos, a partir de determinadas perspectivas. Identifica-se a hegemonia dos quadros Técnico-Científico e Comportamento e Responsabilidade Individual na abordagem do tema, tanto numa emissora não comercial quanto na TV comercial, enquanto os quadros Sociocultural e Ambiental e a Política Pública emergem tangencialmente. Dessa forma, reforça-se a ideia de uma velhice bem-sucedida para quem segue as recomendações médicas e faz escolhas saudáveis, sem levar em conta os determinantes sociais e o papel do Estado na promoção da saúde do idoso.

PALAVRAS-CHAVE Saúde do idoso. Mídia audiovisual. Televisão.

ABSTRACT *This article presents the analysis of the framing of the health of the elderly on a program of the series ‘Ser Saudável’, on TV Brasil, and also in an edition of the program ‘Bem Estar’, on TV Globo. It adopts as theoretical-methodological path the idea of frame as ‘interpretative packages’ socially shared, which produce senses, from certain perspectives. It identifies the hegemony of Technical-Scientific and Behavioral and Individual Responsibility frameworks in addressing the issue, both in a non-commercial broadcaster and in commercial TV, while the Sociocultural and Environmental and Public Policy frameworks emerge tangentially. This reinforces the idea of a successful old age for those who follow the medical recommendations and makes healthy choices, without taking into account social determinants and the role of the State in promoting the health of the elderly.*

KEYWORDS *Health of the elderly. Video-audio media. Television.*

¹Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) – Cachoeira (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9455-843X>
marciarocha.jor@gmail.com

²Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7340-3132>
lirangel@ufba.br

³Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8438-2445>
ambrotas@gmail.com



Introdução

A população idosa, por se tratar do grupo social mais afetado pelas doenças crônico-degenerativas, diante do aumento da expectativa de vida do brasileiro¹, é uma parcela significativa de consumidores em potencial dos produtos e serviços que o mercado da saúde oferece, em nome de uma vida longa e saudável. A mídia, enquanto uma das instituições culturais mais poderosas do sistema capitalista, também tem, nesse apreciador idoso, um filão de audiência: 26,1 milhões de pessoas acima dos 60 anos, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)².

O Estatuto do Idoso, criado pela Lei federal nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, garante direitos fundamentais à integridade física, mental, social, moral, intelectual, com punição à violência e discriminação às pessoas idosas. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, instituída pela Portaria nº 2.528, de 2006, ainda não alcançou a sua finalidade primordial de “recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde”³.

Estudos evidenciam desigualdades no acesso aos serviços de saúde^{4,5}, bem como às medicações para o tratamento de saúde⁶, de modo que a maioria da população as adquire através de seus próprios recursos e, frequentemente, entre os idosos, mediante automedicação⁷. Apontam, também, a existência de inúmeras situações de humilhação, insultos e até mesmo maus tratos no cotidiano dessa população. A ausência dessas políticas deixa recair “sobre a família a responsabilidade pelo cuidado para com as pessoas idosas, sem ser dado à mesma um preparo para tal função”⁸⁽²⁸³⁾.

Por sua vez, o enquadramento da mídia, resultado da interpretação partilhada socialmente, associa a velhice saudável a uma responsabilidade sobre si mesmo e a fatores biológicos, ignorando aspectos sociais e ambientais. Neste artigo, analisa-se o enquadramento da saúde em dois programas da

televisão aberta que abordaram o tema: uma edição da série ‘Ser Saudável’ (TV Brasil) e uma edição do ‘Bem Estar’ (TV Globo). Mesmo em se tratando de duas propostas editoriais diferentes, tanto no formato quanto na periodicidade, a análise identificou os quadros hegemônicos e a dinâmica dos seus agentes na ação comunicativa, permitindo apontar semelhanças tanto na abordagem do tema na TV Brasil, que está no campo público, quanto na TV Globo, que é comercial.

Nesse contexto, para Martín-Barbero⁹, a televisão tem papel fundamental na difusão de discursos e seus sentidos, especialmente pela sua ‘cotidianidade familiar’, que chega a uma vasta audiência. Para o autor, os meios, enquanto espaços de mediação, produzem o que está na cultura. O público se identifica com os produtos da indústria cultural, não por imposição dos veículos de comunicação a uma audiência passiva, mas na medida em que ela se reconhece nesses produtos. A hegemonia, no sentido gramsciano usado por Martín-Barbero⁹, está presente no cotidiano das pessoas e nos usos sociais da mídia. Não se trata de hegemonia pela dominação, mas pela disputa de sentidos, reconhecida pelo consenso do público. São relações de poder em que o não hegemônico pode até aparecer, mas quem dirige é a cultura hegemônica, feita de cumplicidade e sedução.

A saúde do idoso na mídia

Ao analisar as representações do idoso na década de 1990, Debert¹⁰ observa que há imagens tão dramáticas quanto produtivas dos idosos, dos abandonados em asilos e sofridos aposentados, em oposição aos produtivos e ativos que participam de grupos de convivência e universidades para a terceira idade. Ao mesclar essas imagens, ‘aparentemente antagônicas’, a autora percebe uma ‘reprivatização da velhice’, responsabilizando o indivíduo pelos seus dramas, já que este não teria se cuidado nem buscado atividades

motivadoras. Nesse contexto, a mídia desfaz imagens associadas à velhice, sugerindo comportamentos e estilos de vida saudáveis para quem não se sente velho, e que são mais aceitos pela sociedade.

Abordar a velhice na experiência contemporânea é descrever um contexto em que as imagens e os espaços abertos para uma velhice bem-sucedida não levam necessariamente a uma atitude mais tolerante com os velhos, mas sim, e antes de tudo, a um compromisso com um tipo determinado de velhice positivo¹⁰.

O aumento da expectativa de vida e longevidade na terceira idade pode trazer novos signos para a velhice, e a juventude é um bem possível em qualquer idade, desde que se adote um estilo de vida adequado para uma velhice ativa, produtiva, com saúde e bem-sucedida. Para essa crescente parcela da população brasileira, há um mercado de produtos e serviços. Ao reforçar a responsabilidade individual pela saúde e a possibilidade de se manter jovem seguindo determinadas lógicas de consumo, a mídia não contempla os vários tipos de velhice, não contribui para a percepção de que nem todos poderão ter acesso a essas escolhas, e ainda exclui o papel do Estado e da própria sociedade para com os seus idosos.

O individual e o coletivo

A prioridade do individual sobre o coletivo se apresenta na mídia submetida a uma lógica comercial pouco interessada na promoção da saúde e, portanto, distante do entendimento de que a saúde também é um bem coletivo. Enquanto o conteúdo informativo dissemina o risco de determinados comportamentos, como comer alimentos gordurosos e sal em excesso ou ser sedentário, a propaganda nas diferentes mídias expõe o público ao risco de consumir alimentos industrializados, ricos em produtos químicos e pobres em

nutrientes, sem se preocupar com as consequências que esse estímulo ao consumo poderá trazer ao corpo individual e coletivo.

A própria expressão ‘sua saúde’, largamente usada nos conteúdos sobre saúde das mídias, já sinaliza o sentido de um corpo individual que será tratado individualmente, sob a intervenção de medicamentos, exercícios ou cirurgias, estéticas ou não. Embora seja um fato coletivo, em sua emissão, as mensagens sobre saúde e doença não criam no receptor, na maioria das vezes, esse mesmo sentido, pois a audiência é tratada como um conjunto de consumidores individuais de produtos. Para Lefèvre¹¹, a saúde como fato coletivo deveria apresentar conteúdo com base na promoção da saúde, abrigando outros modelos, não consumistas e coletivos, além do biomédico.

Metodologia

Para o estudo dos enquadramentos, é adotado o conceito de *frames* (quadros) midiáticos, entendidos como ‘pacotes interpretativos’, construídos e partilhados socialmente, cuja ideia organizadora central conduz a um sentido. Eles não são estáticos nem individuais, envolvendo fontes, produtores e audiência na construção de significados¹²⁻¹⁶. Portanto, os quadros não são determinados diretamente da mídia para a audiência, mas resultam de um complexo processo de interlocuções e estão associados a um fenômeno cultural. Ao pesquisador, cabe identificar o que é dito e o que é silenciado, bem como a combinação de quadros.

Optou-se pela abordagem dedutiva, em que os quadros surgem após uma revisão da literatura e análise do conteúdo, realizada com a leitura textual e visual dos programas. Palavras-chave e expressões frequentes, imagens e argumentos recorrentes, em cada programa, apontaram dispositivos de enquadramento, que levaram aos dispositivos de raciocínio, entendidos como os discursos

explícitos, ou implícitos, que justificam e/ou apontam causas e consequências. Como afirma Entman¹⁷⁽⁵²⁾:

Enquadrar é selecionar alguns aspectos da realidade percebida e torná-los mais salientes em um texto comunicativo, de modo a promover uma definição particular do problema, uma interpretação causal, uma avaliação moral e/ou recomendação de tratamento para o item descrito.

Na tarefa de identificação dos quadros, buscou-se a relação lógica entre os dispositivos de enquadramento e os dispositivos de raciocínio, ou seja, elementos constitutivos das mensagens que, agrupados, formam um padrão numa amostra, a moldura que envolve o enquadramento. Assim, chega-se a quatro frames, embalados por pressupostos enraizados na cultura, cujos significados resultam da ação social¹⁸:

1 - Técnico-Científico: aponta as explicações sobre a doença e suas manifestações, mostrando a importância da prevenção, de fazer exames e seguir o tratamento recomendado pelos profissionais da saúde, especialmente médicos e pesquisadores da área da saúde, que apontam: a legitimidade da ciência médica, a importância do médico, o contraponto entre os mitos do senso comum e as verdades da medicina.

2 - Comportamento e Responsabilidade Individual: destaca a importância da alimentação balanceada e da atividade física na rotina, como uma responsabilidade individual, sem levar em conta aspectos sociais, econômicos, ambientais. Responsabiliza o indivíduo pelas consequências dos seus problemas de saúde, sem questionar o papel do Estado ou do mercado.

3 - Política Pública: acentua a saúde como direito do cidadão, um bem coletivo, e o papel do Estado na organização, no

monitoramento e na avaliação da saúde.

4 - Sociocultural e Ambiental: aponta a relação entre a saúde e o contexto social, cultural, econômico, ambiental. A saúde é pensada a partir das condições de vida e trabalho da população.

Enquadramento da saúde do idoso no episódio da série ‘Ser Saudável’

O episódio ‘Saúde do Idoso’, exibido durante a série ‘Ser Saudável’, atualmente em reprise na TV Brasil, propõe que o envelhecimento ativo é o caminho para ser saudável, mas que é preciso se prevenir para evitar ou reduzir o impacto das doenças na velhice. Essa proposta está em consonância com o quadro Técnico-Científico, acionado como suporte de uma avaliação moral: quem não se cuida, não se mantém ativo, pode ter uma velhice cheia de problemas, como apontam os dados da epidemiologia, baseada em um discurso de risco e probabilidades, que perpassam a construção da narrativa, principalmente no discurso médico.

Expressões como ‘procure o médico’ e ‘o médico que descobriu’ ressaltam a importância desse profissional e sua valorização em relação aos outros profissionais da saúde. Trata-se de uma racionalidade médica cada vez mais fragmentada, em que o corpo é medicalizado, submetido a exames, tecnologias e tratamentos diversos, que estabelecem necessidades de consumo em nome da saúde e da cura, favorecendo corporações que lucram com a doença.

Em uma cultura midiática, em que a ‘mercadoria informacional’¹⁹ ganha um valor de troca e o individual se sobrepõe ao coletivo, a ênfase no médico demonstra a ressonância do quadro Técnico-Científico, até mesmo em contextos que favoreceram a exposição de quadros não hegemônicos, desvinculados de

aspectos biológicos e voltados para o social e o público, como se percebe na abordagem sobre o grupo social idoso no discurso dos diferentes atores da ação comunicativa.

[Médica/apresentadora] – *Uma coisa que o senhor tá falando que é muito importante, assim, o idoso, muitas vezes, por ter outros problemas de saúde, acaba se automedicando e tendo outras complicações ainda relacionadas com remédio. Então, é importante que todo idoso tenha 'o seu médico de referência' pra conversar a respeito das medicações que são realmente necessárias, assim, ser tomadas.*

[Médico/apresentador] – *Então faz uma visita ao médico anual, que é um médico...*

[Therezinha Groth – aposentada] – *Anual. Eu tenho um médico, sempre o mesmo, né? Daí ele pede pra eu ir pros outros que precisa. Aquele que tem lá que faz colonoscopia, daí eu vou também no ginecologista, que também vou anualmente.*

[Médico/apresentador] – *E quando é que a senhora descobriu o problema da pressão?*

[Therezinha] – *'Isso foi o médico que descobriu', porque eu sempre tenho que... Regularmente, 'eu faço check-up', né? E aí ele constatou, e aí eu comecei a tomar.* (Programa da série 'Ser Saudável', exibido em 29 de setembro de 2012, na TV Brasil).

Nas entrevistas entre os médicos/apresentadores e os personagens, a referência ao médico foi apontada como o caminho para resolver não só as desordens do corpo, mas, também, os problemas em manter uma sexualidade ativa, associando os quadros Sociocultural e Técnico-Científico.

[Médica/apresentadora] – *'É importante, também, que o idoso mantenha uma sexualidade ativa'. É muito saudável que isso aconteça e, aquelas 'pessoas que têm dificuldade, também*

é interessante que busque atendimento médico e recursos, pra resolver', porque hoje em dia isso fica mal resolvido entre os casais. (Programa da série 'Ser Saudável', exibido em 29 de setembro de 2012, na TV Brasil).

O destaque para o papel da categoria médica na proteção da saúde e na prevenção de doenças, para enfrentar o rápido envelhecimento da população brasileira, já se apresenta na escolha das fontes especializadas para discutir o tema: dois geriatras e uma professora de educação física, a qual só aparece na narrativa uma vez, concentrando os depoimentos dos especialistas na voz oriunda do campo da medicina. Dessa forma, observa-se, no depoimento abaixo, do geriatra Moriguchi, uma prioridade para a intervenção médica, ainda que as palavras prevenção, promoção e social façam uma combinação entre os quadros Técnico-Científico, Política Pública e Sociocultural e Ambiental. Nesse contexto, o quadro Técnico-Científico reduz a questão do envelhecimento aos aspectos de prevenção e controle de doenças, enquanto os quadros Política Pública e Sociocultural e Ambiental apenas fazem uma referência superficial à promoção da saúde e ao Estatuto do Idoso, sem proposições ou associação com determinantes sociais.

[Dr. Emílio Moriguchi – geriatra e professor – Unisinos] – *O envelhecimento da população brasileira é um dos envelhecimentos mais rápidos do mundo. Só pra ter uma ideia, enquanto um país como França teve 200 anos pra duplicar o número de idosos e teve tempo pra se preparar, tanto do ponto de vista econômico e social quanto político, o Brasil vai duplicar o número de idosos em 35 anos. Ou seja, nós temos uma estrutura que, infelizmente, ainda não está preparada pra enfrentar essa duplicação do envelhecimento da população, não somente do ponto de vista social, mas, também, do ponto de vista político e econômico. As políticas públicas para promoção de saúde na terceira idade estão começando.*

O marco, certamente, foi o estatuto do idoso, que deu destaque pro idoso, e agora nós temos vários movimentos, a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia e também nas sociedades médicas de outras áreas, como cardiologia, neurologia, para focar na prevenção de doenças relacionadas ao envelhecimento e também o seu tratamento mais adequado. (Programa da série 'Ser Saudável', exibido em 29 de setembro de 2012, na TV Brasil).

Ao tratar de um grupo social, como o idoso, a proeminência do quadro Comportamento e Responsabilidade Individual surge nas interlocuções entre os médicos/apresentadores e os personagens – dois idosos ativos, que trabalham e cuidam bem do corpo. Um deles, atleta de maratona aos 70 anos. Os personagens assumem a exposição desse quadro, associado ao quadro Sociocultural e Ambiental, quando falam de suas concepções de saúde como um estilo de vida que requer, entre outras condicionantes, boa alimentação e atividade física. Os trechos do programa mostram, abaixo, a exposição do quadro Comportamento e Responsabilidade Individual como um compromisso diário na rotina dos personagens, assim como as suas atitudes em busca de uma velhice bem-sucedida.

[Médico/apresentador] – *Com que regularidade que a senhora faz atividade física?*

[Therezinha] – *A regularidade é toda semana, quatro vezes.*

[Médico/apresentador] – *Quatro vezes por semana.*

[Therezinha] – *Isso! É regular, é de manhã. De manhã, sempre. Eu saio de casa 7h30 e volto 10h30.*

[Médico/apresentador] – *O ponto chave pra que a atividade faça bem pro coração, pra que faça efeito, é regularidade e uma certa intensidade, que a gente recomenda que seja moderada,*

adaptada à pessoa, e que seja, pelo menos, 30 minutos por dia.

[Therezinha] – *Ser saudável é praticar tudo o que manda, por exemplo, melhora a qualidade de vida, fazer exercícios físicos, boa alimentação, fazer grupos, participar de grupos, não ficar sozinha, ter atividades, não só físicas, mas também atividade intelectual.*

[Antônio] – *Ser saudável tem que haver disciplina, alimentação, respeitar os limites da própria vida. E pra mim seriam esses os indicadores pra ser saudável aos 70 anos.* (Programa da série 'Ser Saudável', exibido em 29 de setembro de 2012, na TV Brasil).

O programa 'Saúde do Idoso', apesar de seguir a mesma estrutura narrativa dos demais episódios da série e ter predominância de quadros Técnico-científico e de Responsabilidade Individual, favoreceu a exposição do quadro não hegemônico, o Sociocultural e Ambiental, ao se desviar do tema da superação da doença para a abordagem de um grupo social (idosos). A presença desse quadro no programa 'Saúde do Idoso' se evidencia desde a abertura do episódio, em que a apresentação dos personagens não faz referência a qualquer doença, mas a um grupo social, representado por uma velhice produtiva, ativa, feliz e bem-sucedida. As imagens reforçam a relação entre ser saudável e os contextos social, cultural e familiar dos personagens, que se apresentam em diferentes situações do cotidiano: dona Therezinha dirigindo, arrumando o cabelo no espelho, brincando com a neta ou tocando acordeon, assim como o vigor físico de seu Antônio fazendo atividade física na academia, exibindo os seus troféus como atleta e numa reunião familiar.

Apesar da ênfase na vida social e na autonomia do idoso, o quadro Comportamento e Responsabilidade Social está presente no discurso de práticas que devem ser seguidas por aqueles que não negligenciam o seu

corpo e, conseqüentemente, a sua saúde. Assim, o sociocultural aparece dependente da responsabilidade individual. As imagens inseridas exibem idosos dançando, no computador, jogando com os amigos. Porém, essa imagem do idoso ativo e produtivo depende de uma atitude do mesmo, sem levar em conta o planejamento de espaços públicos e políticas públicas que atendam a essas necessidades da terceira idade.

A atividade física, como recomendação dos profissionais da saúde para uma velhice saudável, é seguida à risca pelos personagens do programa, nos depoimentos e nas imagens, que exibem não só dona Therezinha e seu Antônio, como grupos de idosos praticando atividade física. Essa responsabilidade de cuidar do corpo é justificada pelo quadro Técnico-Científico, para mostrar a importância da prevenção de problemas do corpo, e, também, pelo quadro Sociocultural, já que a atividade em grupo é um suporte social para o idoso. Nessa associação de quadros, o Sociocultural e Ambiental aparece em posição subordinada.

[Suzana Wolf – professora de educação física – Unisinos] – [...] o exercício físico significativamente melhora a qualidade do sono do idoso, melhora também a diminuição de dores articulares, natural dessa fase da vida. Então, o idoso tem uma maior lubrificação, uma maior oxigenação do cérebro. E também estudos apontam para a melhora da memória do idoso, visto que o exercício também facilita toda a circulação sanguínea do corpo e do cérebro. A prática de atividade física com idosos tem que ser observada, que ela é mais satisfatória quando ela é observada em grupo, porque o idoso, por natureza, tem muitas perdas de familiares, de amigos, perdas, econômicas. E, ao entrar num programa de atividade física em grupo, ele consegue ressignificar essa sua vida, esses seus amigos, esse seu grupo social. Portanto, recomenda-se que, além do exercício físico, este grupo seja um componente de apoio, de suporte social para esse idoso. (Programa da série ‘Ser Saudável’, exibido em 29 de setembro de 2012, na TV Brasil).

A exposição do quadro Sociocultural e Ambiental surge, inicialmente, nos relatos de apresentação dos personagens, mas não se impõe na narrativa do episódio ‘Saúde do Idoso’, prevalecendo a sua associação com outros quadros, geralmente para justificar e/ou fortalecer o argumento dos quadros Técnico-Científico e Responsabilidade Individual. Excetuam-se as situações em que o quadro Sociocultural e Ambiental é acionado para apresentar uma questão cultural mais ampla, que necessita de uma intervenção do Estado, justificando o apoio e a subordinação do quadro Política Pública, que teve três ocorrências registradas neste episódio.

[Médica/apresentadora] – Os idosos, como qualquer outra pessoa, precisam ser respeitados. Preconceito e violência contra pessoas mais velhas são recorrentes em nossa sociedade e precisam ser combatidos. Você pode acessar o estatuto do idoso no site do Ministério da Saúde e saber todos os direitos da pessoa na terceira idade. (Programa da série ‘Ser Saudável’, exibido em 29 de setembro de 2012, na TV Brasil).

Os médicos/apresentadores foram os principais responsáveis por acionar o enquadramento Sociocultural e Ambiental, sem a associação com os outros quadros. Foi no quadro fixo Papo Médico que se abordou, pela primeira vez no programa, a necessidade de planejar espaços públicos, pensando nos idosos de uma forma mais abrangente.

[Médico/apresentador] – Com relação à terceira idade, a gente vê uma tendência clara a que, cada vez mais, a proporção de idosos na sociedade vai ser maior, vai ser mais importante. Então a gente tem que começar a planejar, pensar os espaços públicos, os espaços em geral, pra essas pessoas que às vezes têm limitações diferentes. São pessoas com necessidades especiais, muitas vezes, né? Mas a gente tem que superar essa noção de que a pessoa, por ser idosa, não pode ser ativa ou não é tão produtiva. (Programa da série ‘Ser Saudável’, exibido em 29 de setembro de 2012, na TV Brasil).

Dentro desse contexto, o episódio sobre a saúde do idoso na série ‘Ser Saudável’ traz contribuições quando apresenta personagens com autonomia e independência, convivendo com o declínio de algumas funções do corpo, como o paladar, a visão ou a queda de cabelo, mas não contempla as determinantes sociais quando foca a sua abordagem numa velhice bem-sucedida, baseada em exemplos distantes da realidade de muitos idosos brasileiros.

Enquadramento da saúde na edição do programa ‘Bem Estar’, da TV Globo

O programa ‘Bem Estar’, da TV Globo, é exibido diariamente desde 2011, abordando temas diversos da saúde. Foi escolhida para análise a edição do dia 27 de novembro de 2015, por estar entre os vídeos mais vistos no tema saúde do idoso, cujo título de apresentação do conteúdo no *site* do programa – ‘idosos que iniciam atividade física têm aumento na expectativa de vida’ – chama a atenção para aspectos também abordados no episódio da série ‘Ser Saudável’, como atividade física e longevidade. Nesse sentido, o quadro hegemônico Comportamento e Responsabilidade Individual foi explicitamente o mais acionado, desde a abertura do programa, em que as imagens de idosos fazendo exercícios e dançando reforçam o discurso da responsabilidade e da negligência das pessoas com relação à saúde.

A palavra desculpa está presente em toda a narrativa, não só na fala da apresentadora e das fontes especialistas no estúdio como nas imagens persistentes de placas com a palavra desculpa, apontando os motivos que as pessoas ‘inventam’ para não fazer atividade física. Todos os agentes envolvidos na ação comunicativa – fontes especialistas, fontes personagens, apresentadores e repórteres – acionam o quadro Comportamento

e Responsabilidade Individual, na maioria das vezes, fazendo a associação com o quadro Técnico-Científico, ressaltando os benefícios de quem segue as recomendações médicas e cuida da sua saúde.

Apresentadora: Bom dia, bom dia! Hoje o ‘Bem Estar’ vai derrubar de uma a uma as ‘desculpas’ que a gente usa pra não fazer atividade física. Então eu queria começar perguntando ao doutor Leandro... essa daqui é a mais comum: ‘eu tenho dor’ nas juntas, então não vou fazer’. Isso serve como ‘desculpa?’ (imagem de placa escrito ‘DESCULPA: dor nas juntas’).

Dr. Leandro: De forma alguma! De fato, essa é uma das desculpas mais comuns, né? Quem tem dor nas juntas tem que descobrir a causa. O primeiro passo é procurar o seu médico pra descobrir a causa da dor. Uma vez descobrindo a dor, as mais comuns são desgaste nas juntas, lombalgia por causa de uma posição. Uma vez descoberta a causa, o exercício vai ajudar muito, muito. O exercício acaba liberando algumas substâncias que nos dão prazer e reduzem a dor, né?

Ana: muitos foram os passos que você já deu na vida, não é mesmo? E aí, quando você para e olha pra trás, toma até um susto de quantos anos já se passaram. Será que ainda dá tempo de se cuidar? Dá, sim. E eu vou mostrar pra você agora. Vem comigo!

Apresentadora: O cardiologista Leandro Echenique e o geriatra Carlos André Freitas dos Santos vão te ajudar a ficar igual ao seu Romildo (imagem de idoso fazendo exercícios com bola).

Romildo: Agora eu sou 10 pra cuidar da minha saúde! (Trechos do Programa ‘Bem Estar’, exibido em 27 de novembro de 2015).

Palavras e expressões, como qualidade de vida, grupo, vitalidade, emprego, vida, remetem ao quadro Sociocultural e Ambiental, que surge no contexto da narrativa de forma tangencial, subordinado ao

quadro Comportamento e Responsabilidade Individual. Ou seja, a avaliação moral é: se você não se cuidar, não fizer atividade física, não se alimentar direito, você vai ter uma velhice cheia de dor. No trecho abaixo, a recomendação do programa, para uma telespectadora que tem uma rotina exaustiva de trabalho, passa ao largo de determinantes sociais da saúde, sem questionar o papel das empresas ou do Estado.

Apresentadora: [...] A gente tem um comentário na nossa tela interativa. Vamos dar uma olhada aqui. Vamos lá, Gislaine: 'tenho 40 anos e dois empregos. Trabalho das 5h da manhã até às 22h, hora em que vou dormir. Tenho dores nas juntas. Já pensei em fazer hidroginástica, mas me resta apenas o domingo. O que eu faço? Me ajudem. Compensa fazer exercício uma vez por semana?'. Tem muita gente como a Gislaine, muita gente.

Dr. Carlos: Muita gente. E não só uma jovem de 40 anos, mas também idosos, que às vezes trabalham e não têm tempo. Então, você pode fazer atividade física levando cachorro pra passear, subindo escada e não usando o elevador, você pode descer no ponto de ônibus um quarteirão antes, então você pode otimizar a atividade física no seu dia a dia. Não precisa fazer só exercício regrado, supervisionado, orientado. Então, isso já vai fazer diferença. Se ela sair do sedentarismo, ela já vai ter benefícios.

Apresentadora: Já vai ter mais qualidade de vida.

Dr. Carlos: Não tenha dúvida.

O enquadramento Política Pública praticamente não foi acionado em toda a narrativa sobre a saúde do idoso nessa edição. Houve apenas uma referência à vacina anual, mas nenhuma menção ao serviço saúde ou à gratuidade da vacina oferecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Essa informação só aparece para valorizar o quadro Técnico-Científico e, conseqüentemente, dar suporte

ao enquadramento Comportamento e Responsabilidade Individual. Assim, a narrativa se caracteriza pela associação dos quadros hegemônicos, na maioria das vezes, usando a referência médica, a doença e a prevenção para realçar as vantagens do cuidado individual da saúde. Dessa forma, a abordagem não apenas reflete sentidos partilhados socialmente, mas, também, os interesses do mercado da saúde, que encontra na mídia uma aliada.

Dr. Carlos: O exercício físico pra quem tem 'pressão alta' é benéfico. É muito comum o paciente estar tomando dois, três medicamentos e, quando começa a fazer um exercício regular, a gente consegue até reduzir o número de remédios que ele toma. Então, é importante que ele tome o 'medicamento', que ele tenha o 'acompanhamento médico adequado, porém, a dieta saudável e o exercício físico regular são extremamente importantes, tão importantes quanto o medicamento'.

Apresentadora: [...] É sobre isso que a gente vai falar agora, sobre uma 'pesquisa' feita aqui em São Paulo, que o Dr. Carlos estava me contando, que mostrou que 'as mulheres que fazem mais atividade física têm mais anticorpos no corpo', né?

Dr. Carlos: Então, foram separados dois grupos de idosas, um que fazia atividade física regularmente e outro grupo que não fazia. Elas foram vacinadas com 'a vacina da gripe, a vacina do idoso', que tem todo ano, e 'o grupo que fazia atividade física teve uma produção de anticorpos contra o vírus da gripe muito superior àquelas que não faziam atividade física'.

A palavra dor, por exemplo, faz frequentemente referência ao enquadramento Técnico-Científico, apontando as conseqüências para quem não segue o tal estilo de vida saudável recomendado pelos especialistas, especialmente os médicos, que têm voz predominante em todo o programa, nas falas de um cardiologista e um geriatra presentes no estúdio, que ganham o reforço da apresentadora, do repórter e dos personagens entrevistados.

Apresentadora: *Ele convive com a dor, mas com a atividade física vai melhorar a qualidade de vida porque ele vai sentir menos dor.*

Dr. Leandro: *Sem dúvida, vai sentir menos dor. E no idoso, o que acontece é que, ao longo do tempo, vai reduzindo a massa muscular e ele vai perdendo força. Isso piora a dor, e o exercício vai ajudar em todos esses aspectos.*

Repórter Ana: *Como é que é? Consegue requebrar até o chão?*

Maria: *Requebro até o chão.*

Repórter Ana: *E não dói nada?*

Maria: *Não dói nada. Antes doía, agora não dói mais.*

Outros profissionais da saúde, como psicóloga e educadora física, também participam da narrativa, fazendo a relação entre corpo e mente em reportagens apresentadas durante o programa. Além de ter uma participação bem menor dentro do programa, considerando que são falas editadas numa reportagem, e não com espaço ao vivo, como ocorre com os convidados médicos do estúdio, essas falas focam prioritariamente no biológico, abordando questões de memória, raciocínio, capacidade motora e de cognição.

Psicóloga Cleide: *Todos os brinquedos são feitos para estimular a 'cognição'. O que é a cognição, falando de uma forma bem sucinta? É a capacidade de aprendizado. Por que eu uso muitas coisas infantis? Porque são bonitas.*

Voz de Ana: *Quebra-cabeças de todos os jeitos, jogos, desenhos, até pega-varetas.*

Maria: *Ah, porque parece assim: 'ah, vai lá fazer joguinho de 'memória', encaixar', mas é tão importante você ver que, nossa, como você custa a montar um negocinho desse, sabe? Porque você tem que parar pra pensar.*

Psicóloga Cleide: *Não demorar muito numa tarefa dá a sensação de competência, 'eu consigo terminar'. Eu mando essa mensagem para o 'cérebro', que eu sou capaz.*

Voz de Ana: *Mas essa não é uma aula convencional para a terceira idade. Eles estão aqui para aprender sobre a 'saúde do corpo e da mente'. No começo, ao som do apito, é só bater a bola. Depois, os comandos viram coreografias (idosos fazendo gestos sincronizados com a bola).*

Cristiane: *A primeira parte é 'neuromotora', que é focada em desenvolver novas sinapses de neurônios. A gente trabalha tempo de reação, trabalhamos 'memória, raciocínio'.*

Ao apresentar, numa reportagem do programa, o clube da longevidade, a repórter dá o tom do enquadramento da matéria, reforçado por personagens que também assumem o ônus e o bônus da gestão de sua saúde. O quadro Sociocultural e Ambiental só aparece subordinado ao quadro Comportamento e Responsabilidade Individual para valorizar bons exemplos de conduta, de quem 'faz por merecer', independentemente de qualquer discussão sobre diferentes contextos sociais, culturais, ambientais, econômicos ou políticos. As imagens do programa destacam idosos se alongando e dançando com o professor, assim como um casal de idosos se beijando.

Voz da repórter Ana: *'Longevidade. Digamos que seja aquele a mais que a vida te dá quando se faz por merecer'.*

Voz de Ana: *Na dança da vida, tem gente que vai no ritmo do trabalho, na cadência dos filhos e acaba se esquecendo do próprio ritmo. Para esse grupo, 'é hora de se cuidar'.*

Voz de Ana: *O seu Álvaro é casado com a dona Maria de Lurdes. Longevidade para eles! Pro sentimento que sustenta essa relação.*

Álvaro: *Depois de aposentado, 'eu tive uma vida*

meio sedentária, e aí a minha esposa começou a frequentar o clube da longevidade' e insistindo, insistindo, aí eu acabei vindo pra a caminhada, depois pra a dança.

Voz de Ana: *O casamento de 43 anos dos dois agradece.*

Maria de Lurdes: *'A gente tá no mesmo caminho, fazendo a caminhada, fazendo a dança, então melhorou bastante'.*

Nessa edição do programa 'Bem Estar', percebe-se uma abordagem tangencial de aspectos culturais e distante de políticas públicas. Nesse sentido, a saúde do idoso se afasta da noção de bem-estar coletivo, quando associa longevidade a merecimento, ou falta de atividade física a negligência, no caso de quem usa desculpas para não se cuidar.

Considerações finais

Pensar a saúde a partir de aspectos socio-culturais e ambientais é um posicionamento contra-hegemônico, que direciona a atenção para os determinantes sociais da saúde, ainda pouco explorados nos programas analisados, tais como desigualdades sociais, custo de vida, desemprego e seus impactos na saúde. Além disso, é preciso considerar a existência de diferentes fatores que afetam as condições de vida, tanto no nível individual quanto coletivo.

Se a velhice exige saber se alimentar, se exercitar, se motivar para ter uma vida ativa e produtiva, a interpretação causal leva a colocar as consequências da falta de saúde na vida de quem negligencia essas recomendações. Dessa forma, a solução apresentada para o problema nas edições analisadas dos programas 'Ser Saudável' e 'Bem Estar' está em uma atitude da pessoa idosa, na responsabilidade com o seu corpo, com o tipo de velhice que resulta de sua postura diante da vida. Embora

sejam aspectos a se considerar, a velhice precisa ser entendida e abordada em sua pluralidade.

Não há dúvida de que a evolução da ciência e da tecnologia trouxe longevidade, ampliou a expectativa de vida das pessoas, melhorou a saúde, mas ainda não conseguiu distribuir universalmente a saúde. Embora o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) no Brasil tenha melhorado com a implantação do SUS e de programas sociais, como o Bolsa Família e o Programa Universidade para Todos (Prouni), ainda há grande desigualdade no País quando se relacionam expectativa de vida longa e saudável, renda e educação. Não é preciso recorrer às estatísticas oficiais para compreender que saúde não depende apenas de uma escolha do indivíduo.

Ao proporem, além de uma boa alimentação, a prática de atividade física para manter-se saudável, os programas sobre a saúde do idoso no 'Ser Saudável' (TV Brasil) e no 'Bem Estar' (TV Globo) não discutem a falta de espaços públicos e equipamentos para quem não pode pagar academia, nem apresenta soluções para a maioria dos brasileiros que não podem seguir os exemplos dos personagens apresentados – que investem numa alimentação balanceada e fazem exercício físico com regularidade –, nem mesmo seguir a recomendação dos especialistas para comer a cada três horas ou incluir peixes e grãos na alimentação.

À primeira vista, esse estilo de vida saudável parece tão natural que perpassa os discursos de forma persistente, sem considerar que nem todos poderão fazer essas escolhas, principalmente diante do contexto em que vivem os mais pobres. Nesse sentido, observa-se que houve o silenciamento de vozes que destoam do propósito editorial, distante da abordagem das políticas públicas e dos determinantes sociais da saúde, o que evidencia o poder de um quadro, muitas vezes implicitamente manifesto nos exemplos, argumentos e nas imagens da narrativa.

Colaboradores

Costa MCR contribuiu para elaboração do artigo com as seguintes atividades: concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados, bem como a revisão final do conteúdo. Santos MLR contribuiu para elaboração do artigo com as seguintes

atividades: análise e interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo; e aprovação da versão final do manuscrito. Brotas AMP contribuiu para elaboração do artigo com as seguintes atividades: interpretação dos dados, revisão crítica do conteúdo, revisão de normas e técnicas e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saúde Pública* [internet]. 1997; 31(2):184-200 [acesso em 2017 fev 8]. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v31n2/2170>.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Trabalho e rendimento [internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2013 [acesso em 2015 abr 15]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2013>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa [internet]. *Diário Oficial da União*. 19 Out 2006 [acesso em 2015 abr 15]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Não paginado.
4. Albuquerque MSV, Lyra TM, Farias SF, et al. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. *Saúde debate*. 2014 out [acesso em 2018 set 6]; 38(esp):182-194. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0182.pdf>.
5. Cunha ABO, Vieira-da-Silva LM. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2010 abr [acesso em 2018 set]; 26(4):725-737. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n4/15.pdf>.
6. Boing AC, Bertoldi AD, Boing AF, et al. Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2013 abr; 29(4):691-701. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n4/07.pdf>.
7. Loyola Filho AI, Uchoa E, Firmo JOA, et al. Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. *Cad Saúde Pública* [internet]. 2005 mar-abr [acesso em 2018 set 6]; 21(2):545-553. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2005.v21n2/545-553/pt>.
8. Camacho ACLF, Coelho MJ. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. *Rev Bras Enferm* [internet]. 2010 abr [acesso em 2017 fev 8]; 63(2):279-284. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/2670/267019594017.pdf>.

9. Martín-Barbero J. Dos meios às mediações: comunicação, cultura e hegemonia. 4. ed. Rio de Janeiro: UFRJ; 2006.
10. Debert GG. Velhice e o curso da vida pós-moderno. *Revista USP* [internet]. 1999 jun-ago [acesso em 2014 mar 10]; 42:70-83. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/28456/30313>.
11. Lefèvre F. A saúde como fato coletivo. *Saúde Soc* [internet]. 1999 [acesso em 2014 ago 10]; 8(2):83-91. Disponível em: www.scielo.br/pdf/sausoc/v8n2/05.pdf.
12. Entman RM. Framing: toward clarification of a fractured paradigm. *J Commun.* 1993 dez; 43(4):51-58.
13. Reese SD. The Framing Project: A Bridging Model for Media Research Revisited. *J Commun.* 2007 fev; 57(1):148-154.
14. Van Gorp B. The constructionist approach to framing: bringing culture back. *J Commun.* 2007 fev; 57(1):60-78.
15. Matthes J, Kohring M. The content analysis of media frames: Toward improving reliability and validity. *J Commun.* 2008 jul; 58(2):258-279.
16. Gamson WA, Modigliani A. Media discourse and public opinion on nuclear power: a constructionist approach. *American J Sociol.* 1989 jul; 95(1):1-37.
17. Entman RM. Framing: toward clarification of a fractured paradigm. *J Commun.* 1993 dez; 43(4):52-60.
18. Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: LTC; 1989.
19. Lyotard J. A condição pós-moderna. 6. ed. Rio de Janeiro: José Olympio; 1998.

Recebido em 15/07/2018
Aprovado em 14/09/2018
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Análise da inserção dos nutricionistas nos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva: identidades, trajetórias e tomadas de posição

Analysis of the insertion of nutritionists in Postgraduate Programs in Collective Health: identities, trajectories and position-taking

Camila Ramos Reis¹, Jamacy Costa-Souza², Ligia Maria Vieira-da-Silva³

DOI: 10.1590/0103-11042018S219

RESUMO A Nutrição iniciou sua constituição como profissão independente na década de 1930. Conquistou estatuto de formação superior em 1967. Com a emergência do Espaço da Saúde Coletiva nos anos 1970, verificou-se a construção do espaço da Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva. Os nutricionistas integram esse campo multiprofissional nos seus diversos âmbitos. Em que medida essa inserção corresponde a uma integração ao Espaço da Saúde Coletiva ou persiste como um subespaço a ele articulado? Visando responder parcialmente esta indagação, foram analisadas características dos nutricionistas nos programas de pós-graduação a partir dos currículos Lattes de todos que compunham o quadro permanente dos cursos em 2010. Os indicadores foram: principal área de atuação, área do doutorado, linhas de pesquisa e publicações, entre outros. Entre os 944 docentes, 42 eram nutricionistas (4,4%). Desses, 47,6% indicaram a Saúde Coletiva e 42,9% a Nutrição como primeira área de atuação. Nutrição e Alimentação foi referida como a primeira linha de pesquisa por 40,5%; e Epidemiologia por 14,3%. O tema da tese foi Epidemiologia para 42,9%, seguido de Avaliação (14,3%) e Ciências Sociais (11,9%). Estes achados são indicativos de que, embora os nutricionistas tenham inserção no Espaço da Saúde Coletiva, suas tomadas de posição evidenciam estratégias de pertencimento ao campo de origem.

PALAVRAS-CHAVE Nutricionistas. Saúde pública. Programas de pós-graduação em saúde.

ABSTRACT Nutrition began its constitution as an independent profession in the 1930s. It has achieved the status of higher education in 1967. With the emergence of the Collective Health Space in the 1970s, it was verified the construction of an area of Food and Nutrition in Collective Health. Nutritionists integrate this multiprofessional field in its different spheres. To what extent does this insertion correspond to an integration into the Collective Health Space or does it persists as a subspace articulated to it? In order to partially answer this question, the characteristics of nutritionists in the postgraduate programs were analyzed from the Lattes curricula of all those that comprised the permanent framework of courses in 2010. The indicators used were: main area of activity, doctoral area, research lines and publications, among others. Among the 944 professors, 42 were nutritionists (4.4%). Of these, 47.6% indicated Collective Health and 42.9%

¹Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5646-4355>
camillarreis1@gmail.com

²Universidade Federal da Bahia (UFBA), Escola de Nutrição - Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4198-351X>
jamacy@ufba.br

³Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2518-411X>
ligiamvs@gmail.com



indicated Nutrition as the first activity area. Nutrition and Food was referred as the first line of research by 40.5%; and Epidemiology by 14.3%. The topic of the thesis was Epidemiology for 42.9%, followed by Evaluation (14.3%) and Social Sciences (11.9%). These findings are indicative that, although nutritionists have a place in the Collective Health Space, their positioning evidences strategies of belonging to the field of origin.

KEYWORDS Nutritionists. Public health. Health postgraduate programs.

Introdução

O processo social que levaria à profissão de nutricionista surgiu entre os anos 1930-1940, durante o governo de Getúlio Vargas^{1,2}. Embora originalmente tenha sido uma disciplina da Medicina, a Nutrição constituiu-se historicamente como espaço social relativamente independente. A primeira regulamentação desta profissão deu-se em 1967³; seu Conselho foi instituído em 1978⁴; e, em 1991, uma nova lei ampliou as suas garantias⁵. Com a emergência do Espaço da Saúde Coletiva (ESC), no Brasil, nos anos 1970⁶, iniciou-se, no seu interior, a construção de um espaço da Alimentação e Nutrição, tendo em vista as múltiplas interfaces entre os dois espaços sociais⁷.

Essa intersecção entre a Saúde Coletiva (SC) e a Nutrição ocorre principalmente no âmbito da pós-graduação e da pesquisa. Se na Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) há uma separação entre os comitês que avaliam os programas de pós-graduação de cada área, no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) ambas estão reunidas em um único comitê.

Ademais, os nutricionistas integraram o movimento por uma Reforma Sanitária Brasileira (RSB), cujo processo relaciona-se intimamente com a criação da SC brasileira como campo de saberes e práticas⁸ ou um espaço específico com um projeto

de se tornar um campo^{6,9}. Essa participação resultou na criação, no âmbito da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), de um Grupo de Trabalho sobre Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva (GT-ANSC), em julho de 2008¹⁰, que tem desempenhado um papel importante na discussão desta temática.

Alguns estudos sobre políticas nutricionais mostram que o tema da Nutrição tem ocupado um plano secundário no ESC. Um exemplo é o Programa de Incentivo Fiscal à Alimentação do Trabalhador (Pifat/PAT), que, embora atinja diariamente mais de 16 milhões de pessoas empregadas e envolva cerca de 19% dos postos de nutricionistas brasileiros^{11,12}, sequer faz parte da Políticas Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT)¹³.

No que diz respeito às relações entre a Nutrição e a Pós-Graduação em Saúde Coletiva, a despeito de existirem estudos sobre as características da pós-graduação na subárea Nutrição¹⁴⁻¹⁷, a inserção dos nutricionistas nos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) tem sido pouco investigada.

Assim, algumas questões emergiram: como os docentes dos PPGSC, graduados em Nutrição, integram a SC? Qual o perfil dos nutricionistas que compõem os PPGSC? Estão constituindo um subespaço específico no interior da SC ou guardam identidade com a Nutrição?

Com o propósito de contribuir para o preenchimento de algumas dessas lacunas, o presente estudo descreve as principais características dos nutricionistas docentes dos PPGSC.

Metodologia

Orientado pela teoria do mundo social de Pierre Bourdieu, foi realizado um estudo transversal sobre as principais características de todos os nutricionistas docentes dos 55 PPGSC que foram submetidos à avaliação da Capes (2007-2009). Tal estudo fez parte de um projeto que investigou o ESC e os 944 docentes que atuavam nos PPGSC em 2010^{6,18,19}. Essa inserção possibilitou comparar as características dos graduados em Nutrição com aquelas dos oriundos de outras profissões.

As fontes de dados foram os currículos Lattes dos 42 nutricionistas que compunham o quadro de professores permanentes dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, em 2010.

Os agentes, docentes dos PPGSC com graduação em Nutrição, foram analisados a partir das seguintes características e indicadores: trajetória profissional e posição no ESC (instituição, função e cargos ocupados); tomadas de posição em relação às linhas de pesquisa e área de atuação (epidemiologia, planejamento ou ciências sociais).

Para fins de análise, foram utilizados os conceitos de campo, espaço social, capital, trajetória e tomada de posição²⁰. Campo foi entendido como um campo de forças e lutas com autonomia relativa para transformar essas relações de forças e estabelecer as regras legítimas disputas em seu interior. Um espaço social específico pode ser considerado como um espaço de relações entre agentes situados em diferentes campos, mas que possuem interesses em comum,

relacionados com as questões em jogo²¹⁻²³. É, portanto, uma noção mais flexível, que tanto pode ser um campo propriamente, ou um microcosmo em seu interior, ou mesmo um espaço intercampos²¹. O capital é uma espécie de ativo, uma energia social que permite ao seu portador disputar e lutar segundo as regras específicas e autênticas de cada espaço particular²⁴. E a distribuição dos agentes no espaço social é dada pela estrutura e pelo volume de diferentes capitais, como o cultural, o econômico e os capitais políticos⁶. A análise da trajetória possibilita identificar as posições sucessivas ocupadas pelos agentes em um determinado espaço social, em um determinado tempo. E a relação entre a posição ocupada e a trajetória possibilitam a identificação da tomada de posição, que auxiliam, por sua vez, na compreensão da estrutura do campo e as questões que estão em jogo²¹.

O projeto 'Espaço da Saúde Coletiva', que abriga o presente estudo, foi aprovado pelo Conselho de Ética em pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA) sob o parecer 054/07/CEP/ISCFR167674.

Resultados e discussão

A posição dos nutricionistas no subespaço científico da Saúde Coletiva

Em 2009, existiam 944 docentes permanentes nos PPGSC. Embora a proporção de nutricionistas docentes fosse pequena, correspondendo a 4,4% do total, era a terceira de maior presença. Havia uma dominância dos docentes graduados em Medicina n=425 (45%), seguida pela Enfermagem n=62 (6,6%), Nutrição n=42 (4,4%), Psicologia n=34 (3,6%) e Odontologia n=30 (3,3%) (tabela 1).

Tabela 1. Docentes dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (n e %), segundo área da graduação

	N	%
Medicina	425	45
Enfermagem	62	6.6
Nutrição	42	4.4
Ciências Sociais Aplicadas	35	3.7
Psicologia	34	3.6
Odontologia	30	3.2
Farmácia	23	2.4
Ciências da Saúde	18	1.9
Serviço Social	10	1.1
Ciências Humanas	9	1
Economia	9	1
Estatística Médica	9	1
Filosofia	9	1
Direito	8	0.8
História	8	0.8
Educação	5	0.5
Sociologia	5	0.5
Administração	4	0.4
Educação Física	4	0.4
Fisioterapia e Terapia Ocupacional	3	0.3
Geografia	3	0.3
Ciência Política	2	0.2
Comunicação	2	0.2
Arquitetura e Urbanismo	1	0.1
Outras Especialidades Médicas	1	0.1
Outros	164	17.4
Sem Informação	19	2
Total	944	100

Fonte: Elaboração própria com base no currículo Lattes (CNPq), 2010.

Tendo em vista tratar-se de um campo em construção relativamente recente, a identidade com a SC é ainda uma questão em jogo nesse espaço social. Da mesma forma, os nutricionistas que dele participam estão praticamente divididos entre desejar um reconhecimento como pertencentes ao campo e resguardarem sua identidade como nutricionistas. Esta ambivalência pode ser

observada na análise da indicação feita no Lattes sobre qual seria a primeira área de atuação. Os docentes da SC, em sua maioria, 518 (54,9%), indicaram como SC a sua primeira área de atuação. Já os nutricionistas indicaram, quase em proporções equivalentes, com uma discreta diferença, a SC n=20 (47,6%), seguida pela Nutrição n=18 (42,9%) (tabela 2).

Tabela 2. Docentes nutricionistas dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (n e %), segundo área de atuação

	N	%
Saúde Coletiva	20	47,6
Nutrição	18	42,9
Medicina	1	2,4
Antropologia	1	2,4
Outros	1	2,4
Sem Informação	1	2,4
Total	42	100

Fonte: Elaboração própria com base no currículo Lattes (CNPq), 2010.

Uma dupla atuação pode ser observada pelos nutricionistas, seja na carreira acadêmica – sendo mais forte na SC – ou pelo fortalecimento da profissão de nutricionista, ao tentarem preservar a sua identidade. Desta forma, percebe-se o mesmo fenômeno que aconteceu na primeira área de atuação com a classificação da área da tese de doutorado

pelos docentes. A SC predominou entre os docentes dos PPGSC, embora com percentual de 42,6%, o que mostra que a maioria classificou a área da sua tese como fora da SC. Já os nutricionistas classificaram em proporções quase equivalentes, tanto em SC (38,1%) quanto na Nutrição (35,7%) (tabela 3).

Tabela 3. Docentes nutricionistas dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (n e %), segundo área da tese do doutorado

	N	%
Saúde Coletiva	16	38,1
Nutrição	15	35,7
Medicina	2	4,8
Ciências Sociais	2	4,8
Outros	1	2,4
Sem Informação	6	14,3
Total	42	100

Fonte: Elaboração própria com base no currículo Lattes (CNPq), 2010.

Sobre a subárea da tese de doutorado, a maioria classificou como saúde pública (16,4%), seguida de epidemiologia (16%) e clínica médica (4%). Entre os docentes nutricionistas, a maioria classificou como análise nutricional de população (19%), seguida de epidemiologia (16,7%) e saúde pública (11,9%).

Esses dados podem indicar que a inserção de docentes graduados em Nutrição na SC ocorre de forma ambivalente, o que sugere, ainda, uma

forte influência do espaço de origem (Nutrição). Tal fato também foi verificado pela referência a docentes de PPGSC, graduados em outras profissões de saúde, a exemplo da Odontologia²⁵ ou de outras profissões da saúde¹⁹. Há um domínio da epidemiologia e de áreas correlatas, a exemplo da área denominada como ‘análise nutricional de população’. Neste último caso, a ênfase no objeto e não no método pode estar relacionada com esse movimento de dupla

inserção e de busca de delimitação de um espaço específico.

Os nutricionistas distribuem-se no subcampo científico da SC de forma proporcionalmente equivalente aos demais pesquisadores e à sua presença neste campo. A proporção de nutricionistas bolsistas de produtividade do CNPq, indicador de elevado capital científico, foi muito próxima àquela do total de docentes de outras graduações. Em relação aos últimos, dos 944 docentes, 244 (25,8%) possuíam bolsa. Já em relação aos nutricionistas, a proporção foi quase equivalente: 23,8% (dos 42 docentes, 10 tinham bolsa de produtividade). Porém, um número considerável de agentes (76,2%) não era bolsista de produtividade. Este fato tem sido relacionado ao congelamento histórico do número de bolsas, tendo em vista a existência de diversos pesquisadores que atendem aos critérios das bolsas de produtividade, mas não têm seus pedidos acolhidos por falta de recursos do CNPq.

Os docentes de Nutrição tinham atualizado os seus currículos Lattes em menos de 30 dias, tempo este menor do que aquele do conjunto dos docentes dos PPGSC, que fizeram a atualização em até 90 dias. Tal fato revela a importância dada por estes docentes à plataforma, caracterizada como um instrumento relevante

para o campo científico.

O pós-doutorado não é ainda uma atividade predominante no ESC, uma vez que quase 70% dos seus agentes ainda não o fizeram; o mesmo é observado quando se trata dos nutricionistas. Enquanto na SC n=300 (31,8%) dos docentes já o tem, entre os nutricionistas, esse percentual cai um pouco, indo para n=11 (26,2%).

Em relação aos programas de doutorado, tanto para a SC como para os nutricionistas, as universidades do Sudeste apresentaram um maior número de docentes. Na SC, destacam-se a Universidade de São Paulo (USP) Saúde Pública n=117 (22,7%), a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) Saúde Pública n=103 (20%), a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) n=57 (11%), seguidas dos programas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e do Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), com n= 37 (7,2%) e n= 27 (5,2%), respectivamente. Para os nutricionistas, a maioria deles tem destaque na USP Saúde Pública n=11 (26,2%), na UERJ Saúde Coletiva n=7 (16,7%) e na Unicamp Saúde Coletiva n=3 (7,1%), seguidas dos programas da UFBA Saúde Coletiva e USP Nutrição em Saúde Pública, ambas correspondendo a n=2 (4,8%) (tabela 4).

Tabela 4. Docentes nutricionistas dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (n e %), segundo tema da tese do doutorado

	N	%
Epidemiologia	18	42,9
Avaliação	6	14,3
Ciências Sociais em Saúde	5	11,9
Área Básica	4	9,5
Epidemiologia Clínica	3	7,1
Ciências Sociais	2	4,8
Clínica	2	4,8
Gestão	1	2,4
Outros	1	2,4
Total	42	100

Fonte: Elaboração própria com base no currículo Lattes (CNPq), 2010.

Sobre os temas da tese de doutorado, a epidemiologia é individualmente o mais frequente, tanto para a SC como para os nutricionistas, sendo a proporção destes últimos ainda maior. Os docentes da SC, em sua maioria, classificaram como epidemiologia (28,8%), seguida de avaliação (14,3%) e ciências sociais em saúde (11,9%). Já os nutricionistas classificaram como epidemiologia n=18 (42,9%), seguida de avaliação n=6 (14,3%) e ciências sociais em saúde n=5 (11,9%) (tabela 3).

Em relação ao mestrado, grande parte dos docentes da SC indicou como área de conhecimento a saúde pública (31,2%), seguido de SC (15,5%), Medicina (6,3%) e Medicina Preventiva (5,1%), caracterizando uma distribuição mais heterogênea para os da SC. Já em relação aos nutricionistas, há um predomínio, como área de conhecimento, da saúde pública (40,5%), seguida de Nutrição (9,5%), SC e ciências sociais (7,1%), tendo um número considerável de docentes que fizeram mestrado em outras áreas (23,8%). Este fato revela a importância da saúde pública como identidade dos docentes dos PPGSC, tanto por alguns a considerarem como sinônimo de SC¹⁸ como pelo fato de que alguns programas importantes preservam o

nome de Saúde Pública. Também, a dominância da designação 'Saúde Pública' pode estar relacionada à necessidade de diálogo internacional, pelo fato de que disciplinas e áreas de conhecimento equivalentes são assim denominadas.

Sobre a época e a universidade de conclusão do mestrado, nos anos 1990-2000 (52,1%), o programa que isoladamente formou a maior proporção de mestres da SC foi o da USP (18,5%), seguido daqueles que concluíram em universidades fora do País (12,6%). Entre os nutricionistas, a maioria n=30 (75%) formou-se entre os anos 1990-2000, na USP (26,2, %), seguida daqueles formados fora do País (11,9%) e dos que se formaram na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) (7,1%) e na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/RJ) (7,1%).

Em relação à área de dissertação do mestrado, a maioria da SC indicou como área a SC (36,8%) e a Nutrição (3%). Especificamente entre os nutricionistas, a maioria (54,8%) indicou a Nutrição, seguida pela SC (26,2%), sendo esta, talvez, uma vez mais, uma forma de os nutricionistas delimitarem seu espaço, como uma tomada de posição. Isto é, embora estejam no ESC, delimitam seu pertencimento a um subespaço da Nutrição (tabela 5).

Tabela 5. Docentes nutricionistas dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (n e %), segundo área de dissertação do mestrado

	N	%
Nutrição	23	54.8
Saúde Coletiva	11	26.2
Medicina	1	2.4
Sem Informação	5	11.9
Não se Aplica	2	4.8
Total	42	100

Fonte: Elaboração própria com base no currículo Lattes (CNPq), 2010.

A análise das subáreas do mestrado indica que não parece ser um tema relevante para os agentes da SC, uma vez que um número considerável não preencheu essa informação (18,9%); e, entre aqueles que informaram, a maioria foi tão dispersa que 21,1% indicaram como outras subáreas. Ainda assim, cabe mencionar que a maioria dos docentes indicaram a saúde pública como subárea n=156 (16,5%), seguido da epidemiologia n=113 (12%) e clínica médica n=32 (3,4%). Já para os nutricionistas, a maioria indicou a Análise Nutricional de População (26,2%), seguida de saúde pública (16,7%) e epidemiologia (9,5%). Percebe-se que a epidemiologia aparece nos dois subespaços, porém, como identificado anteriormente, a delimitação do espaço para os nutricionistas fica mais clara quando eles indicam como subárea a análise nutricional da população. Tal achado vai reforçando a hipótese de que os nutricionistas tentam se fixar dentro da SC com uma identificação própria, seja como uma categoria profissional, um espaço de pertencimento ou uma área de conhecimento.

A análise das dissertações de mestrado indica na SC que o tema dominante relaciona-se à epidemiologia (28,2%), seguido pelas ciências sociais (22,5%) e pela área de planejamento e gestão (12,8%). Entre os nutricionistas, o tema dominante é a epidemiologia (40,5%), seguido de avaliação (9,5%) e clínica (9,5%).

Em relação ao ano de conclusão da graduação, a maioria na SC formou-se entre os anos 1970 e 1980. Entre os nutricionistas, a maioria formou-se nos anos 1975 e 1990. Ou seja, a incorporação dos nutricionistas no espaço é mais recente do que a dos demais profissionais do ESC.

Quanto à formação acadêmica, percebeu-se que há uma semelhança, tanto para os nutricionistas quanto para os docentes da SC, que se dá em relação ao pós-doutorado, ao doutorado e ao ano de conclusão da graduação. Já para o mestrado, muitos

nutricionistas se formaram entre os anos 1990 e 2000, caracterizando uma formação mais recente em relação à dos demais agentes analisados.

No que se refere à carreira acadêmica, a maioria dos nutricionistas são Dedicados Exclusivos (DE), enquanto os dados sugeriram que, para a SC, há um número maior de agentes que transita por outros subespaços, como burocracia, política, consultoria e clínica.

Tomadas de posição ao interior do campo científico

Quase $\frac{3}{4}$ (73,8%) dos nutricionistas têm contrato de DE. Na SC, embora a DE seja maioria, esta se dá em um percentual menor (56,3%). E o regime de 40 horas é mais incidente do que entre os nutricionistas (31,8% e 21,4%, respectivamente). Estes achados podem indicar que, enquanto a ampla maioria dos nutricionistas segue uma carreira exclusivamente acadêmica, há um número maior de agentes da SC que transita por outros subespaços, como a burocracia, a política, a consultoria e a clínica.

No que diz respeito às linhas de pesquisa, verifica-se uma grande dispersão. Na SC, a mais citada (epidemiologia) é referida apenas por 14,7% dos docentes, seguida por política, planejamento e gestão (5,9%). Entre os nutricionistas, verifica-se maior consistência: há uma grande proporção de docentes que indicam como principal linha de pesquisa temas relacionados com nutrição e alimentação (40,5%) – uma designação bastante abrangente –, seguida de epidemiologia (14,3%) e ‘outros’ (16,7%).

A análise dos temas de escolha dos primeiros projetos de pesquisa para os nutricionistas demonstra que o predominante é a epidemiologia (47,6%), seguida das ciências sociais em saúde (14,3%) e da avaliação (9,5%). Na SC, a maioria dos temas também é em epidemiologia (23,1%).

Considerações finais

Este estudo traz algumas evidências sobre as relações estabelecidas entre os nutricionistas e o ESC. A formação pós-graduada em SC, a opção pela participação em PPGSC e a indicação da SC como primeira área de atuação por elevada proporção de nutricionistas são indicadores de um movimento voltado para a integração destes últimos no ESC. Por outro lado, a persistência de proporção quase equivalente de docentes que indicam ainda a Nutrição como primeira área de atuação, que fizeram mestrado e doutorado em programas de Nutrição ou em outras áreas do conhecimento, caracteriza uma segunda modalidade de participação, que mantém a identidade com o espaço da Nutrição. Uma terceira possibilidade, nos casos onde a primeira e a segunda área de atuação são SC e ou Nutrição, poderia expressar uma participação ambivalente, entre a identificação com a SC e a reafirmação da identidade e pertencimento à Nutrição.

Os docentes graduados em Nutrição distribuem-se nas diversas posições do subcampo científico da SC, de forma proporcional. No polo dominante, a razão de bolsistas de produtividade em pesquisa em relação aos pesquisadores é relativamente equivalente àquela do universo.

Embora os nutricionistas constituam uma parcela dos docentes dos PPGSC e, na indicação para a primeira área de atuação, haja um pequeno predomínio da SC, a análise apontou que suas tomadas de posição priorizam objetos ligados à Nutrição. Em um espaço social dominado ainda por médicos e disputado por cientistas sociais, odontólogos e enfermeiros, entre outros, os nutricionistas possivelmente procuram delimitar seu subespaço recorrendo à identidade de origem. É possível que esta ambiguidade termine por afetar as disposições para as lutas no interior do ESC, o que talvez auxilie a compreensão da não priorização ou mesmo da ausência

dos temas da alimentação e Nutrição nas principais pautas da agenda da SC brasileira. Por outro lado, a dupla identidade faz parte do processo de autonomização do campo da SC, onde a perda da identidade profissional de origem é ambivalente, tendo em vista que uma nova identidade profissional ainda não foi consolidada^{18,19}.

Sobre a incorporação dos nutricionistas nesse espaço, percebeu-se que tem ocorrido de forma gradual, a exemplo das demais profissões, como a médica. Quando considerado o capital científico, sintetizados na forma de bolsa produtividade do CNPq, observou-se que os nutricionistas ocupam posição proporcionalmente equivalente aos demais pesquisadores, demonstrando certa força política para esta subárea, visto que eles têm conquistado/delimitado alguns espaços científicos no interior da SC, como no caso da criação do GT-ANSC da Abrasco, que, ao lado do GT de saúde bucal, tem temática associada a uma delimitação também profissional, sendo que 89,5% dos seus membros são nutricionistas²⁶.

O presente estudo apresenta algumas limitações, principalmente por ter se apoiado apenas na análise dos currículos Lattes. Uma melhor compreensão acerca das relações entre a Nutrição e a SC requer a realização de investigações que incorporem outras fontes de dados, a exemplo de entrevistas em profundidade e documentos capazes de permitir uma análise mais completa sobre a arquitetura e a dinâmica desse espaço social e das questões em jogo. Embora os dados refiram-se à avaliação de 2006-2009, e precisem ser comparados com aqueles de avaliações subsequentes, a sua importância reside em realizar uma primeira aproximação ao subespaço da Nutrição ao interior da SC, com uma abordagem sistemática e teoricamente orientada e comparada com o universo dos docentes dos PPGSC. Esse estudo poderá servir de linha de base para análises subsequentes.

Colaboradores

Reis CR, Costa-Souza J e Vieira-da-Silva LM contribuíram para elaboração do

artigo com as seguintes atividades: concepção, delineamento, coleta, análise e processamento dos dados, e redação da versão final do artigo. ■

Referências

1. Viana SV. Perspectiva Relacional no Estudo do Processo de Trabalho em Saúde: Contribuição Para uma Nova Abordagem a Partir do Estudo da Prática do Nutricionista no Campo da Alimentação Institucional. *Cad Saúde Pública*. 1995 out-dez; 11(4):616-620.
2. Vasconcellos FAG. O nutricionista no Brasil: uma análise histórica. *Rev. Nutrição*. 2002 maio-ago; 15(2):127-138.
3. Brasil. Lei nº 5.276, de 4 de abril de 1967. Dispõe sobre a profissão de Nutricionista, regula o seu exercício e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 4 Abr 1967 [acesso em 2018 jun 7]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/1950-1969/L5276impressao.htm.
4. Brasil. Lei nº 6.583, de 20 de outubro de 1978. Cria os Conselhos Federal e Regionais de Nutricionistas, regula o seu funcionamento e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 20 Out 1978 [acesso em 2018 jun 7]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/1970-1979/L6583.htm.
5. Brasil. Lei nº 8.234, de 17 de setembro de 1991. Regulamenta a profissão de Nutricionista e determina outras providências. *Diário Oficial da União*. 17 Set 1991 [acesso em 2018 jun 7]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/1989_1994/L8234.htm#art7.
6. Vieira-da-Silva L, Pinell P. The genesis of collective health in Brazil. *Sociol. Health Illn.* [internet]. 2014 [acesso em 2018 jun 17]; 36(3):432-446. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12069>.
7. Vasconcellos FAG, Batista Filho M. História do campo da Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva no Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2011; 16(1):81-90.
8. Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
9. Vieira-da-Silva LM, Paim JS, Schraiber LB. O que é Saúde Coletiva? In: Paim JS, Almeida Filho N, organizadores. *Saúde Coletiva: Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Medbooks; 2013. p. 3-12.
10. Castro IRR, Medeiros MAT, Recine E. Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva. *Ensaios Diálogos Saúde Colet* [internet]. 2017 jun [acesso em 2018 jun 7]; 4:40-42. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2017/10/PDF_ENSAIOS_COMPLETA_4.pdf.

11. Reis C, Costa J, Vieira-da-Silva LM. O programa de alimentação do trabalhador (PAT) nas conferências de saúde do trabalhador. In: X Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Porto Alegre: UFRGS; 2012.
 12. Souza JC, Vieira-da-Silva LM, Pinell P. Uma abordagem sócio-histórica à análise de políticas: o caso do Programa de Alimentação do Trabalhador no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2018 fev; 34(1):1-15.
 13. Brasil. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. *Diário Oficial da União*. 23 Ago 2012 [acesso em 2018 jun 7]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html.
 14. Araújo MDPN, Souza JC. A alimentação do trabalhador no Brasil: um resgate da produção científica nacional. *Hist. Ciênc. Saúde-Manguinhos*. 2010; 17(4):975-992.
 15. Olinto MTA, Lira PIC, Marchini JS, et al. Formação humana, pesquisa e produção científica na subárea de avaliação “nutrição” da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, no Brasil, de 2007 a 2009. *Rev. Nutr.* 2011 nov-dez; 24(6):917-925.
 16. Campos FM, Prado SD, Ferreira FR, et al. Alimentação coletiva no campo científico da Alimentação e Nutrição: reflexões sobre concepções científicas e pesquisa. *Rev. Nutr.* 2016 maio-jun; 29(3):425-435.
 17. Vasconcellos FAG. A produção científica da Nutrição publicada pela Scientific Electronic Library sob o olhar da avaliação da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. *Rev. Nutr.* 2017 mar-abr; 30(2):147-161.
 18. Vieira-da-Silva LM. Gênese Sócio-Histórica da Saúde Coletiva no Brasil. In: Lima NT, Santana JP, Paiva CHA, organizadores. *Saúde Coletiva: a Abrasco em 35 anos de história*. 1. ed. Rio de Janeiro: Fio-cruz; 2015. 25-48.
 19. Vieira-da-Silva LM. Salud Colectiva brasilena: arquitectura y dinamica de un campo. In: Castro R, Suarez HJ, organizadores. *Pierre Bourdieu en la sociologia Latinoamericana: Campo y Habitus*. 1. ed. Cuernavacas: Universidad Nacional Autonoma de México; 2018. p. 143-166.
 20. Bourdieu P. *Homo Academicus*. Paris: Minuit; 1984.
 21. Vieira-da-Silva LM, Chaves SCL, Esperidião MA, et al. Análise sócio-histórica das políticas de saúde: algumas questões metodológicas da abordagem bourdieusiana. In: Teixeira CF, organizadora. *Observatório de Análise Política em Saúde*. 1. ed. Salvador: Edufba; 2016. p. 15-40.
 22. Bourdieu P. *Razões Práticas: sobre a teoria da ação*. Campinas: Papirus; 1997.
 23. Bourdieu P. *As regras da arte. Gênese e estrutura do campo literário*. Lisboa: Presença; 1996.
 24. Pinto L. *Pierre Bourdieu et la théorie du monde social*. Paris: Albin Michel; 1998.
 25. Costa JB. *Perfil dos Docentes com Graduação em Odontologia Pertencentes aos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva [dissertação]*. Salvador: UFBA/ISC; 2018.
 26. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. *GT Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Abrasco; 2018 [acesso em 2018 jul 1]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/gtalimentacaoenutricaoemsaudecoletiva>.
-
- Recebido em 04/07/2018
Aprovado em 19/09/2018
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

PET-Saúde/GraduaSUS: retrospectiva, diferenciais e panorama de distribuição dos projetos

PET-Health/GraduaSUS: retrospective, differentials and panorama of project distribution

Tania França¹, Carinne Magnago², Maria Ruth dos Santos³, Soraya Almeida Belisário⁴, Cláudia Brandão Gonçalves Silva⁵

DOI: 10.1590/0103-11042018S220

¹Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Instituto de Medicina Social (IMS), Grupo de Pesquisa Políticas, Programas e Ações de Educação na Saúde (PPAES) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8209-9811>
taniafranca@ims.uerj.br

²Faculdade Meridional, Faculdade de Medicina – Passo Fundo (RS), Brasil. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Instituto de Medicina Social (IMS), Grupo de Pesquisa Políticas, Programas e Ações de Educação na Saúde (PPAES) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8799-3225>
carinne.mag@gmail.com

³Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Instituto de Medicina Social (IMS), Grupo de Pesquisa Políticas, Programas e Ações de Educação na Saúde (PPAES) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1669-206X>
ruthsantosjf@gmail.com

RESUMO Este artigo buscou analisar a edição mais recente do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde/GraduaSUS, resgatando os seus antecedentes, estabelecendo um comparativo com as edições anteriores e descrevendo o cenário de distribuição dos projetos aprovados. Para tanto, empreendeu-se apreciação documental dos oito editais do programa e análise estatística descritiva de dados secundários disponíveis no Sistema de Informações Gerenciais do PET-Saúde. Como diferenciais da edição GraduaSUS, cita-se o estímulo à participação mais ativa dos serviços de saúde na definição e coordenação das ações a serem implementadas pelos grupos tutoriais e o fomento ao desenvolvimento docente e da preceptoria. O panorama de distribuição dos projetos aprovados, com número de grupos e bolsistas, acompanha o cenário de concentração de instituições de ensino superior entre as regiões e os estados brasileiros. Verificou-se que o PET-Saúde/GraduaSUS agregou cursos de graduação de diferentes categorias, oportunizando e/ou ampliando a participação daquelas ainda pouco inseridas nos cenários da Atenção Básica, e mobilizou a inclusão de um número expressivo de voluntários e de parcerias entre instituições de ensino localizadas no mesmo território de atuação.

PALAVRAS-CHAVE Serviços de integração docente-assistencial. Educação permanente. Educação superior. Políticas públicas de saúde. Formação de recursos humanos.

ABSTRACT This article aimed to analyze the most recent edition of the Program of Education for Work for Health – PET-Health/GraduaSUS, rescuing its antecedents, establishing a comparison with the previous editions and describing the distribution scenario of the approved projects. For this purpose, a documentary appreciation of the eight notices of the program was carried out and descriptive statistical analysis of secondary data available in the PET-Health Management Information System. As differentials of the GraduaSUS edition, it is mentioned the stimulation to the most active participation of the health services in the definition and coordination of the actions to be implemented by the tutorial groups as well as the teacher and preceptory development. The distribution panorama of the approved projects, with number of groups and scholarship holders, follows the scenario of concentration of higher education



institutions between the Brazilian regions and states. It was verified that the PET-Health/GraduaSUS has added undergraduate courses of different categories, apportioning and/or expanding the participation of those still little inserted in the scenarios of Primary Care, and mobilized the inclusion of a significant number of volunteers and partnerships between education institutions located in the same territory of activity.

KEYWORDS *Teaching care integration services. Education, continuing. Education, higher. Public health policy. Staff development.*

Introdução

A Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990 trazem a noção da saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado e estabelecem o papel do Sistema Único de Saúde (SUS) como ordenador da formação dos profissionais da área. Apesar disso, até o ano de 2003, a área de Recursos Humanos em Saúde (RHS) encontrava-se a cargo de uma coordenação geral no terceiro escalão do Ministério da Saúde (MS). A partir desse ano, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), é reafirmada a relevância dos RHS para o desenvolvimento do sistema nacional de saúde¹.

A SGTES foi criada com o desafio de definir políticas orientadoras de formação e desenvolvimento profissional, de planejamento, gestão e regulação da força de trabalho em saúde. Mais ainda, de assumir papel estratégico nas diretrizes intersetoriais que envolvam o desenvolvimento de uma Política Nacional de Recursos Humanos em Saúde (PNRHS)¹.

No que se refere às políticas de reorientação da formação profissional em saúde, as principais linhas de ação se voltam para a indução de mudanças nas graduações em saúde e para o desenvolvimento profissional dos trabalhadores de nível superior e técnico do SUS, alicerçado na Educação Permanente

em Saúde (EPS). No âmbito dessas linhas, ao longo dos anos, diversos programas, ações e iniciativas de educação na saúde foram implementados, desencadeando processos de mudança e de fortalecimento do SUS.

Apesar dos inúmeros avanços na área da educação na saúde, ainda há desafios a serem superados e propostas a serem implementadas e/ou readequadas nessa esfera, na perspectiva de um sistema político democrático no Brasil contemporâneo, que coloca em pauta a necessidade de entender o binômio trabalho e educação, sob um novo prisma².

É fato que as práticas de atenção e gestão da saúde desenvolvidas no País ainda demonstram um distanciamento da formação de seus trabalhadores com relação às reais necessidades do SUS, e construir uma articulação entre as instituições formadoras e o sistema público de saúde tem sido um desafio permanente para os atores envolvidos com tais temáticas no Brasil³.

Nessa direção, têm sido deflagradas novas iniciativas que vinculem a formação profissional às práticas dos serviços de saúde e que articulem as competências individuais dos trabalhadores da saúde aos objetivos institucionais, gerando valor público sustentável. O MS, por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges/SGTES), tem destinado apoio técnico e financeiro a projetos, programas e políticas públicas cujos objetivos estão direcionados para a qualificação

⁴ Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva e Social - Belo Horizonte (MG), Brasil. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Instituto de Medicina Social (IMS), Grupo de Pesquisa Políticas, Programas e Ações de Educação na Saúde (PPAES) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2240-6146>
soraya@nescon.medicina.ufmg.br

⁵ Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges) - Brasília (DF), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7644-9440>
claudia.brandao@saude.gov.br

e a adequação do perfil dos trabalhadores às necessidades sociais em saúde, tendo como eixo a integração ensino-serviço.

Os esforços empreendidos nesse sentido podem ser identificados, em especial, no Plano Nacional de Saúde (PNS) 2016-2019, instrumento central de planejamento que orienta a implementação de todas as iniciativas no SUS. Tal plano apresenta eixos e diretrizes, dispostos em 13 objetivos, a serem seguidos pelo Poder Público, em consonância com o processo de debates que o MS estabeleceu com o Conselho Nacional de Saúde (CNS)⁴.

Em seu décimo objetivo, o plano explicita promover a formação, a educação permanente e a qualificação dos trabalhadores, em alinhamento às necessidades do SUS. Para tanto, estabelece metas que buscam superar as demandas do mundo do trabalho na área da saúde estabelecidas pela Década de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, iniciada em 2013. Entre elas, destaca-se envolver cinco mil estudantes no Programa de Educação para o Trabalho na Saúde (PET-Saúde), a fim de que estudem e pratiquem ações de qualificação da educação na saúde, dos serviços de saúde e atuem no processo de reorientação da formação orientados pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e para as necessidades da população brasileira e do SUS⁴.

O PET-Saúde, que tem como pressuposto a educação pelo trabalho, foi instituído no âmbito do MS e do Ministério da Educação (MEC), em 2008, com o objetivo inicial de fomentar grupos de aprendizagem tutorial na Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo, posteriormente, estendido para outras áreas estratégicas do SUS^{5,6}. Constitui-se, hoje, como uma das principais estratégias de indução de mudanças nos processos de formação profissional. E é sobre ele que este artigo se debruça.

Buscou-se analisar o PET-Saúde edição GraduaSUS, resgatando os seus antecedentes, estabelecendo um comparativo com as edições anteriores e descrevendo o cenário de distribuição dos projetos aprovados.

Métodos

Trata-se de estudo descritivo, de abordagem mista, desenvolvido em março de 2018 com o propósito de descrever as características de um determinado fenômeno⁷, neste caso, o PET-Saúde/GraduaSUS.

A abordagem qualitativa foi desenvolvida por meio de pesquisa documental, que se vale de materiais que ainda não receberam tratamento analítico⁷. Assim, os objetos de análise deste estudo foram documentos públicos oficiais que tratam da implementação de estratégias de reorientação da formação em saúde no Brasil, com o objetivo de descrever sucintamente os antecedentes do PET-Saúde. Também foram incluídos os oito editais⁸⁻¹⁵, lançados até o ano de 2018, convidando as instituições de ensino e secretarias de saúde a participarem do PET-Saúde.

Os documentos foram submetidos à análise de conteúdo segundo Bardin¹⁶, que pressupõe três etapas: 1) pré-análise, na qual os documentos foram organizados e submetidos à leitura flutuante; (2) exploração do material, em que foram recortados extratos textuais de relevância para o estudo; e (3) inferência e interpretação do material analisado.

A apreciação dos editais foi orientada por uma matriz analítica, que objetivou identificar as similaridades e diferenças entre a edição PET-Saúde/GraduaSUS e as anteriores, no que se refere ao tema da edição, critérios de admissibilidade para envio de projetos, número e composição de grupos previstos, concessão de bolsas, voluntariado, coordenação de projeto, pressupostos orientadores, compromissos dos proponentes, monitoramento e avaliação.

A abordagem quantitativa teve por base os dados secundários disponíveis no Sistema de Informações Gerenciais do PET-Saúde (SIGPET)¹⁷, do Ministério da Saúde, que reúne as informações dos participantes do programa. Os dados capturados foram os relacionados ao número de projetos aprovados, grupos constituídos, bolsas/mês concedidas e de

cursos participantes das oito edições do programa (2008-2015). No que se refere à edição GraduaSUS, também foram recuperados os dados de número de cursos de graduação e de atores participantes – bolsistas e voluntários.

Os dados foram processados e analisados por estatística descritiva, por meio de planilhas Excel, e apresentados sob o formato de tabelas.

Resultados

Antecedentes do PET-Saúde/GraduaSUS

Com a promulgação da Carta Magna de 1988, que trouxe avanços significativos no reconhecimento dos direitos e garantias fundamentais à população brasileira, novas configurações dos sistemas de educação e de saúde foram requeridas, culminando na instituição do SUS, em 1990; na promulgação das novas Diretrizes e Bases da Educação Nacional, em 1996; e, na sequência, nas DCN para os Cursos de Graduação em Saúde, a partir de 2001.

Nesse contexto e com o objetivo de estimular as mudanças requeridas pelas DCN, que foram elaboradas considerando as especificidades do SUS e sua priorização às ações de promoção e prevenção, o MEC e o MS inauguraram um sistema interministerial de indução de mudanças nos processos de formação em saúde, a partir do Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas (Promed)¹⁸.

O Promed foi criado em 2002 com o objetivo de incentivar as escolas médicas, de todo o País, a incorporar mudanças pedagógicas significativas nos currículos dos cursos de medicina, para que os programas de graduação pudessem deslocar o eixo da formação médica, centrado na assistência individual e eminentemente hospitalocêntrica, para um outro em que a formação estivesse sintonizada com o SUS, em especial, com a atenção básica¹⁹.

Em 2005, com vistas a aprimorar o Promed e ampliar a cobertura para outras profissões de saúde que integram a ESF, notadamente a enfermagem e a odontologia, foi lançado o Programa Nacional de Reorientação da Formação de Profissionais em Saúde (Pró-Saúde), tendo como eixo principal a integração ensino-serviço²⁰. Em 2007, o programa é ampliado para os demais cursos de graduação da área da saúde²¹. Os processos de reorientação da formação no Pró-Saúde tinham por norte três eixos, cada um com três vetores específicos a serem considerados: orientação teórica (determinantes de saúde e doença, pesquisa ajustada à realidade local, educação permanente); orientação prática (integração ensino-serviço, utilização dos diversos níveis de atenção, integração dos serviços próprios das instituições de ensino com os serviços de saúde); e orientação pedagógica (integração básico-clínica, análise crítica dos serviços, aprendizagem ativa)²².

No bojo dos avanços obtidos com o Promed, Pró-Saúde e com o Programa de Educação Tutorial (PET) do MEC, surge, em 2008, o PET-Saúde, fortalecendo ainda mais a parceria interministerial saúde-educação⁵.

O PET-Saúde, constituído como uma das estratégias do Pró-Saúde – em especial, no que se refere ao eixo orientação prática –, tem como fio condutor a integração ensino-serviço-comunidade e como pressuposto a educação pelo trabalho. Trata-se de uma política pública desafiadora à consolidação do SUS, que visa a induzir o desenvolvimento, pelas instituições de ensino, de atividades que envolvam o ensino, a pesquisa e a extensão universitária e a participação social^{5,23-24}.

Prevê a conformação de grupos de aprendizado tutorial, conformados por tutores acadêmicos (docentes), preceptores (profissionais do serviço) e estudantes de graduação em saúde, como instrumento viabilizador de estágios e vivências nos serviços de saúde, e a concessão de bolsas, a partir do delineamento de um projeto institucional⁵.

Inicialmente, criado com foco na ESF

(PET-Saúde/SF), o programa foi estendido para outras áreas consideradas prioritárias para o SUS: Vigilância em Saúde (PET-Saúde/VS), Saúde Mental (PET-Saúde/SM) e Redes de Atenção à Saúde (PET-Saúde/Redes)^{5,6,25,26}. Em 2015, sob o título temático PET-Saúde/GraduaSUS, a iniciativa direciona o seu foco para a mudança curricular das graduações da saúde em alinhamento às DCN; qualificação dos processos de integração ensino-serviço-comunidade; e para a formação de preceptores e docentes. Assume como pressupostos norteadores das

mudanças a interdisciplinaridade, a interprofissionalidade, a integração ensino-serviço, a humanização do cuidado, a integralidade da assistência e o desenvolvimento das atividades que considerem a diversificação de cenários de práticas e redes colaborativas na formação para o SUS¹⁶.

Nessa construção, entre 2008 e 2015, em que foram disponibilizados oito editais, o PET-Saúde já desenvolveu quase mil projetos em todas as regiões do Brasil, com diferentes temas e cenários (*tabela 1*).

Tabela 1. Número de projetos executados, grupos constituídos, bolsas concedidas e cursos participantes por edital do Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (PET-Saúde). Brasil, 2008-2015

Edital - Tema	Projetos	Grupos	Bolsas/mês	Cursos
Edital nº 12/2008 - Saúde da Família	84	306	5.814	345
Edital nº 18/2009 - Saúde da Família	111	484	9.267	545
Edital nº 7/2010 - Vigilância em Saúde	70	145	1.595	298
Edital nº 27/2010 - Saúde Mental	69	80	1.280	338
Edital nº 24/2011 - Pró-Saúde/PET-Saúde	120	415	8.069	709
Edital nº 28/2012 - Vigilância em Saúde	105	197	2.167	509
Edital nº 14/2013 - Redes de Atenção	116	290	5.510	623
Edital nº 13/2015 - Graduações em Saúde	105	388	3.666	388

Fonte: Sistema de Gestão do Programa de Educação Tutorial - SIGPET, 2018.

Os diferenciais do PET-Saúde/GraduaSUS

O PET-Saúde, desde a sua criação, passou por uma incorporação sucessiva de diretrizes, cenários de práticas e instrumentos de implementação para o desenvolvimento de projetos, numa perspectiva de continuidade e de fortalecimento do movimento de mudanças da formação nas graduações em saúde, na perspectiva da integração ensino-serviço.

Passados dez anos da sua criação, estudos comparativos entre estudantes participantes

e não participantes do programa apontam que os primeiros têm demonstrado melhor nível de conhecimento, publicam mais artigos científicos durante a graduação e participam mais de eventos acadêmicos^{27,28}. Outros resultados indicam que o programa tem conduzido à formação de profissionais crítico-reflexivos e à diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem, além de fomentado a interlocução entre a academia, o serviço e a comunidade e promovido o desenvolvimento de novas práticas de atenção e experiências pedagógicas²⁹⁻³².

Por outra via, a condução do programa enfrenta dificuldades relacionadas, principalmente, à falta de capacitação pedagógica e ao comprometimento dos preceptores, mas, também, à desvalorização desse papel por outros profissionais e gestores, à incompatibilidade curricular com as necessidades dos serviços e à falta de um projeto político pedagógico institucional que favoreça a atuação integrada dos vários cursos de saúde³³⁻³⁶.

Levando em conta esses desafios e no sentido de aproximar o PET-Saúde às demais políticas nacionais operadas no campo da educação na saúde, o Deges/SGTES/MS redesenha o programa, em 2015, e propõe a edição GraduaSUS, assumindo como objetivo principal induzir a mudanças nos currículos da saúde. Dessa reconfiguração do programa despontam alguns diferenciais em relação às edições anteriores, entre eles, o protagonismo das secretarias de saúde, que passam a ser proponentes ativas e coordenadoras dos projetos PET-Saúde.

Em todas as edições anteriores, previu-se que os projetos fossem enviados pelas instituições de ensino em conjunto com as secretarias de saúde, as quais deveriam anuir à realização das ações previstas por meio de assinatura de Termo de Compromisso. Na edição GraduaSUS, determina-se que a secretaria de saúde seja protagonista na elaboração dos projetos e tenha envolvimento ativo na execução das ações previstas, não apenas como apoiadora, mas como ator corresponsável pelo alcance dos resultados esperados com as propostas. Mais ainda, ela passa a coordenar o projeto, função relegada às instituições de ensino nas edições anteriores.

Outro ponto de destaque refere-se à obrigatoriedade da participação do curso de medicina no desenvolvimento dos projetos, tal como previsto nas duas primeiras edições do programa, cujo foco era a ESF. Essa determinação vem a reboque das mudanças instauradas a partir do Programa Mais Médicos (PMM), em que um novo modelo de regulação para abertura e expansão de escolas

médicas foi posto e novas DCN foram lançadas^{37,38}. Nesse sentido, assumiu-se o PET-Saúde como uma estratégia potente para apoiar essa expansão, garantindo a qualidade do ensino e a formação integrada aos serviços do SUS.

Também cabe mencionar a determinação de que os projetos elaborados no âmbito da edição GraduaSUS observassem as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (Coapes), instituídas em 2015³⁹, incluindo a apresentação de um plano para implementação desse instrumento, no sentido de fortalecer a integração ensino-serviço-comunidade e promover a organização de redes inclusivas e produtoras de integralidade e o desenvolvimento da capacidade regional para o enfrentamento de problemas de saúde prevalentes no território⁴⁰.

O edital destaca, ainda, que os projetos deveriam contemplar ações relacionadas ao desenvolvimento da docência e da preceptoria, no entendimento de que as mudanças curriculares só podem ser operadas se as práticas pedagógicas e os métodos de ensino também forem ressignificados⁴¹. Assume-se, segundo os pressupostos teórico-metodológicos da EPS, que o docente e o preceptor devem atuar como mediadores nas situações de aprendizagem, o que requer o uso de metodologias de ensino eficazes que desenvolvam no aprendiz a capacidade de reflexão sobre situações concretas, a partir da problematização, do comprometimento e de formulação de ações originais e criativas capazes de transformar a realidade social⁴²⁻⁴⁴.

Por fim, chama-se a atenção para o critério de admissibilidade dos projetos relativo à constituição dos grupos PET-Saúde/GraduaSUS por curso de graduação em saúde, ponto que mais gerou questionamentos à gestão por parte dos interessados em apresentar propostas. Segundo eles, essa conformação desestimularia o desenvolvimento de atividades interdisciplinares e interprofissionais.

Sobre isso, os editais das versões iniciais do programa não determinavam o caráter de composição dos grupos, embora tenham assumido como um dos critérios preferenciais de seleção o caráter multiprofissional e interdisciplinar das propostas. A edição Redes de Atenção (2013) eleva essa determinação a critério obrigatório, instando os proponentes a constituir grupos integrados, com a participação de pelo menos dois cursos distintos, privilegiando-se a Educação Interprofissional em Saúde (EIP).

A edição GraduaSUS, por sua vez, delibera a constituição de grupos uniprofissionais, no intuito de expandir a discussão curricular nucleada em cada curso, sem detrimento, no entanto, das interfaces e da integração dos processos de mudança dos cursos entre si. Nessa direção, impõe que os projetos prevejam grupos de diferentes categorias profissionais, para os quais as propostas deveriam contemplar, obrigatoriamente, ações transversais e integradas nos cenários de ensino-aprendizagem do SUS, promovendo

a interprofissionalidade com vistas à sua incorporação enquanto lógica na estruturação dos cursos, inclusive de seus projetos político-pedagógicos.

A EIP, compreendida como ocasião em que trabalhadores e estudantes de duas ou mais profissões de saúde aprendem uns com os outros, entre si e sobre os outros para aprimorar a colaboração e a qualidade dos cuidados e serviços⁴⁵, está sendo formalmente incorporada nas políticas de educação na saúde, tendo em vista o reconhecimento de sua aproximação com os pressupostos da EPS e por ser considerada estratégia potencial para fortalecimento dos sistemas nacionais de saúde. Relatos de experiências já vêm apontando o PET-Saúde/GraduaSUS como mola propulsora de práticas acadêmicas interprofissionais, ratificando a potência do programa como indutor de mudanças curriculares^{46,47}.

Outros diferenciais entre o PET-Saúde/GraduaSUS e as edições anteriores podem ser percebidos no *quadro 1*.

Quadro 1. Características das edições do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), segundo previsto nos editais de convite. Brasil, 2008-2015

Variáveis	Edital nº 12/2008	Edital nº 18/2009	Edital nº 7/2010	Edital nº 27/2010	Edital nº 24/2011	Edital nº 28/2012	Edital nº 14/2013	Edital nº 13/2015
Tema	Saúde da Família		Vigilância em Saúde	Saúde Mental	Pró-Saúde / PET-Saúde	Vigilância em Saúde	Redes de Atenção	Graduações em Saúde
Proponente	IES públicas e privadas sem fins lucrativos, em conjunto com as SMS							Secretarias de saúde, em conjunto com as IES
Curso obrigatório	Medicina		Não consta					Medicina
Número de grupos por projeto	Não especificado					Máximo de 5	Máximo de 6; mínimo de 2 de graduações distintas, incluindo a medicina	
Composição dos grupos	1 tutor; 30 estudantes; 6 preceptores		1 tutor; 8 estudantes; 2 preceptores	1 tutor; 12 estudantes; 3 preceptores	1 tutor; 12 estudantes; 6 preceptores	1 tutor; 8 estudantes; 2 preceptores	1 tutor; 12 estudantes de diferentes cursos; 6 preceptores	No mínimo, 7, e, no máximo, 13 bolsistas, sendo de 2 a 4 tutores e de 2 a 4 estudantes de mesmo curso; e 3 a 8 preceptores
	Desejáveis grupos de caráter multiprofissional							

Quadro 1. (cont.)

Bolsas	Tutores, estudantes e preceptores	Tutores, estudantes, preceptores e tutor coordenador (se mais de 2 grupos, que não seja tutor/preceptor)			Tutores (incluindo coordenador de grupo), estudantes, preceptores, coordenador de projeto
Voluntários	Não consta		Prevê estudantes		Prevê estudantes, docentes e trabalhadores da saúde
Ator coordenador	Não determina	Tutor coordenador indicado pela IES e SMS			Serviço
Monitoramento e avaliação	Não consta		Monitoramento por Comitê Gestor interinstitucional, coordenado pelo Ministério da Saúde	Relatório semestral de atividades; visitas in loco; realização de seminários internos anuais; pesquisas de monitoramento e avaliação	Relatórios; relatos na Comunidade de Práticas e avaliação de 3 outros projetos relatados; visitas in loco; pesquisas de monitoramento e avaliação

Fonte: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Editais PET-Saúde, 2008-2015.

*Pró-Saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação de Profissionais em Saúde; PET-Saúde: Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde; IES: Instituições de Ensino Superior; SMS: Secretaria Municipal de Saúde

PET-Saúde/GraduaSUS em números

O MS/SGTES/Deges recebeu 179 projetos aptos a concorrer ao edital PET-Saúde/GraduaSUS, dos quais, 105 foram aprovados para desenvolvimento das atividades delineadas para o biênio 2016-2018.

Como se observa na *tabela 2*, é na região Norte que se verifica o menor percentual de projetos PET-Saúde/GraduaSUS aprovados. Os maiores percentuais referem-se aos vinculados a instituições de ensino das regiões

Nordeste e Sudeste, as mais populosas do País, que, quando somados, totalizam quase 60% do total de projetos aprovados. Com relação aos estados, somente em Roraima e Rondônia, ambos da região Norte, não se observam projetos aprovados. Nessa região, o maior número é contabilizado no estado do Pará (n=4).

Minas Gerais, Bahia e Rio Grande do Sul são os estados que exibem o maior contingente de projetos aprovados: 14, 11 e 10, respectivamente. Em conjunto, são responsáveis por 33,3% do total de projetos do País.

Tabela 2. Número de projetos executados, grupos constituídos e bolsas concedidas no âmbito do Programa de Educação para o Trabalho em Saúde edição GraduaSUS, segundo estado e região. Brasil, 2016

Região	Projetos		Grupos		Bolsas/mês	
	n	%	n	%	n	%
Norte	9	8,6	40	10,3	416	11,3
Acre	1	1,0	6	1,5	51	1,4
Amazonas	1	1,0	4	1,0	48	1,3
Amapá	1	1,0	2	0,5	15	0,4
Pará	4	3,8	20	5,2	214	5,8
Tocantins	2	1,9	8	2,1	88	2,4
Nordeste	33	31,4	118	30,4	1.100	30,0
Alagoas	3	2,9	14	3,6	149	4,1
Bahia	11	10,5	35	9,0	302	8,2
Ceará	4	3,8	11	2,8	98	2,7
Maranhão	1	1,0	3	0,8	25	0,7
Paraíba	2	1,9	9	2,3	101	2,8
Pernambuco	7	6,7	24	6,2	234	6,4
Piauí	1	1,0	5	1,3	37	1,0
Rio Grande do Norte	3	2,9	11	2,8	103	2,8
Sergipe	1	1,0	6	1,5	51	1,4
Sudeste	28	26,7	112	28,9	1.115	30,4
Espírito Santo	3	2,9	14	3,6	155	4,2
Minas Gerais	14	13,3	55	14,2	549	15,0
Rio de Janeiro	5	4,8	22	5,7	193	5,3
São Paulo	6	5,7	21	5,4	218	5,9
Sul	23	21,9	82	21,1	724	19,7
Paraná	5	4,8	19	4,9	180	4,9
Rio Grande do Sul	10	9,5	32	8,2	276	7,5
Santa Catarina	8	7,6	31	8,0	268	7,3
Centro-Oeste	12	11,4	36	9,3	311	8,5
Distrito Federal	3	2,9	10	2,6	103	2,8
Goiás	2	1,9	7	1,8	52	1,4
Mato Grosso	3	2,9	7	1,8	52	1,4
Mato Grosso do Sul	4	3,8	12	3,1	104	2,8
Brasil	105	100	388	100	3.666	100

Fonte: Sistema de Gestão do Programa de Educação Tutorial - SIGPET, 2018.

Segundo regras do edital para a execução dos projetos, estava prevista a composição de grupos conformados por, no mínimo, sete, e,

no máximo, treze bolsistas, assim distribuídos: de dois a quatro estudantes; de dois a quatro docentes (tutores), sendo um coordenador do

grupo; e de três a oito trabalhadores do SUS (preceptores da atenção e da gestão).

A distribuição desses grupos pelo País (n=388), visualizada na *tabela 2*, indica panorama semelhante ao de projetos aprovados, com as regiões Nordeste e Sudeste com os índices mais elevados de grupos PET-Saúde/GraduaSUS. Juntas, abarcam 59,3% (n=230) do total. Proporcionalmente ao número de grupos, o percentual de bolsas aprovadas aos coordenadores, alunos, preceptores e tutores das duas regiões perfaz 60,5% (n=2.154) do total disponibilizado para o País (n=3.561). A região Centro-Oeste é a que exibe o menor percentual de grupos (n=36; 9,3%) e de bolsas (n=299; 8,4%). Com relação aos estados, o maior número de grupos e bolsas PET-Saúde GraduaSUS é contabilizado no estado de Minas Gerais, seguido pelos estados da Bahia, Rio Grande do Sul e Santa Catarina; enquanto o menor é verificado no Amapá.

É fato que essa assimetria na distribuição regional dos projetos aprovados e, por conseguinte, no número de grupos, cursos e bolsistas, é um indicador correlacionado com muitos outros, como, por exemplo, a concentração de escolas de medicina nas regiões Sudeste e Sul^{48,49} e os locais de criação de novos cursos no âmbito do PMM – dada a obrigatoriedade desse curso nos

projetos. Assim, deve-se levar em consideração que essa diversidade entre regiões e estados brasileiros é muito mais complexa do que uma análise inicial pode indicar. Em geral, nem sempre o número exibido pelo estado/região representa as reais potencialidades e possibilidades da unidade federada em submeter e executar projetos, já que isso depende de uma convergência de outros fatores, como citado, que devem ser cotejados.

A *tabela 3* mostra a distribuição dos projetos PET-Saúde/GraduaSUS aprovados segundo a natureza jurídica das Instituições de Ensino Superior (IES), as quais, em conjunto com as Secretarias Municipais ou Estaduais de Saúde, constituíram-se proponentes dos projetos. Os resultados mostram que as IES públicas federais propuseram quase metade do total de projetos aprovados (n=49; 46,7%), em especial, as das regiões Nordeste e Sudeste. Na região Sul, do total de 23 projetos aprovados, 13 foram propostos por instituições privadas sem fins lucrativos, com ou sem parceria com IES públicas. Sobre isso, do total de projetos aprovados no Brasil, 11 (10,5%) foram desenvolvidos a partir de parcerias entre instituições de distintas categorias administrativas e níveis de governo (n=11; 10,5%). Dessas parcerias, cinco foram estabelecidas entre instituições nordestinas.

Tabela 3. Distribuição dos projetos do Programa de Educação para o Trabalho em Saúde edição GraduaSUS aprovados, segundo categoria administrativa das instituições de ensino às quais estão vinculados. Brasil, 2016

Categoria administrativa	Regiões					Brasil	
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	n	%
Pública federal	4	19	14	5	7	49	46,7
Pública estadual	2	6	6	3	2	19	18,1
Pública municipal	1	0	0	1	0	2	1,9
Privada*	1	3	7	11	2	24	22,9
Parceria entre federal e privada*	0	1	1	1	0	3	2,9
Parceria entre estadual e privada*	1	0	0	1	1	3	2,9
Parceria entre estadual e federal	0	4	0	1	0	5	4,8
Total	9	33	28	23	12	105	100

Fonte: Sistema de Gestão do Programa de Educação Tutorial – SIGPET, 2018.

*Privada sem fins lucrativos

A maior participação das instituições federais se justifica pelo fato de que, além das instituições públicas, apenas as privadas sem fins lucrativos podem pleitear participação no programa. E, entre as públicas, a esfera federal é a maior responsável pela formação de médicos no Brasil^{48,49}.

Com relação aos cursos de graduação em saúde envolvidos com a execução dos

projetos PET-Saúde/GraduaSUS, além da medicina – cuja participação era obrigatória e, portanto, participou de todos os projetos –, a *tabela 4* indica a participação de outros 287 cursos distribuídos entre os 105 aprovados, dos quais, 83 são de enfermagem. Significa dizer que a enfermagem se envolveu com o desenvolvimento de 79% dos projetos.

Tabela 4. Quantitativo de projetos do Programa de Educação para o Trabalho em Saúde edição GraduaSUS aprovados segundo os cursos de graduação em saúde envolvidos. Brasil, 2016

Cursos	n	%
Biomedicina	2	1,9
Ciências Biológicas	2	1,9
Educação Física	17	16,2
Enfermagem	83	79,0
Farmácia	31	29,5
Fisioterapia	28	26,7
Fonoaudiologia	5	4,8
Medicina Veterinária	7	6,7
Nutrição	30	28,6
Odontologia	29	27,6
Psicologia	28	26,7
Saúde Coletiva	9	8,6
Serviço Social	9	8,6
Terapia Ocupacional	6	5,7
Bacharelado Interdisciplinar	1	1,0

Fonte: Sistema de Gestão do Programa de Educação Tutorial – SIGPET, 2018.

Ao longo dos dois anos de vigência, a edição PET-Saúde/GraduaSUS envolveu um total de 5.893 atores, entre estudantes, profissionais de saúde e docentes. Desses, 36,9% (n=2.174) participaram em caráter de voluntariado (sem recebimento de bolsa), entre os quais, 1.667 estudantes, 307 tutores e 191 preceptores.

O maior número de alunos bolsistas e voluntários foi computado para os cursos que tiveram maior participação numérica no total de projetos aprovados: Medicina,

Enfermagem e Farmácia. No conjunto, verificou-se uma proporção de 1,5 estudantes voluntários para cada 1 estudante bolsista. Essa proporção foi maior entre os estudantes de Biomedicina (2,4:1), Psicologia (2:1) e Saúde Coletiva (1,9:1). A média do total de alunos por grupo PET-Saúde foi de 7,2. Essa média foi superior entre os grupos de Biomedicina (12,0), Saúde Coletiva (9,0) e Terapia Ocupacional (9,0).

Destaca-se a presença no PET-Saúde/

GraduaSUS de cursos de saúde ainda pouco inseridos na atenção básica do País, como Biomedicina e Fisioterapia. Esses resultados apontam para a inserção de profissões que, no campo de atuação da Atenção Primária à Saúde (APS), ainda encontram pouco respaldo para sua inserção, quer seja pelo número reduzido de Núcleos de Apoio à Saúde da Família, quer seja pelo pouco reconhecimento da importância dessas profissões nesse nível de atenção. Nesse sentido, o PET-Saúde confirma-se, então, como uma iniciativa indutora do trabalho multi e interprofissional, tal como apregoam as DCN dos cursos da área da saúde.

Ademais, a maior proporção de estudantes voluntários que de bolsistas ratifica o reconhecimento do programa como uma oportunidade real de aprender no e pelo trabalho em saúde e desenvolver competências necessárias à futura atuação profissional no SUS.

Considerações finais

Buscando recriar e ressignificar o processo de formação dos profissionais da saúde em direção às DCN e às necessidades do sistema de saúde, o MS e o MEC principiam, na década anterior, um movimento interministerial integrado que tem resultado em diferentes ações de indução de mudanças curriculares. Parte-se de uma proposta mais modesta, voltada para a medicina (Promed), para uma mais arrojada, de caráter multiprofissional e interprofissional (Pró-Saúde e PET-Saúde), fomentada especialmente pelo Deges/SGTES/MS, que, após a sua criação em 2003, viabilizou desenhos de políticas pautadas no estreitamento das relações entre as instituições formadoras e o SUS.

Nesse contexto e considerando os pressupostos da EPS, da interprofissionalidade e os resultados acumulados de estratégias anteriores que apontavam desafios para a efetiva reorientação da formação em saúde, propõe-se o PET-Saúde/GraduaSUS que se pautou na proposta de mudança

curricular alinhada às DCN da saúde e na qualificação dos processos de integração ensino-serviço-comunidade.

A análise documental estabelecida neste artigo apontou elementos da edição GraduaSUS que a caracterizam como inovadora frente às versões anteriores. Um dos grandes diferenciais da edição, enquanto modelo ideal de integração ensino-serviço-comunidade, encontra-se na participação mais ativa do serviço na definição e na coordenação das ações a serem implementadas pelos grupos tutoriais, bem como na discussão coletiva para redirecionamento da formação em saúde. Destaca-se, também, o fomento ao desenvolvimento docente e da preceptoria como ponto-chave para a operacionalização de mudanças curriculares efetivas.

Quanto ao panorama de distribuição dos projetos aprovados, número de grupos e bolsistas, ele acompanha o cenário de concentração de instituições de ensino superior entre as regiões e os estados brasileiros. Já a apreciação dos dados relativos à participação dos cursos nos projetos e de número de participantes indica que o PET-Saúde/GraduaSUS agregou cursos de graduação de diferentes categorias, oportunizando/ampliando a participação daquelas ainda pouco inseridas nos cenários da atenção básica. Mais ainda, mobilizou a inclusão de um número expressivo de voluntários e de parcerias entre instituições de ensino localizadas no mesmo território de atuação, possibilitando que o MS cumpra seu papel constitucional de ordenador da formação de profissionais de saúde, por meio da indução e do apoio ao desenvolvimento dos processos formativos necessários em todo o País, de acordo com características e especificidades sociais e regionais.

A implantação de estratégias dessa natureza impõe sua avaliação permanente, considerando a necessidade de se identificar fortalezas e fragilidades que permitam ajustes contínuos para seu aperfeiçoamento. Nesse sentido, e considerando o caráter inovador do PET-Saúde/GraduaSUS, cuja

vigência acaba de findar, estudos sobre os impactos da operacionalização dos projetos são requeridos para melhor determinação da influência dos elementos diferenciados dessa edição na produção das mudanças almejadas.

Com este artigo analítico-descritivo, buscou-se fomentar o desenvolvimento de iniciativas de análise e avaliação do PET-Saúde, em especial, da edição GraduaSUS, dadas as suas particularidades. É consensual o seu potencial para a produção de mudanças; no entanto, estudos sistematizados que forneçam dados acurados sobre os resultados obtidos a partir dele são prementes para sustentar a permanência do projeto.

Colaboradores

França T, Magnago C e Santos MR participaram da concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados; da elaboração do rascunho, revisão crítica do conteúdo e aprovação final do manuscrito. Belisário SA participou da análise e interpretação dos dados; da revisão crítica do conteúdo e aprovação final do manuscrito. Silva CBG participou da elaboração do rascunho, revisão crítica do conteúdo e aprovação final do manuscrito. ■

Referências

1. Pierantoni CR, Varella TC, Santos MR, et al. Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. *Physis* [internet]. 2008 [acesso em 2018 jun 2]; 18(4):685-704. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312008000400005>.
2. França T, Medeiros KR, Belisario AS, et al. Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2016 [acesso em 2018 jun 2]; 22(6):1817-28. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017226.30272016>.
3. Dias HS, Lima LD, Teixeira M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. *Ciênc Saúde Colet.* [Internet]. 2013 [acesso em 2018 jun. 2]; 18(6):1613-24. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000600013>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde de 2016/2019. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. *Diário Oficial da União.* 27 Ago 2008.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 421, de 03 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 4 Mar 2010.

7. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas; 2002.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Edital nº 12, de 03 de setembro de 2008. Seleção para o Programa de Educação Pelo Trabalho Para a Saúde. Diário Oficial da União. 4 Set 2008.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Edital nº 18, de 16 de setembro de 2009. Seleção para o Programa de Educação Pelo Trabalho Para a Saúde. Diário Oficial da União. 17 Set 2009.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Edital nº 07, de 03 de março de 2010. Seleção para o Programa de Educação Pelo Trabalho Para a Saúde/Vigilância em Saúde. Diário Oficial da União. 5 Mar 2010.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Edital nº 27, de 17 de setembro de 2010. Seleção para o Programa de Educação Pelo Trabalho Para a Saúde/Saúde Mental – Crack, Álcool e outras Drogas. Diário Oficial da União. 30 Set 2010.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Edital nº 24, de 15 dezembro de 2011. Seleção de projetos de instituições de ensino superior no âmbito do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) articulado ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. Diário Oficial da União. 16 Dez. 2011.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Edital nº 28, de 22 novembro de 2012. Seleção para o Programa de Educação Pelo Trabalho Para a Saúde/Vigilância em Saúde 2013/2014. Diário Oficial da União. 23 Nov 2012.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Edital nº 14, de 08 de março de 2013. Seleção para o Programa de Educação Pelo Trabalho Para a Saúde/Rede de Atenção à Saúde 2013/2015. Diário Oficial da União. 11 Mar 2013.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Edital nº 13, de 28 de setembro de 2015. Seleção para o Programa de Educação Pelo Trabalho Para a Saúde: PET-Saúde/GraduaSUS - 2016/2017. Diário Oficial da União. 29 Set 2015.
16. Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Gerenciais do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (SIGPET) [internet]. [acesso em 2018 out 11]. Disponível em: <http://sigpet.saude.gov.br>
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 610, de 26 de março de 2002. Institui o Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas (PROMED). Diário Oficial da União. 1 Abr 2002.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Uma nova escola médica para um novo sistema de saúde: Saúde e Educação lançam programa para mudar o currículo de medicina. Informe Institucional. Rev. Saúde Pública. 2002; 36(3):373-8.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 2.102, de 03 de novembro de 2005. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. Diário Oficial da União. 4 Nov 2005.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 3.019, de 27 de novembro de 2007. Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – para os cursos de graduação da área da saúde. Diário Oficial da União. 28 Nov 2007.

22. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007.
23. Haddad AE, Brenelli S, Cury GC, et al. Pró-Saúde e PET-Saúde: a construção da política brasileira de reorientação da formação profissional em Saúde. *Rev Bras Educ Med.* 2012; 36(supl 1):3-4.
24. Batista SHSS, Jansen B, Assis EQ, et al. Formação em Saúde: reflexões a partir dos Programas Pró-Saúde e PET-Saúde. *Interface* [internet]. 2015 [acesso em 2018 jun 2]; 19(supl1):743-52. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0996>.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta nº 3, de 3 de março de 2010. Institui no âmbito do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde), o PET Saúde/Vigilância em Saúde. *Diário Oficial da União.* 5 Mar 2010.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta nº 6, de 17 de setembro de 2010. Institui no âmbito do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), o PET-Saúde/Saúde Mental. *Diário Oficial da União.* 18 Set 2010.
27. Xavier NF, Monteiro JCMS, Caldas CA, et al. PET-Saúde: O Impacto do Programa na Formação do Profissional Médico. *Rev. Bras. Ciênc. Saúde.* [internet]. 2018 [acesso em 2018 jul 1]; 22(1):37-44. Disponível em: <https://doi.org/10.22478/ufpb.2317-6032.2018v22n1.26911>.
28. Farias-Santos BCS, Noro LRA. PET-Saúde como indutor da formação profissional para o Sistema Único de Saúde. *Ciênc Saúde Colet.* [internet]. 2017 [acesso em 2018 jul 1]; 22(3):997-1004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017223.15822016>.
29. Moraes RRF, Jales LMG, Silva CJM, et al. A importância do PET-Saúde para a formação acadêmica do enfermeiro. *Trab. Educ. Saúde.* 2012 nov; 10(3):541-51.
30. Santos KT, Ferreira L, Batista RJ, et al. Percepção discente sobre a influência de estágio extramuro na formação acadêmica odontológica. *Rev. Odontol UNESP* [internet]. 2013 [acesso em 2018 jul 1]; 42(6):420-5. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1807-25772013000600005>.
31. Mira QLM, Barreto RMA, Vasconcelos MIO. Impacto do pet-saúde na formação profissional: uma revisão integrativa. *Rev. Baiana Saúde Pública* [internet]. 2016 [acesso em 2018 jul 1]; 40(2):514-31. Disponível em: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2016.v40.n2.a1682>.
32. Souza LP, Pereira SC, Nogueira SLM, et al. Projetos PET-Saúde e educando para a saúde: construindo saberes e práticas. *Rev. Bras. Educ. Med.* [internet]. 2012 [acesso em 2018 jul 1]; 36(supl 1):172-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000200024>.
33. Freitas HP, Colomé SJ, Dornelles CA, et al. Repercussões do PET-Saúde na formação de estudantes da área da saúde. *Esc. Anna Nery.* 2013;17(3):496-504.
34. Albuquerque GSC, Torres AAR, Nascimento B, et al. Educação pelo trabalho para a formação do médico. *Trab. Educ. Saúde.* 2013; 11(2):411-30.
35. Oliveira Sobrinho TA, Medeiros CPP, Maia MR, et al. Integração Acadêmica e Multiprofissional no PET-Saúde: Experiências e Desafios. *Rev. ABENO* [internet]. 2011 [acesso em 2018 jul 2]; 11(1):39-42. Disponível em: <https://doi.org/10.30979/rev.abeno.v11i1.37>.
36. Lima PAB, Rozendo CA. Desafios e possibilidades no exercício da preceptorial do Pró-PET-Saúde. *Interface* [internet]. 2015 [acesso em 2018 jul 2]; 19(supl. 1):779-91. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0542>.
37. Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 23 Out 2013.

38. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União. 23 Jun 2014. Seção I. p. 8-11.
39. Brasil. Portaria Interministerial nº 1.127, de 04 de agosto de 2015. Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). ago 2015.
40. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 569, de 8 de dezembro de 2017. Diário Oficial da União, 26 fev. 2018.
41. Silva RHA. Educação interprofissional na graduação em saúde: aspectos avaliativos da implantação na Faculdade de Medicina de Marília (Famema). Educ. rev. [Internet]. 2011 [acesso em 2018 jun 15];(39):159-75. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-40602011000100011>.
42. Brasil. Ministério da Saúde. Gestão da Educação em Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009.
43. Berbel NAN. As metodologias ativas e a promoção da autonomia dos estudantes. Semina, Ciênc. Soc. Hum. [internet]. 2011 [acesso em 2018 jun 15]; 32(1):25-40. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5433/1679-0383.2011v32n1p25>.
44. Magnago C, Pierantoni CR, Carvalho CL, et al. Nurse training in health in different regions in Brazil. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [internet]. 2017 [acesso em 2018 jun 18]; 17(Supl 1):219-28. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9304201700s100010>.
45. Centre for the Advancement of Interprofessional Education – CAIPE. Interprofessional Education Guidelines 2017. United Kingdom: CAIPE; 2017.
46. Hermes V. Relato de experiências: As práticas acadêmicas e interprofissionais impulsionadas pelo PET-Saúde/GraduaSUS. Comunidade de Práticas [Internet]. jun 2018 [acesso em 2018 jul 2]. Relato 14398. Disponível em: <https://novo.atencaobasica.org.br/relato/14398>.
47. Araujo GKN. Experiência interprofissional no PET-Saúde/GraduaSUS no município de Moreno - PE: Equipe da Enfermagem. Comunidade de Práticas. [internet]. jul 2018 [acesso em 2018 jul 2]. Relato 14051. Disponível em: <https://novo.atencaobasica.org.br/relato/14051>.
48. Pierantoni R, Magnago C. Tendências das graduações em Saúde no Brasil: análise da oferta no contexto do Mercosul. Divulg. Saúde Debate 2017; (57):30-43.
49. Pierantoni CR, Magnago C, Girardi SN, et al. Formação médica em nível de graduação: análise do período 2000-2013. Novos Caminhos [internet]. 2015 [acesso em 2017 jun 18]; (4). Disponível: <http://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2015/06/NovosCaminhos4v2.pdf>.

Recebido em 11/06/ 2018

Aprovado em 10/07/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Promoção da saúde na agenda governamental do estado da Bahia: política ou retórica?

Health promotion in the governmental agenda of the state of Bahia: politics or rhetoric?

Ana Carla Freitas Fonseca¹, Maria Guadalupe Medina²

DOI: 10.1590/0103-110420185221

RESUMO Este estudo teve como objetivo analisar os fatores condicionantes e determinantes na incorporação das proposições de promoção da saúde na agenda governamental do setor saúde do estado da Bahia, no período de 2007 a 2014, reconhecendo a incipiência de estudos que analisam o processo de constituição das agendas governamentais de promoção da saúde. A pesquisa foi teoricamente ancorada no modelo de Fluxos Múltiplos, proposto por Kingdon, que destaca a influência dos participantes ativos e dos fluxos de problemas, de alternativas e político na construção da agenda governamental. Além disso, apoiou-se na teoria de Mário Testa para reconhecer os recursos de poder dos participantes. Foi realizado um estudo de caso único, com investigação em fontes secundárias e realização de entrevistas com informantes-chave. Conclui-se que a constituição da agenda de promoção da saúde do estado da Bahia apoiou-se mais em uma representação simbólica que em uma política a ser perseguida. Reconhece-se que os caminhos que levam às escolhas das alternativas de promoção da saúde não apresentam correspondência com problemas concretos, pautando-se essencialmente no fluxo político que envolvia a situação.

PALAVRAS-CHAVE Promoção da saúde. Política pública. Agenda de prioridades em saúde.

ABSTRACT *This study is aimed at analyzing the conditioning and determining factors in the incorporation of health promotion proposals into the governmental agenda of the healthcare industry of the state of Bahia, in the period from 2007 to 2014, recognizing the inception of studies that analyze the constitution process of government agendas for health promotion. The research was theoretically anchored to the Multiple Flow model, proposed by Kingdon, which highlights the influence of the active participants and problem flow, as well as of alternatives and political streams in establishing government agenda. In addition, we were supported by Mario Testa's theory to recognize the resources of the power of the participants. A single case study was conducted, with research on secondary sources and interviews with key informants. In conclusion, the constitution of the health promotion agenda of the state of Bahia was based more on a symbolic representation than on a policy to be pursued. We recognize that the paths that lead to the choices of health promotion alternatives do not correspond to concrete problems, and it is essentially based on the political flow in which the situation was involved.*

KEYWORDS *Health promotion. Public policy. Health priority agenda.*

¹Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0337-7658> anacfonseca2@gmail.com

²Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7283-2947> medina@ufba.br



Introdução

A incorporação do tema promoção da saúde na agenda de governos nacionais foi pautada, mais fortemente, a partir da década de 1980, quando o ideário da promoção da saúde assumiu posição de destaque no debate internacional, diante da insuficiência das propostas de enfrentamento dos problemas de saúde a partir do modelo de atenção à saúde hospitalocêntrico^{1,2}.

Diferentes concepções de promoção da saúde têm sido apresentadas com importantes divergências a respeito de sua natureza. Por um lado, destaca-se a perspectiva de mudança dos hábitos de vida dos indivíduos, com ênfase em riscos comportamentais; por outro, tem-se a melhoria da qualidade de vida e a redução das iniquidades sociais com ênfase em ações intersectoriais^{1,3}.

A literatura tem demonstrado dificuldades na constituição de políticas de promoção da saúde^{1,4,5}. Mesmo na experiência canadense, um dos berços das ações desta natureza, evidencia-se que a integração dessas ações nos sistemas de saúde ocorreu de forma pouco expressiva, demonstrando que a promoção da saúde não consegue influenciar, de modo significativo, a reorganização do setor saúde¹.

Em âmbito internacional, quanto à constituição da agenda governamental de promoção da saúde, um estudo⁵ evidenciou que os atores percebiam os problemas diferentemente, dependendo de sua agenda específica e interesse, e que os políticos e especialistas apresentaram uma grande força na construção da agenda e na formulação da política, estando em acordo quanto aos objetivos políticos. Entretanto, o limitado envolvimento do alto escalão foi reconhecido como ponto de dificuldade para implantar a política, assim como a dificuldade em envolver atores de outros setores políticos, além da saúde.

No Brasil, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) formalizada em 2006, apesar de expressar como objetivo a valorização de macropolíticas com intervenções

sobre os determinantes sociais, priorizou ações direcionadas à mudança dos hábitos de vida⁶. O tema foi pautado na agenda do estado da Bahia em dois períodos de governo consecutivos, 2008-2011 e 2012-2015. Entretanto, observou-se um distanciamento entre a agenda e a execução das proposições, considerando a apreciação de documentos oficiais, que demonstram uma baixa execução das metas físicas e orçamentárias das ações.

Em revisão da literatura nacional, no período de 2007 a 2017, sobre políticas de promoção da saúde, não se identificou a análise do processo de constituição de agendas governamentais. Alguns estudos incidem sobre o processo de formulação da política, a exemplo do estudo que analisa o processo de construção da Política do Estado de Minas Gerais, destacando os valores e princípios, os fundamentos, as estratégias operacionais para tanto⁷. Além disso, identifica-se a apreciação do processo de construção da PNPS, caracterizando contextos, discursos e tensões na trajetória da política⁸, assim como atores e processos organizacionais e relacionais⁹.

Para além do objeto da promoção da saúde, alguns estudos buscam entender a conformação da agenda política e o papel do Estado e da sociedade nesse processo¹⁰⁻¹³. Estes estudos partem do pressuposto que discutir como os problemas são conceituados no processo de formação da agenda de um governo e a maneira pela qual as alternativas são apresentadas e selecionadas são questões fundamentais para a compreensão da dinâmica da ação estatal.

Diante da importância de analisar o processo de constituição da agenda governamental, de forma a identificar elementos que possam favorecer a concretização das políticas, especialmente no que se refere a um objeto de ação com a complexidade da promoção da saúde, justifica-se este estudo, cujo objetivo foi analisar a incorporação dessas proposições na agenda governamental do setor saúde no estado da Bahia no período

de 2007 a 2014.

Material e métodos

Foi realizado um estudo de caso sobre o processo de inclusão de proposições de promoção da saúde na agenda governamental do âmbito estadual. A unidade de análise foi a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab); e o período selecionado justifica-se pela inclusão de ações de promoção da saúde nos planos estaduais de saúde em um cenário de continuidade administrativa (2008-2011 e 2012-2015).

Foram utilizados os elementos teóricos do ciclo das políticas públicas, especificamente o modelo analítico proposto por Kingdon¹⁴, para o processo de construção da agenda pública que tem como base a caracterização dos participantes que influenciaram o processo de definição da agenda, dos fluxos dos problemas e das alternativas e do fluxo político que sustentou o processo, conforme matriz de análise (*quadro 1*). O Plano

Estadual de Saúde (PES) foi o documento reconhecido neste estudo como agenda governamental do setor saúde.

A agenda governamental (ou de decisão) corresponde à lista de assuntos ou problemas que os agentes governamentais e não governamentais focalizam em um dado tempo e é alvo de ação do governo¹⁴.

Visto que Kingdon¹⁴, ao analisar a capacidade de intervenção dos participantes, não explora a possibilidade de o ator transitar em diferentes espaços, desenvolvendo relações de poder que vão além da sua posição no processo de constituição da agenda, utilizou-se a análise da tipologia do poder¹⁵ proposta por Testa, de forma a reconhecer os diversos recursos manejados pelos atores que participam do processo, devido à posição que ocupam e à sua trajetória. Foram utilizadas três categorias para a análise do poder: técnico, administrativo e político, partindo da apreciação da trajetória dos entrevistados, conforme critérios e classificação caracterizados no *quadro 2*.

Quadro 1. Matriz de análise do estudo

Dimensões de análise	Categorias analíticas	Definição
Fluxo dos problemas	Tipos de problemas	Classificação dos eventos levantados pelos atores sociais como problemas relacionados com o espaço da promoção da saúde, de acordo com a sua abrangência (estado de saúde, organização dos serviços de saúde e socioambientais) ou quanto ao direcionamento da necessidade apresentada (valor social, político ou econômico)
	Fatores definidores	Variedade de informações que deram base para o reconhecimento e valorização dos: indicadores sistêmicos, eventos mobilizadores – crises, <i>feedback</i> das ações governamentais, acúmulo de conhecimento entre os especialistas, valores dos atores, comparações
Fluxo das alternativas	Tipos de alternativas	Classificação das propostas levantadas pelos atores sociais como alternativas para tratar o objeto (prevenção de agravos, intervenções individuais ou coletivas direcionadas a mudança de hábitos ou intervenções socioambientais, intervenções diretas ou indiretas/de suporte a organização municipal, intervenções formativas etc.)
	Fatores definidores	Aspectos envolvidos na proposição e escolha das alternativas (sustentação técnica, valores políticos, apoio dos atores, representação social, coerência com os problemas apresentados, estratégias de difusão das propostas nas comunidades especializadas e com o público).

Quadro 1. (cont.)

Fluxo político	Contexto nacional	Eventos da política nacional que podem ter influência favorável ou desfavorável na construção da agenda
	Contexto estadual	Eventos da política estadual que podem ter influência favorável ou desfavorável na construção da agenda

A coleta de dados envolveu a análise documental e a realização de 12 entrevistas. Foram analisados documentos oficiais de gestão e documentos resultantes de ações de mobilização sociopolítica desenvolvidas pela Sesab e por outras instâncias afins que apresentaram ideias que sustentaram ou contestaram a agenda de promoção da saúde. Foram entrevistados todos os envolvidos no processo de construção da agenda, utilizando-se a técnica Snow Ball¹⁶, quais sejam: o secretário de saúde, os

superintendentes, os diretores e os técnicos da Sesab, além dos representantes do Conselho Estadual Saúde (CES), tendo em vista sua importância na formulação da Política de Saúde. Foram utilizados roteiros semiestruturados, sendo que os extratos das fontes de coleta foram classificados com o auxílio do *software* QSR Nvivo. Os dados foram cotejados segundo as categorias analíticas de investigação, procedendo-se a triangulação entre as fontes de evidência.

Quadro 2. Critérios para apreciação dos recursos de poder dos atores envolvidos na constituição da agenda de promoção da saúde na Secretaria Estadual de Saúde (SES)

Tipos de poder	Critérios para apreciação dos recursos de poder	Classificação dos critérios			
		Muito Alto (+++)	Alto (++)	Médio (+)	Baixo ou nulo (-)
Técnico	Formação em saúde coletiva	Doutorado em Saúde Coletiva ou afins	Mestrado ou Residência em Saúde Coletiva ou afins	Especialização em Saúde Coletiva ou afins	Sem titulação específica
	Expertise no eixo temático	Formação específica (curso de longa duração) no eixo temático ou experiência em pesquisa ou projetos de extensão por mais de 2 anos	Apresenta curso de formação de curta duração no eixo temático ou experiência em pesquisa ou projetos de extensão por menos de 2 anos	Participou de eventos científicos e de formação técnica com foco no eixo temático	Sem formação específica
	Tempo e tipo de experiência em cargos de gestão	Cargo de 1º e 2º escalão por 4 anos ou mais (secretário, subsecretário, superintendente)	Cargo de 1º e 2º escalão por menos de 4 anos, cargo de 3º escalão por 4 anos ou mais (diretor ou assessoria ao secretário)	Cargo de coordenação ou técnico na área de planejamento ou cargo de 3º escalão por menos de 4 anos.	Outros cargos técnicos ou sem experiência anterior na gestão
	Experiência em ensino superior em saúde coletiva (tempo ou titulação)	Professor titular em universidade pública	Professor assistente ou auxiliar por mais de 5 anos	Professor universitário há menos de 5 anos	Sem atuação em área acadêmica
Administrativo	Cargo desempenhado durante o período de estudo	Cargo de 1º escalão na SES ou outros órgãos de governo (secretário ou subsecretário)	Cargo de 2º escalão na SES ou outros órgãos de governo (superintendente ou assessor do secretário)	Cargo de 3º e 4º escalão na SES ou outros órgãos de governo (diretores)	Cargo técnico, consultoria ou assessoria de instâncias de 2º ou 3º escalão. Profissionais de instâncias não governamentais.

Quadro 2. (cont.)

Adminis- trativo	Tempo de experiência na SES em cargos de gestão no período estudado	4 anos ou mais em cargo de 1º escalão	< de 4 no 1º escalão ou 4 anos ou mais em cargos de 2º ou 3º escalão ou assessoria do secretário	< de 4 em cargos de 2º ou 3º escalão	Outras situações
Político	Participação político-partidária	Dirigente de partido político da situação	Filiado ao partido político da situação	Filiado a outros partidos políticos	Sem filiação partidária
	Participação em movimentos sociais	Dirigente de grupos de representação social com atuação no espaço da saúde	Membro de grupos de representação social com atuação no espaço da saúde	Membro de grupos de representação social com atuação em outros espaços para além da saúde	Não participante.
	Trânsito interno	Secretário ou interlocução direta e frequente com o secretário	Interlocução direta com superintendentes	Interlocução direta com diretores para além do espaço onde atua	Relação indireta ou pontual com diretores
	Trânsito em outros setores do governo	Relação direta com a casa civil ou gestores de 1º e 2º escalão de outros setores	Relação direta com gestores de 1º e 2º escalão de outros setores	Relação direta com gestores de 3º escalão de outros setores	Não tem relação com outros setores

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA), sob o parecer 34772314.7.0000.5030.

Resultados e discussão

Fluxo dos problemas e alternativas

O tema promoção da saúde foi apresentado de forma explícita como prioridade desde o Programa de Governo, apresentado durante a eleição estadual de 2007, indicando elementos que expressam uma concepção ampliada, valorizando a articulação intersetorial para a melhoria das condições de saúde com foco nos determinantes socioambientais, assim como incidindo sobre os eixos prioritários da PNPS. A construção do Programa teve a participação do secretário de saúde e do assessor de planejamento.

O processo de definição das prioridades da Sesab para o PES 2008-2011 partiu de um

conjunto de problemas e demandas levantados pela própria organização, mediante o levantamento de informações epidemiológicas, a realização de oficinas regionais de identificação e priorização de problemas de saúde, com a participação de representantes da sociedade civil e da gestão estadual e municipal e a realização da VII Conferência Estadual de Saúde, conforme expressado no próprio documento e corroborado pelas entrevistas. O PES também incluiu demandas sociais levantadas nas diversas regiões do estado, consolidadas no Plano Plurianual de Governo denominado de PPA participativo.

O PES 2008-2011¹⁷ explicitou o consolidado de problemas de saúde, sendo que alguns remetiam, implicitamente, à necessidade de intervenções de promoção da saúde, a saber: 'elevada prevalência de doenças crônicas degenerativas e cardiovasculares', 'elevado índice de causas externas', 'baixa efetividade do controle social' e 'baixa cobertura e resolutividade da atenção básica'. Não foram identificados problemas de natureza socioambiental, o que pode estar relacionado com a ausência de discussão

sobre determinantes sociais da saúde.

Quanto às intervenções propostas, o PES 2008-2011 foi estruturado segundo linhas de ação com objetivos, ações estratégicas, responsáveis e metas correspondentes. Uma das linhas de ação era 'Promoção da Saúde, Intersetorialidade e Proteção da Sociedade', e desdobrava-se em dois objetivos: promover ações intersetoriais para a consolidação de políticas públicas saudáveis com vistas à promoção da saúde e promover ações intersetoriais para consolidar as políticas públicas de promoção de hábitos de vida saudáveis, segurança alimentar e proteção da sociedade¹⁷. Apesar da limitação no reconhecimento de problemas sociais e ambientais, as proposições priorizavam políticas públicas saudáveis em atenção a alguns determinantes sociais da saúde.

A Superintendência de Vigilância à Saúde (Suvisa) foi designada como responsável, sem a identificação dos órgãos de sua estrutura responsáveis pelas ações de promoção. A Superintendência de Atenção Integral à Saúde (Sais) foi responsabilizada, particularmente quanto ao segundo objetivo, tendo a Diretoria de Atenção Básica (DAB) e a Diretoria de Gestão do Cuidado (DGC) como responsáveis. Em todas as ações, as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) foram corresponsabilizadas, apesar das instâncias de representação não serem evidenciadas como participantes ativas na definição da agenda.

Outra linha de ação que incorporou proposições de promoção da saúde foi a 'Gestão Democrática, Solidária e Efetiva do SUS', cujo objetivo era fortalecer a participação e o controle social no SUS-BA, englobando duas ações estratégicas sob a responsabilidade da Diretoria de Gestão da Educação do Trabalho em Saúde (DGETS): uma que previa a efetivação do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da reestruturação do CES e outra denominada como Projeto Mobiliza SUS. Este projeto apresentava duas estratégias principais de implantação: desenvolvimento de

seminários regionais, com a participação de representantes de movimentos sociais, professores e estudantes, para sensibilizá-los e instrumentalizá-los para o exercício da participação social nos territórios e formação de uma rede de articuladores e facilitadores de educação permanente para o controle social no SUS, por intermédio da qualificação de representantes das regionais de saúde e educação, Ministério Público, Conselheiros Municipais de Saúde e movimentos sociais¹⁷.

No processo de construção do PES 2012-2015, não foram realizadas as oficinas regionais de levantamento e priorização de problemas. O próprio documento revela que a consulta à sociedade quanto aos problemas priorizados ocorreu por meio do PPA participativo e da VIII Conferência Estadual de Saúde (2011), que trouxe contribuições para a agenda ao apresentar como um dos eixos de trabalho o tema: acesso e acolhimento no SUS – desafios na construção de uma política saudável e sustentável. A este eixo, foram vinculadas várias propostas aprovadas em plenária que incorporavam o tema da promoção da saúde, considerando a articulação intersetorial. A escolha do temário dessa conferência foi induzida pela gestão estadual, com o apoio do espaço acadêmico, em uma perspectiva de legitimar o tema da promoção da saúde nas instâncias de participação da sociedade civil, conforme evidenciado nas entrevistas.

Outro importante movimento em prol da mobilização dos sujeitos internos para o tema foi a realização de uma oficina de trabalho em 2010, coordenada pela Suvisa e conduzida por uma equipe de cooperação técnica UFBA. A oficina, denominada Bahia Saudável, contou com a participação de técnicos e gestores da Sesab, de representantes da Secretaria de Educação, das SMS da região metropolitana, professores e estudantes de pós-graduação em Saúde Coletiva. O produto dessa oficina foi um documento técnico com proposições operativas para a estruturação da Política Estadual

de Promoção da Saúde (Peps). Este projeto também foi identificado como um espaço de sensibilização dos sujeitos para entendimento e valorização da promoção da saúde¹⁸.

A adoção do termo Bahia Saudável surgiu durante a construção do documento Agenda 2023. Este processo, conduzido pela Casa Civil do Governador em 2010, objetivava a elaboração de uma agenda estratégica para direcionar as prioridades dos próximos 13 anos de governo, em que a promoção da saúde foi um projeto defendido pelos representantes do setor saúde.

Os problemas identificados no PES 2012-2015 deram indicativos mais claros da necessidade de ações de promoção da saúde, ao explicitar problemas relacionados com a organização governamental, incluindo a ausência de políticas públicas efetivamente transversais, necessárias à promoção da saúde, bem-estar e proteção da sociedade.

O PES 2012-2015 esteve em correspondência com o PPA do período, que identificava o programa setorial da saúde como Bahia Saudável e designava a promoção da saúde como um dos seus três eixos estruturantes. Esse PES utilizava o termo compromisso para identificar seus objetivos, em um total de 13, sendo que 4 apresentavam ações direcionadas à promoção da saúde.

O primeiro compromisso recomendava ampliar as ações de promoção e proteção da saúde e de prevenção de doenças e agravos no âmbito do SUS, sob responsabilidade da Suvisa, com apenas uma iniciativa operacional relativa à promoção da saúde – a elaboração do marco normativo da política estadual de promoção da saúde¹⁹. O segundo propunha fortalecer a atenção básica, efetivando a mudança do Modelo de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, sob responsabilidade da DAB/Sais, com três iniciativas quanto à promoção da saúde: Academias da Saúde, Política Estadual de Promoção da Saúde implantada e Política Estadual de Atenção Básica com ênfase na promoção da saúde e integração das práticas de vigilância em

saúde implantada no território. O terceiro compromisso, vinculado à DGC e à Diretoria de Gestão da Rede Própria (DGRP), recomendava ampliar as ações de cuidado integral ao ser humano no SUS, com vistas a promover o envelhecimento ativo e saudável. Para tanto, identificava iniciativas relacionadas com a promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças e agravos não transmissíveis. Entretanto, as metas se relacionam apenas à redução no número de internações. O quarto compromisso seguia o PES anterior, propondo fortalecer o controle social em saúde, com gestão democrática e participativa, e ampliação dos canais de diálogo com a sociedade para a consolidação do SUS-BA.

As ações expostas no PES 2012-2015 eram mais restritas em comparação ao PES anterior, uma vez que a maioria delas apresentava caráter organizacional. Alguns entrevistados atribuíram tal mudança às dificuldades associadas à implantação das ações propostas no PES anterior, argumentando que o projeto político concebido nesse plano falhou em não apresentar uma análise de viabilidade da capacidade técnico-administrativa e de viabilidade política externa para legitimar as ações que exigiam articulação intersetorial. No PES 2012-2015, os atores adotaram uma postura pragmática, definindo ações cuja execução apresentava governabilidade ao interior da Sesab. Entretanto, observou-se a fragmentação das responsabilidades, a exemplo da elaboração do marco normativo da política, como responsabilidade da Suvisa, enquanto a implantação era responsabilidade da DAB.

Alguns entrevistados, contrariamente, apontaram que o tema no segundo Plano foi valorizado de forma mais integrada entre os grupos da Sesab e apresentou maior articulação externa. Supõe-se que esta percepção estava associada ao movimento da Assessoria de Planejamento (Asplan) com o apoio da Suvisa, durante o processo de elaboração do PPA 2012-2015, no sentido de mobilizar outras secretarias do governo para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde.

Entretanto, conforme exposto anteriormente, esse não foi um movimento ordenado de forma satisfatória. A mobilização externa foi tímida e desestruturada, caracterizando-se como um movimento de sensibilização.

A importância da promoção da saúde é reconhecida na retórica do conjunto dos atores governamentais, todavia foram evidenciadas oposições quanto à incorporação de proposições na prática, associadas às disputas financeiras e às limitações de articulação interna e externa. A oposição mais evidente se revelou na definição do financiamento das ações. Ao considerar o nível de atenção básica como ordenador do sistema de saúde e buscar favorecer os investimentos para ampliação do acesso a este nível de atenção, tornava-se necessário realocar os recursos que antes eram prioritariamente centrados na rede especializada e hospitalar. Os entrevistados apontam divergências nesse processo, com disputa de poder entre os espaços da Sesab.

Assim, o fluxo dos problemas foi pouco valorizado na constituição da agenda, especialmente no primeiro PES. No segundo período, buscou-se o respaldo institucional com a indução da discussão do tema pela equipe gestora da SES. Apesar disso, a defesa da promoção da saúde enquanto objeto de ação não apresentou respaldo suficiente, nem dos grupos sociais, nem do conjunto da equipe da SES, tampouco de atores externos. Definir o problema é uma estratégia central ao processo de construção da agenda, porque opera a transformação de determinadas interpretações da realidade em percepções compartilhadas, aspecto essencial para a defesa de um propósito²⁰.

Quanto ao fluxo das alternativas, no primeiro PES, as alternativas postas foram fruto da idealização política de alguns atores do alto escalão da Sesab advindos do espaço acadêmico que, imbuídos por valores ideológicos, buscavam a expressão de um projeto político inovador, que valorizasse uma concepção ampliada de saúde, sendo a promoção da saúde a imagem de frente desse

projeto. Entretanto, esse processo de definição das alternativas não foi negociado com o conjunto de sujeitos que seriam necessários para fazer avançar as propostas. Cabe ressaltar que não ocorreram objeções ou disputas, nem quanto à constituição do projeto, nem quanto às alternativas adotadas.

No segundo período de governo, evidenciaram-se divergências quanto ao locus organizativo do projeto na SES. A Suvisa que, no PES 2008-2011, foi identificada como responsável por grande parte das ações, retroagiu, visto que não mais se dispunha a responsabilizar-se por ações sob as quais não possuía governabilidade. Dessa forma, tem-se como resultado uma agenda com responsabilidades fragmentadas. Como exceção, identificam-se ações direcionadas ao incentivo da participação social, que apareceu de forma mais orgânica, conduzida por uma diretoria específica, com objetivos e metas claras e articulações externas bem direcionadas.

Conclui-se que o tema da promoção se elevou à condição de agenda, sendo fruto do interesse apenas do grupo formulador da agenda, ou seja, não foi uma demanda construída historicamente nem condicionada socialmente, elementos necessários para o sucesso do projeto²¹. Tal qual evidencia o estudo de Pinto¹¹, as preferências não foram definidas com clareza pelos atores, tampouco os objetivos a serem perseguidos.

Fluxo político

No contexto nacional, há que se destacar a formalização da PNPS em 2006 e sua incorporação nos Planos Nacionais de Saúde (PNS) subsequentes. A revisão da PNPS, publicada em 2014, não teve influência sobre a agenda estadual analisada visto que a publicação ocorreu ao final da gestão governamental do Estado.

No PNS 2008-2011, foi criada uma linha de programação orçamentária específica de promoção da saúde^{22,23}. Entre 2008-2011, a

PNPS foi incluída na agenda interfederativa, por meio do Pacto pela Vida, com a definição de indicadores de monitoramento, com foco na redução da prevalência de sedentarismo e tabagismo nas capitais, e na implantação dos núcleos de prevenção de violências e promoção da saúde²³. No PNS 2012-2015, a promoção da saúde apareceu associada às ações de vigilância em saúde sob a diretriz que propunha a redução dos riscos e agravos à saúde da população²⁴, cujas ações remetiam basicamente aos eixos prioritários da PNPS.

Entre 2008 e 2015, o governo federal expandiu iniciativas preexistentes e implantou programas relativos à PNPS. Pode-se destacar o lançamento do programa Academia da Saúde (2011), com a implantação de polos para a orientação de práticas corporais, atividade física e de lazer²⁵. O Programa representou o início de uma linha de projetos com financiamento proveniente do Piso Variável em Vigilância e Promoção da Saúde e do Piso da Atenção Básica Variável, em substituição ao financiamento de projetos individuais condicionados à aprovação federal, buscando-se assim a sustentabilidade dos projetos^{23,26}. Até maio de 2015, havia um total de 2.849 municípios contemplados com o Programa no País, com um total de 4.240 polos, sendo que destes, 1.165 se encontravam com obras finalizadas²⁶. Um estudo realizado por Sá et al.²⁶ revela que, de 2.481 municípios analisados, apenas 856 polos estavam em funcionamento, demonstrando dificuldades na implementação do Programa.

Foram produzidas legislações específicas, com vistas à restrição do consumo de bebidas alcoólicas no trânsito, intensificação da exigência do uso de capacete e outras ferramentas de segurança para motoqueiros, assim como a obrigatoriedade do uso de cadeiras para crianças em veículos²³. Em 2010, foi criado o Projeto Vida no Trânsito (PVT), para prevenção de acidentes e mortes no trânsito, por meio da definição dos planos intersetoriais locais²³. Em 2012, o PVT abrangia todas as capitais, o Distrito Federal e os municípios

com mais de um milhão de habitantes.

Outra iniciativa com importante expansão nesse período foi o Programa Saúde na Escola (PSE), criado em 2007 com o objetivo de articular ações entre os setores da saúde e educação, de forma a contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica, por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde²³. O PSE não estava previsto na PNPS, entretanto, a partir de 2008, passou a incorporar ações que valorizavam diretrizes prioritárias da política.

Para Rocha et al.²⁷, na trajetória desde a publicação da PNPS em 2006, foi possível identificar controvérsias e reorientações, sobretudo no que se refere ao montante de recursos previstos e efetivamente alocados para o desenvolvimento das ações prioritárias.

Cabe destacar os limites das iniciativas de avaliação das ações prioritárias da PNPS, em grande parte descritivas e exploratórias, realizadas pelos próprios agentes do processo, com limitada discussão dos fatores determinantes desse processo. Segundo Magalhães²⁸, a avaliação da implementação das estratégias propostas na PNPS é limitada e dá pouca relevância à teoria dos programas e ao contexto sociopolítico de sua inserção.

Quanto ao contexto estadual, o período analisado caracterizou-se por uma mudança de governo, no qual o Partido dos Trabalhadores (PT) permaneceu no cargo nos dois mandatos e mantinha metade dos dez maiores colégios eleitorais nos municípios do estado da Bahia²⁹. O PT também estava à frente do governo federal nesse período.

O projeto de mudança governamental trazia como ponto prioritário a participação ampla da sociedade na definição das prioridades de ação. A partir de 2007, a Sesab desenvolveu um planejamento próprio, com indícios de maior participação da sociedade civil e do nível técnico operacional da Sesab no levantamento e priorização das demandas que deram base à elaboração do PES 2008-2011. A valorização da participação social por meio do fortalecimento do CES foi

destacada, mediante processo de reestruturação do Conselho no primeiro período de gestão, processo legitimado pelo gestor da saúde.

A agenda de promoção da saúde do PES 2008-2011 não teve o respaldo dos problemas e demandas da sociedade civil, nem oposição tampouco. O projeto era bem-visto no meio acadêmico e foi aceito pelo CES, mas a sua efetivação dependia do respaldo do governo estadual no que se refere à capilaridade nos diversos setores de governo e ao financiamento das ações. A diversidade de interesses partidários nesses setores foi um aspecto sugestivo de dificuldade na articulação entre eles.

O fluxo político constituiu-se como uma *policy window*, ou seja, uma ‘oportunidade de mudança’ para colocação do tema como prioridade na agenda de decisão, uma vez que foi instituída a PNPS e que o plano de governo estadual buscava uma imagem política de oposição ao governo anterior em um contexto de mudança de gestão, que, conforme aponta Kingdon¹⁴, constitui um dos momentos mais propícios para novas questões emergirem na agenda.

No segundo período de gestão, mesmo diante de um contexto estadual desfavorável, que priorizava políticas de crescimento econômico, a agenda da promoção da saúde foi mantida. Nesse caso, a sustentação da agenda ocorreu em função de um contexto federal favorável, de incentivo financeiro a alguns programas específicos, assim como foi apoiada por um fluxo de problemas induzido pela participação ativa de alguns poucos atores internos à Sesab. A equipe de planejamento da Secretaria induziu a colocação do tema como prioridade de discussão em um importante fórum de debate de diversos segmentos da sociedade em prol da saúde, buscando obter o respaldo social para a colocação do tema na agenda de decisão do setor no PES 2012-2015. A Suvisa buscou favorecer a discussão do tema com

os demais gestores da Sesab, no sentido de mobilizar novos grupos a se comprometerem com o projeto. Esse movimento, juntamente com o contexto federal de incentivo financeiro a alguns programas específicos de promoção da saúde, representou uma *policy window* para manutenção do tema na agenda de decisão no segundo período de governo.

Em síntese, o fluxo político aponta a confluência entre a mudança de governo e a valorização de novas concepções e métodos de planejamento, com aparente mobilização pela participação social na nova gestão, coerente com os princípios defendidos pelo partido político do governo em exercício.

Mannheimer et al.⁵, ao analisar as janelas de oportunidade para a constituição e implementação de uma política intersetorial de promoção da saúde, reconhecem que o envolvimento do alto escalão do governo é essencial, assim como a mobilização no sentido de favorecer pequenas janelas de oportunidade ao longo do processo, uma vez que corresponde a uma política de longo prazo. Os autores salientam como essencial o envolvimento de atores de outros setores, com a negociação das responsabilidades desses em relação à nova ação política.

Os atores do processo

Entre os entrevistados, dez eram atores governamentais; e dois, não governamentais, sendo que dez eram favoráveis à expressão do tema na agenda, e dois tinham posição neutra. Quanto aos recursos de poder, identificou-se a predominância de poder técnico, em detrimento dos recursos de poder administrativo e político, conforme exposto no *quadro 3* e detalhado a seguir.

Os participantes mais ativos do processo foram atores governamentais do alto escalão da Sesab, com participação direta do secretário, do chefe da Asplan e da superintendente da Suvisa, atores com alto recurso de poder técnico, administrativo e político. Gestores

de outras superintendências não participaram ativamente nesse processo.

A amplitude de recursos de poder do secretário de saúde remete ao reconhecimento de uma posição de liderança do gestor, caracterizada por diversos entrevistados. Além disso, o perfil do gestor na condução política foi evidenciado como flexível, sendo que, para além do colegiado de gestão, o acesso a ele e aos seus assessores foi identificado como 'horizontalizado' e 'direto'.

Diversos entrevistados identificaram a superintendente da Suvisa, que atuou no primeiro período de 2007-2010, como uma das principais responsáveis pela mobilização do tema. Destaca-se a participação de gestores e técnicos dessa Superintendência em fóruns nacionais sobre o tema, o que pode ter influenciado o posicionamento desse grupo no sentido de priorizá-lo.

A maioria (6) dos atores governamentais possuía poder técnico alto ou muito alto (*quadro 3*). Supõe-se que esse aspecto justifica a capacidade de persuasão desse grupo sobre a equipe técnica da SES e sobre os grupos sociais que se mobilizavam em torno do setor, considerando o respaldo técnico associado à ampla formação acadêmica. Todavia, poucos atores apresentavam expertise relacionada com a promoção da saúde.

No que se refere ao terceiro escalão da SES (diretores), evidencia-se a participação dos gestores da DAB, DGC e DGETS apenas nas proposições das alternativas. Não foi identificada a participação direta de diretores da Suvisa no processo de constituição da agenda. Nessa superintendência, apenas a equipe de assessoria atuou.

Quanto aos atores não governamentais, o CES acompanhou a elaboração do PES 2008-2011 por meio da atuação da Comissão de Planejamento, Orçamento e Finanças, que agregava representantes de todos os seguimentos do CES (usuários, trabalhadores

e gestão). Apesar disso, reconhece-se uma posição de neutralidade do CES na constituição da agenda de promoção da saúde.

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

A maioria dos atores não apresentava poder administrativo significativo, sendo que oito entrevistados foram classificados como baixo ou médio (*quadro 3*), o que em muito se relacionava com a falta de experiência anterior em cargos de gestão.

A maioria dos atores não apresentava poder político expressivo, sendo que apenas quatro entrevistados foram classificados com poder alto/muito alto (*quadro 3*). Verificou-se que menos da metade dos entrevistados (cinco) possuía vínculo político partidário, sendo que apenas um apresentava posição de destaque na hierarquia do partido.

Ao analisar a rede de relações dos entrevistados, verificou-se que metade (6) apresentava trânsito interno na SES satisfatório, ou seja, participavam do colegiado gestor da instituição ou apresentavam interlocução direta com o secretário de saúde e com superintendentes. A interlocução com gestores do alto escalão de outros setores era limitada, ocorrendo de forma mais regular, apenas por intermédio do secretário de saúde.

Evidenciou-se que a acumulação de recursos de poder técnico pelo conjunto de entrevistados, considerando a *expertise* no campo da saúde coletiva e a articulação com o espaço acadêmico, favoreceu, em tese, uma maior aceitação das proposições de promoção da saúde pelo conjunto de atores

Quadro 3. Classificação dos entrevistados segundo o âmbito de atuação, recursos de poder e posição de interferência na agenda de promoção da saúde

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

Classificação: * Governamental (G) e não governamental (NG). ** Baixo ou nulo (-), médio (+), alto (++) e Muito Alto (+++). *** Favorável (F), neutro (N).

responsáveis pela constituição da agenda da Sesab. Entretanto, a *expertise* limitada na temática da promoção da saúde pode ter influenciado na pouca objetividade das propostas apresentadas e na limitada coerência entre estas e as metas adotadas. Além disso, a falta de objetividade das proposições também pode ter dificultado a *advocacy* do projeto ante os potenciais parceiros para sua implantação.

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

Conclui-se que os participantes ativos desse processo foram poucos. Apesar de apresentarem importante capacidade técnica e força política interna ao setor, apresentaram limitações de mobilização no

âmbito externo, de forma que conseguiram expressar o compromisso, mas não conseguiram o respaldo político e administrativo para integrá-lo na agenda externa, conforme exige o tema. Esses atores, tal qual evidencia Kingdon¹⁴, podem ser caracterizados como *policy entrepreneurs*, pessoas empreendedoras que atuam no sentido de interferir nos fluxos. Eles são hábeis negociadores, são persistentes na defesa das suas ideias, levando suas concepções de problemas e alternativas a diferentes fóruns.

Considerações finais

Os resultados deste estudo evidenciam que a constituição da agenda de promoção da saúde do estado da Bahia apoiou-se mais em uma representação simbólica que em uma política a ser perseguida. Os caminhos que levaram às escolhas políticas das alternativas pautaram-se essencialmente no fluxo político e na atuação de *policy entrepreneurs*.

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

Apesar da mudança dos propósitos de governo, a promoção da saúde permaneceu na agenda no segundo período, traduzida em estratégias com caráter organizativo, limitadas à ação de poucos atores, centrada na própria SES.

Esta pesquisa corrobora o modelo de fluxos múltiplos proposto por Kindon¹⁴. A abertura das 'janelas de oportunidade' tem caráter transitório, ou seja, a oportunidade de mudança cessa quando um dos fluxos se desarticula em relação aos demais¹⁴.

Para além dos limites no processo de construção da agenda, o objeto da promoção da saúde é, por si só, complexo e fluido, diante da diversidade de estratégias pertinentes,

envolvida por diferentes percepções. Torna-se, portanto, ainda mais premente uma base de sustentação da agenda amparada por uma problematização ampla e intersectorial que envolva o maior número de atores governamentais e não governamentais, com uma coordenação de consistência política e administrativa, de forma a galgar melhores condições para a sua execução.

Por fim, considera-se que as conclusões deste estudo contribuem para a análise das políticas de promoção da saúde, uma vez que se debruça sobre um momento ainda pouco explorado – a agenda –, no qual são postos os interesses sociais e políticos, bases de sustentação dos projetos governamentais. Assim, acrescentam-se fundamentos que podem ser considerados em outros estudos sobre a constituição de políticas de promoção da saúde, apoiando a identificação de dificuldades que precisam ser transpostas por atores interessados em projetos desta natureza.

Colaboradores

Medina MG e Fonseca ACF contribuíram para a elaboração do artigo com as atividades: desenho e elaboração do artigo, análise e interpretação dos dados, assim como redação do manuscrito. ■

Referências

- Carvalho SR. Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: sujeito e mudança. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
- Pellegrini Filho A, Buss PM, Esperidião MA. Promoção da Saúde e seus fundamentos: determinantes sociais da saúde, ação intersetorial e políticas saudáveis. In: Paim JS, Almeida Filho N, organizadores. Saúde coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p. 305-326.
- Heidmann ITS, Buss AMCP, Boehs AE, et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto Contexto Enferm*. 2006 jun; 15(2):352-358.
- Kickbusch I. The contribution of the World Health Organization to a new public health and health promotion. *American J Public Health*. 2003; 93:383-388.
- Mannheimer LN, Lehto J, Östlin P. Window of opportunity for intersectoral health policy in Sweden – open, half-open or half-shut? *Health Promot Int*. 2007 [acesso em 2015 jul 15]; 22(4):307-315. Disponível em: <http://heapro.oxfordjournals.org/>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, DF: MS; 2006.
- Campos DSL, Turci MA, Melo EM, et al. Construção participativa da Política Estadual de Promoção de Saúde: caso de Minas Gerais, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017 dez; 22 (12): 3955-3964.
- Malta DC, Moraes Neto OL, Silva MMA, et al. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. *Ciênc Saúde Colet*. 2016 jun; 21(6):1683-1694.
- Sá RMPF, Rezende R, Akerman M, et al. Autores-atores e processos organizacionais e relacionais na revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2016 jun; 21(6):1707-1716.
- Capella ACN. O processo da agenda-setting na reforma da administração pública (1995-2002) [tese]. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos, Centro de Educação e Ciências Humanas; 2004. 245 p.
- Pinto ICM. Ascensão e Queda de uma Questão na Agenda Governamental: o caso das Organizações Sociais da Saúde na Bahia [tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Núcleo de Pós-Graduação em Administração; 2004. 239 p.
- Caldas EL. Formação de agendas governamentais locais: o caso dos consórcios intermunicipais [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas; 2008. 227 p.
- Gomide AA. Agenda Governamental e Formulação de Políticas Públicas: o projeto de lei de diretrizes da política nacional de mobilidade urbana. Brasília, DF: Ipea; 2008 [acesso em 2014 jan 20]. Disponível em: www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/tds/td_1334.pdf.
- Kingdon JW. *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. New York: HarperCollins; 2003.
- Testa M. *Estrategia, coherencia y poder en las propuestas de salud: Cuadernos Médico Sociales*. Rosario: Centro de Estudios Sanitarios y Sociales; 1986.
- Patton M. *Qualitative evaluation and research methods*. Beverly Hills, CA: Sage; 1990.
- Salvador. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Plano Estadual de Saúde (Gestão 2007-2011). *Rev Baiana Saúde Pública*. 2009; 33(supl.1).
- Salvador. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Promoção da saúde no estado da Bahia: Oficina de trabalho para a formulação da Política Estadual de Promoção da Saúde. Salvador: SESAB; 2011.
- Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Plano Estadual de Saúde (Gestão 2012-2015). *Rev Baiana Saúde Pública*. 2012; 36(supl.1):1-86.
- Capella ACN. Formação da Agenda Governamen-

- tal: perspectivas teóricas. In: XXIX Encontro Anual da Anpocs; 2005 ago. São Paulo: Unesp; 2005. [aceso em 2018 out 11]. Disponível em: <https://www.anpocs.com/index.php/papers-29-encontro/gt-25/gt19-21/3789-acapella-formacao/file>.
21. Testa M. Pensamento Estratégico e Lógica de Programação (O caso da saúde). São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1995.
 22. Cruz DKA. Da promoção à prevenção: o processo de formulação da Política Nacional de Promoção da Saúde no período de 2003 a 2006 [dissertação]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães; 2010. 116 p.
 23. Malta DC, Silva MMA, Albuquerque GM, et al. A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. *Ciênc Saúde Colet*. 2014 nov; 19(11):4301-4312.
 24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015. Brasília, DF: MS; 2011.
 25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 719, de 07 de abril de 2011. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*. 7 Abr 2011.
 26. Sá GBAR, Dornelles GC, Cruz KG, et al. O Programa Academia da Saúde como estratégia de promoção da saúde e modos de vida saudáveis: cenário nacional de implementação. *Ciênc Saúde Colet*. 2016 jun; 21(6):1849-1860.
 27. Rocha DG, Alexandre VP, Marcelo VC, et al. Processo de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde: múltiplos movimentos. *Ciênc Saúde Colet*. 2014; 19(11):4313-4322.
 28. Magalhães R. Avaliação da Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectivas e desafios. *Ciênc Saúde Colet*. 2016; 21(6):1767-1776.
 29. Dantas Neto PF. Mudança política na Bahia: circulação, competição ou pluralismo de elites. Fundação Joaquim Nabuco [internet]. Recife: Fundaj; 2008 [acesso em 2014 out 30]. Disponível em: http://www.fundaj.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2160%3Amudanca-politica-na-bahia-circulacao-competicao-ou-pluralismo-de-elites-&catid=58&Itemid=414.

Recebido em 15/07/2018
Aprovado em 18/09/2018
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Trabalho e poder na Secretaria Municipal de Saúde: implantação da Política de Saúde Bucal em um município – 2007/2008

Work and power in the Municipal Health Department: implementation of the Oral Health Policy in the municipality – 2007/2008

Catharina Leite Matos Soares¹, Mayara Santana de Freitas²

DOI: 10.1590/0103-11042018S222

RESUMO O artigo analisa a organização do trabalho em uma Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e a distribuição do poder setorial, com suas implicações para a implantação da Política de Saúde Bucal, utilizando, para tanto, a tipologia do poder setorial proposta por Mario Testa (1992). Os dados foram coletados por meio de entrevistas e observações realizadas nos momentos de avaliação da implantação do Plano Municipal de Saúde. Os resultados do estudo evidenciaram que a organização do trabalho na SMS favoreceu a concentração de poder técnico e administrativo na Coordenação de Saúde Bucal, constituindo-se empecilho para a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal no município de Salvador.

PALAVRAS-CHAVE Saúde Bucal. Política de saúde. Poder.

ABSTRACT *The article examines the organization of work in a Municipal Health Department (SMS) and the distribution of sectorial power, observing its implications for the Oral Health Policy' implementation. As for that purpose, the typology of sectorial power proposed by Mario Testa (1992) was applied. Data were collected by means of interviews and observations conducted through the assessment instances on the Municipal Health Plan' implementation. The results of the study showed that the organization of work in SMS favored the concentration of technical and administrative power in the Oral Health Coordination, hindering the implementation of the National Oral Health Policy in the municipality of Salvador.*

KEYWORDS *Oral Health. Health policy. Power.*

¹Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8131-4831>
catharinamatos@gmail.com

²Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9183-4876>
mayysfreitas@gmail.com



Introdução

A análise de políticas públicas no âmbito acadêmico é relativamente recente, remontando aos anos 1950, nos Estados Unidos. Na sua generalidade, diz respeito às ações estatais em resposta aos problemas e necessidades de uma dada população¹.

Na língua inglesa, existem distintas terminologias relacionadas à análise de políticas públicas que, por sua vez, apresentam diferentes perspectivas analíticas. Assim, pode-se encontrar o termo *polity*, referindo-se à organização político-jurídica de determinado território; o termo *policy*, relacionando-se aos planos e ações relacionados a determinada política pública, e, ainda, o termo *politics*, referindo-se à distribuição do poder entre distintos atores envolvidos no processo de formulação ou implantação de dada política pública. Em português, há um único termo que representa as três perspectivas analíticas apresentadas, que é política, sendo que no âmbito da saúde predominam estudos de *policy*²⁻⁴.

As políticas de Saúde Bucal (SB), quando analisadas como um recorte das políticas públicas de saúde, apresentam uma produção científica crescente e na mesma tendência da produção científica da saúde em geral⁵⁻⁸, alterando, entretanto, o foco dos referidos estudos e abordando a implantação de programas e ações governamentais relacionadas à SB em governos distintos.

Há trabalhos que abordam a inserção da SB na Estratégia Saúde da Família (ESF), tratando da implantação da política de atenção básica⁹⁻¹⁶, e há outros relacionados especificamente à emergência da Política de Saúde Bucal^{8,17-19}. Esses trabalhos concentram-se na avaliação das ações implantadas e atividades realizadas, na cobertura e utilização dos serviços odontológicos ou na oferta das ações implantadas^{5,8,20,21}.

Poucos estudos se debruçam sobre a análise da distribuição de poder entre os atores envolvidos na implantação da política

no nível local, identificando suas implicações para os avanços ou seus constrangimentos²².

Assim, este trabalho examinou as formas concretas de organização do trabalho na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Salvador, bem como a distribuição do poder setorial e suas implicações para a implantação da PNSB no município de Salvador, partindo do pressuposto que

a análise da implementação de políticas de saúde depende não apenas da correlação de forças políticas que dirigem ou pressionam o Estado e seus aparelhos, mas também da distribuição do poder no interior do aparato estatal e das formas concretas da organização do trabalho nas instituições²³⁽¹⁵⁰⁾.

Material e métodos

Os problemas de saúde são socialmente determinados; sendo assim, abrem espaço para observar o comportamento dos atores sociais, enfatizando as relações de poder^{24,25}. Nessa perspectiva, identificaram-se os sujeitos implicados na implantação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) do município de Salvador, resultando na seleção de dez entrevistados, dirigentes do nível central e distrital da SMS de Salvador, posteriormente submetidos a entrevistas semiestruturadas. Entrevistaram-se, portanto, o secretário de saúde do município; o coordenador da atenção e promoção da saúde; o coordenador de recursos humanos; o coordenador de SB; o representante da assessoria técnica de planejamento e gestão; o coordenador do Distrito Sanitário (DS) estudado; gerentes de Unidade Básica de Saúde (UBS) tradicional, de Unidade de Saúde da Família (USF) (Programa Saúde da Família – PSF) e do Centro de Especialidade Odontológica (CEO). Vale ressaltar que o DS escolhido para a pesquisa foi o subúrbio ferroviário, por se tratar daquele, à época, como maior

cobertura de ESF e de SB, com potencial de maior implantação da PNSB, segundo as ações propostas.

As entrevistas foram gravadas e transcritas para posterior análise. De modo complementar, realizou-se a observação direta de reuniões colegiadas no nível central da secretaria nos momentos de análise da implantação do Plano Municipal de Saúde (PMS).

Trata-se de estudo de caso²⁶ exploratório, tendo sua análise contemplado a tipologia de poder no setor saúde proposta por Mario Testa²⁴. Para o autor, a análise da estrutura de poder no setor saúde permite elucidar o comportamento dos grupos sociais no que diz respeito ao processo de tomada de decisão. Considerou-se o poder (i) técnico, que consiste na capacidade de o sujeito, dirigente ou técnico gerar, aceder, lidar com a informação de características distintas; o (ii) administrativo, que representa a capacidade de o sujeito se apropriar e distribuir recursos, como o financiamento, por exemplo; e o (iii) político, que significa a capacidade de mobilizar grupos sociais em demandas ou reclamação conforme suas necessidades e interesses.

Essas características expressam a capacidade de manipular recursos, informações e interesses que acumulam determinadas pessoas, grupos sociais ou instituições com o propósito de acumular poder. O poder político surge como expressão da ideologia nos eixos do saber e da prática. Na dinâmica de poder, os poderes técnico e administrativo se subordinam ao poder político em algum momento²⁴.

Analisaram-se também as formas concretas de organização do trabalho na SMS, haja vista que a divisão do trabalho reproduz as relações políticas e ideológicas referentes às desiguais inserções dos sujeitos no mundo do trabalho²⁷. Tais sujeitos se apresentam como atores sociais, com capacidade de acumular forças, desenvolver interesses e necessidades e atuar produzindo fatos na situação²⁸. Cabe destacar que o trabalho em saúde é uma ação intencional humana realizada sobre um objeto por meio do uso dos

meios de trabalho que são os instrumentos do trabalho, objetivando à satisfação da necessidade social da saúde. O objeto de trabalho é sempre delimitado por um olhar que o antevê e o define em um projeto visando à transformação em produto. Como ação intencional, o produto é projetado, antevisto ou pré-concebido no imaginário do trabalhador da saúde que executa uma ação²⁹. No processo de trabalho em saúde, os instrumentos de trabalho são tecnologias, termo amplamente compreendido como os instrumentos de natureza material e como os saberes que organizam as práticas dos profissionais de saúde de diferentes formas²⁹.

O material empírico foi analisado por meio de análise temática de conteúdo³⁰, visando a identificar os aspectos relacionados à organização do trabalho ou à distribuição do poder ao interior da SMS que se constituíram em ‘nós críticos’ para a implantação da PNSB no município estudado.

A investigação foi autorizada pelo Comitê de Ética em pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, onde obteve aprovação para sua execução sob o nº 0836.0.000.069-07.

Resultados

Organização do trabalho na SMS de Salvador

As implantações das ações de SB no município de Salvador eram de responsabilidade da Coordenadoria de Atenção e Promoção da Saúde (Coaps), onde se situava a área técnica de SB. Essa coordenação fazia a interlocução do Secretário de Saúde com as demais coordenadorias da SMS e também com os DS.

A Área Técnica de Saúde Bucal foi contratada, à época, para a implantação da atenção especializada em SB e, paulatinamente, absorveu todos os níveis de atenção à SB, assumindo o controle das ações da

PNSB, inclusive aquelas relacionadas à atenção básica. Apresentava uma equipe restrita no nível central, sendo referida pelos entrevistados sobre a necessidade de incorporação de um profissional formado em epidemiologia para melhor organizar as ações de SB. Essa equipe se responsabilizava por verificar as condições locais para implantação dos serviços de SB no município, assim como seu acompanhamento e avaliação.

Relacionavam-se com os DS por meio dos Dentistas Distritais (DD), que tinham como atividade garantir o funcionamento das ações de SB no DS, ou seja, sua função administrativa. Os DD levavam o suprimento necessário para o funcionamento da unidade; identificavam os insumos que se encontravam em *deficit*; regularizavam o suprimento necessário e realizavam visitas às unidades, permitindo o bom funcionamento da rotina de trabalho no nível local. Destaca-se que alguns DS não possuíam esse profissional, comprometendo o processo de trabalho estabelecido pela Área Técnica de Saúde Bucal, dada a implantação da PNSB no município.

O Secretário de Saúde mantinha agenda de despacho individual com as coordenadorias da SMS, agregava técnicos estratégicos quando necessário e, informalmente, conversava com responsáveis de área quando uma demanda se apresentava, inclusive com visitas às unidades de serviços de saúde e escuta da comunidade assistida. No caso da SB, tais reuniões eram realizadas com a coordenação da Coaps e, em certas situações, a coordenação da área técnica de SB era agregada.

Reuniões colegiadas quinzenais eram realizadas entre o setor de planejamento, monitoramento e avaliação e as coordenadorias da SMS, desdobrando-se suas pautas em áreas técnicas e chegando a fazer esse trabalho em nível distrital. As discussões deveriam ser desdobradas no interior das coordenações, embora houvesse desconhecimento pelos atores desse setor acerca da construção da PNSB no município.

Então a Política Nacional de Saúde Bucal, por exemplo, já foi pautada nessas reuniões de colegiado com apresentação de quais eram as diretrizes, qual era a ideia, mas o nível de discussão ficou muito, como posso dizer, ficou muito superficial, não pensa o planejamento dessa política no município. [...] foi apresentada a política; agora, para o restante do acompanhamento mesmo, a gente não teve pernas, porque aí ia requerer que a gente estivesse mais dentro dessa coordenação para ver como é que está construindo. (Entrevistado 8).

Quanto à área odontológica específica, os problemas, quer sejam da atenção ou dos serviços de SB ofertados, eram tratados pela própria coordenação de SB e pelos respectivos DD, sem o envolvimento de outras coordenações da SMS e sem a coordenação do DS. Considerando que o dentista distrital fazia parte da equipe do distrito, isso não seria tão problemático se todos os distritos possuísem DD, o que não era o caso. Nos distritos em que não havia DD, estes eram substituídos por profissionais dentistas do nível assistencial ou mesmo pelo gestor das unidades, profissionais sem capacidade de capilarizar as informações dentro do DS.

Foi mencionado que havia ainda a manutenção de comunicação informal entre a coordenação de SB e o dentista distrital, que se estabelecia sempre que uma necessidade se apresentava, sem o envolvimento da coordenação do DS. “[...] a reunião específica de odontologia, quem faz é a coordenação de Saúde Bucal [...] é ela quem centraliza essas reuniões” (Entrevistado 6).

Identificou-se também a falta de diálogo entre as coordenações do nível central e entre estas e o DS, ainda que a gestão do secretário, à época, tenha feito um esforço para implantar uma gestão colegiada. No que concerne ao diálogo, entre as coordenações de nível central e distrital, os atores afirmaram que a coordenação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs/PSF) e a coordenação de SB trabalhavam de

forma independente, como se o dentista da ESF não fosse parte da equipe.

É como se fosse a caixinha do PSF. Essa caixinha do PSF, as áreas técnicas que estão envolvidas na atenção básica, é como se não estivessem. É como se fosse assim, Saúde Bucal é para o posto tradicional, é para o CEO. (Entrevistado 9).

Por outro lado, houve referência que a coordenação de SB desenvolveu estratégias para romper com esse hiato estabelecido nas coordenações de nível central, procurando maior integração entre as áreas estratégicas. Nesse sentido, articulou para implantar a campanha do idoso, elaborou o manual de SB na ESF no esforço de demonstrar o papel da ESB na ESF, com a finalidade de promover maior integração entre as áreas.

Na própria Coaps, as áreas técnicas não conversavam no sentido de aperfeiçoar as ações da coordenação, não se restringindo tal processo à coordenação do Pacs/PSF e à coordenação de SB. Assim, cada um planejava suas ações sem o conhecimento do outro e também sem analisar a situação de saúde da população, trazendo prejuízos para a política do município, inclusive para a PNSB.

[...] o problema é o processo de trabalho, em minha opinião, da própria secretaria e das coordenações. Você pode pautar, definir até como slogan da Secretaria Municipal de Saúde; agora, se isso efetivamente é concretizado no planejamento das coordenações [...] agora, para você priorizar, você tem que ter critérios, e eu acredito que os critérios surgem a partir da análise da situação de saúde [...] no entanto, na Coaps, na hora que se senta lá para organizar, você tem vários programinhas, e vários programinhas que são tratados com o mesmo peso; então eu já acho um equívoco essa lógica desses programas verticais, quero dar uma lógica concreta, e, ainda por cima, em vez de somar esforços, você divide esforços, porque você não faz uma supervisão única, coordenada; cada um vai ver seu pedaço, e aí nesse cada um ver seu pedaço, cada um fica brigando pelo recurso que tem. (Entrevistado 8).

Os entrevistados mencionaram dificuldades por parte da coordenação de recursos humanos de identificar onde os profissionais de SB estavam lotados, pois, muitas vezes, não eram informados pela coordenação de SB. Dessa forma, a desarticulação entre as coordenações de nível central não se limitava à coordenação de SB e à coordenação do Pacs/PSF. A coordenação de SB reproduzia, na prática, a mesma forma de organizar o trabalho para fins da implantação da PNSB. Assim, observou-se pouco conhecimento do nível central acerca da realidade do DS, não existindo agenda permanente de conversa entre a coordenação de SB, a coordenação do distrito e as gerências das unidades, demonstrando a pouca integração entre os dois níveis.

[...] assim, se não fosse trágico seria cômico: a gente fazendo uma pesquisa, a dentista na minha sala; 'vamos ver aqui como está Beira Mangue', a parte mais atualizada da Secretaria Municipal de Saúde. 'Lá tem três Equipes de Saúde Bucal'. Aí eu perguntei: 'três'? [...]. Ou seja, é o mesmo profissional. [...] E aí a gente ficou brincando, mas, assim, a gente vê que a secretaria não tem uma noção real da nossa realidade. Entendeu? [...]. Abra o site e veja que tem três equipes aqui. (Entrevistado 4).

Quanto à organização dos serviços de SB nos distritos, identificou-se que a coordenação do DS não tinha governabilidade sobre os CEOs, cujas ações eram acompanhadas diretamente pela coordenação de SB, ainda que o CEO estivesse localizado no interior do DS. Tal fato demonstrou a fragmentação, inclusive, das formas de pensar o cuidado em SB. Assim, a coordenação do DS tomava conhecimento do universo de ações dos serviços de SB no que tange à rede básica, ficando o CEO exclusivamente com a gestão da coordenação de SB, sem nenhuma articulação com o distrito, apesar de a coordenação do DS ser a responsável pela socialização das informações nas unidades de saúde que estavam sob a sua responsabilidade. “O distrito não tem

nada a ver com o CEO. O CEO é a coordenação de Saúde Bucal” (Entrevistado 6).

No nível distrital, algumas unidades de saúde apresentavam uma gestão colegiada, conduzida por uma Comissão Gerencial, com representação de profissionais de nível superior e médio. Apesar de a proposta ser inovadora no âmbito da gestão, os atores apresentam visões múltiplas acerca dessa questão. De um lado se colocavam aqueles que pensavam que, nesse modelo, é difícil a implicação dos profissionais nos processos devido à pouca integração das equipes e pouco comprometimento individual deles. De outro lado, acreditava-se que o envolvimento do nível médio era fundamental para a fluência dos processos no interior da unidade de saúde e maior aproximação com os usuários.

Com relação ao fluxo de informações na SMS, observou-se a falta de entendimento dos profissionais acerca da importância dos registros nos instrumentos formais, o que dificultava o planejamento e a avaliação da implantação da PNSB no município.

No período estudado, houve esforço na implantação de práticas estruturadas de planejamento e avaliação, considerando a elaboração do PMS e também seu acompanhamento. Embora tenha havido iniciativas de implantação de colegiados de gestão e práticas de planejamento, monitoramento e avaliação, elas foram insuficientes para minimizar a fragmentação dos processos de trabalho da SMS, acarretando prejuízos para a implantação das políticas de saúde como um todo, incluindo a de SB.

[...] está tendo um processo de acompanhamento do Plano Municipal de Saúde como nunca existiu, porque a experiência prática que a gente tem é assim: tem que fazer o plano, vamos fazer o plano; fazemos programação anual todo ano, mas ninguém acompanha nada, e aí, do ano passado para cá, a gente tem tido esse acompanhamento que a professora do ISC está fazendo; ela projetou todo um resultado desse acompanhamento, que, para a gente, tem sido

extremamente interessante [...] Então eu acho que tem sido, do ponto de vista do planejamento, tem sido extremamente rico; eu nunca passei por uma experiência como essa; eu acho que é uma coisa inovadora mesmo, porque é difícil a gente achar isso, mas eu acho que é um ponto positivo, porque não faz parte esse nosso processo do trabalho de apagar incêndio o tempo todo, porque, na verdade, o que a gente faz aqui é apagar incêndio. Não adianta ter uma agenda, porque agenda tem que ter, e eu acho que isso força um pouco a gente a cumprir a agenda e acompanhar esse plano. Eu achei que foi uma experiência muito rica. (Entrevistado 3)

Acrescenta-se a descontinuidade administrativa, cujas mudanças na gestão da secretaria, comum à época, levaram os responsáveis pelas áreas técnicas a ‘darem fim’ a toda tecnologia produzida.

No que concerne à SB, verificou-se que a força de trabalho da rede era composta por profissionais antigos, sendo que alguns se encontravam em licença médica por tempo prolongado, inviabilizando as ações de SB. Além disso, a cobertura da SB na atenção básica obedecia à relação de uma Equipe de Saúde Bucal (ESB) para duas equipes de saúde da família, acarretando sobrecarga de trabalho. Ademais, no município estudado, não havia ESB tipo II, onde o Técnico de Saúde Bucal (TSB) poderia dar maior efetividade ao trabalho, haja vista que os problemas de SB foram relacionados em todos os DS no PMS do período.

Particularmente no DS estudado, com a implantação do CEO, houve remanejamento de profissionais que atuavam na unidade básica para este estabelecimento de saúde. Isso resultou numa redução dos ambulatórios que atendiam à demanda aberta e, como os DS não cobriam toda a população com o PSF, ocasionou redução expressiva das ações básicas de SB.

Com relação aos meios de trabalho da SMS, esse foi um ponto crítico, mencionado por quase todos os respondentes. A

odontologia exige, para que o trabalho aconteça, insumos disponíveis, equipamento em bom estado de funcionamento, infraestrutura favorável, dentre outros. Observou-se que, nas unidades básicas tradicionais, a estrutura era muito restrita, precária e insuficiente. Algumas não dispunham sequer de computador, o que dificultava o registro de procedimentos, solicitação de material, e, conseqüentemente, atrasava o abastecimento da unidade.

Além disso, algumas USF possuíam um equipamento odontológico para acolher duas ESF, inviabilizando o estabelecimento de rotina de trabalho em conformidade com a proposta apresentada pelo protocolo da ESB no PSF, que propõe uma rotina de trabalho baseada em ações clínicas ambulatoriais, atividades junto a grupos específicos, planejamento e programação local em saúde. Nas entrevistas, ficou constatada a pretensão de realocar as unidades que se encontram nessas condições, embora imóveis adequados para tal realocação ainda não haviam sido encontrados até aquele momento.

Destaca-se ainda, que a rede própria da SMS era insuficiente e herdada da rede estadual, cujas unidades se encontravam em estado crítico, necessitando de reformas para atender às portarias ministeriais, disponibilidade de tempo e recursos financeiros. Nesses casos, pensou-se, como alternativa, na utilização das unidades móveis de saúde, o que, até o momento em que as entrevistas foram realizadas, não havia sido posto em prática.

Sobre essa questão, um entrevistado relatou que a infraestrutura e a manutenção das unidades eram de responsabilidade da Coordenação Administrativa, mas que esta não trabalhava em constante diálogo com as demais coordenações. Houve referência, inclusive, que a antiga coordenação nem se envolvia nas discussões coletivas:

Um elemento que também dificulta a implantação da política é o respeito à infraestrutura e à manutenção de unidades e tal, mas que, por exemplo, a Coordenação Administrativa ficou

muito tempo distante, fazendo planejamento, executando suas ações para si mesma, sem saber que precisa discutir com a área técnica; às vezes, é perda de tempo, não sei a impressão que se tem; tanto que era uma coordenadoria-chave que não participava da discussão coletiva. (Entrevistado 8).

Quanto ao abastecimento das unidades, diversos fatores aparecem de forma transversal à questão, o que implica a falta de insumos que viabilizem o trabalho odontológico. Inicialmente, a aquisição material nas organizações públicas ocorria por meio de processo licitatório, preferencialmente por meio do pregão eletrônico, para o qual a Lei nº 8.666 estimava um período de 180 dias em média. Esse prazo, por vezes, se estendia além do atraso no pagamento da própria compra, acarretando o desabastecimento das unidades. Sobre esse ponto, ocorria ainda que a unidade solicitava o material ao distrito, que encaminhava ao almoxarifado e este informava a inexistência do material, enquanto a coordenação de SB informava que a SMS dispunha do material, gerando problemas de comunicação entre as áreas, o que acabava afetando o funcionamento da unidade.

[...] você desencadeia processos licitatórios, que é a maneira com você faz a aquisição de qualquer produto. [...] A secretaria tem diversos setores, e a licitação caminha nesses diversos setores, mas é preciso que o gerente tenha esse conhecimento, porque o gerente é que tem o conhecimento e acompanha mais de perto isso; essa licitação vai andar mais rápido, você sabe colocar o que é um projeto em atividade, aí entra a parte orçamentária, é bom que os dentistas que queiram participar de planejamento e de gestão estejam envolvidos com todas essas questões. Enfim, esse processo tem certa morosidade entre desencadear o pedido e ter esse material lá na Unidade de Saúde da Família [...] leva em torno de 180 dias [...]. De fato, esse prazo tem sido prorrogado, geralmente não se conduz nesse prazo [...]. (Entrevistado 9).

Os relatos mostram que a rede sofreu muitos problemas de suprimento no período estudado no que tange aos insumos em SB. Ocorre ainda que o Ministério da Saúde ofertava o incentivo inicial para a implantação da USF, porém o gasto com material era contrapartida da prefeitura, cuja crise financeira no período estudado foi responsabilizada pelos entrevistados como limitador do abastecimento das unidades.

Outro problema que dificultava a organização do processo de trabalho em SB era a manutenção dos equipamentos odontológicos. Nas unidades básicas tradicionais, a gerência da unidade solicitava diretamente à empresa prestadora de serviço a manutenção dos equipamentos. O técnico imediatamente executava o serviço e a unidade permanecia pouco tempo sem atendimento. Nas USFs, a gerência da unidade solicitava à Coaps, via *e-mail*, a manutenção do equipamento, e encaminhava, no final da semana, junto com os pedidos das outras unidades, para a coordenação de SB. A coordenação de SB analisava e encaminhava à empresa responsável, que solicitava três orçamentos e novamente encaminhava à Coaps para aprovação. Esse processo demandava tempo e retardava o funcionamento da unidade. Por vezes, as USFs ficavam de dois a três meses sem atendimento, comprometendo as atividades das ESB nas ESF.

Ocorre, ainda, no que tange à manutenção de equipamentos, que o número de técnicos era insuficiente para atender à rede de serviços de SB, o que inviabilizava uma manutenção preventiva que favorecesse o funcionamento permanente da rede. Já no que se refere aos CEOs, não houve referência à falta de insumos ou à manutenção de equipamentos. Nesse caso, a rede era recém-montada sem problemas de manutenção, o que permitia o bom funcionamento dos serviços especializados.

Observaram-se, também, problemas com relação ao material permanente, que era insuficiente. Relatou-se o descaso dos profissionais com sua conservação e a dificuldade

de substituição, o que reduzia ainda mais a capacidade de ofertar o serviço. A gestão da SMS mencionou que a última compra de material permanente havia sido feita em 2001 e que boa parte não possuía mais condições de uso. Nesse particular, a gestão investiu na compra de instrumental, resolvendo parcialmente o problema.

No nível local, o planejamento e a avaliação foram comprometidos fundamentalmente pelos problemas de manutenção e abastecimento das unidades de saúde, sobretudo nas USF. Nesse particular, apesar de existir rotina sugerida nos documentos formais para orientar o trabalho nas unidades, foi inviabilizada pela situação mencionada. Assim, se observava que as ações clínico-assistenciais só eram reproduzidas quando os equipamentos odontológicos estavam em pleno funcionamento; do contrário, os profissionais investiam nas ações preventivas e de promoção da saúde, inviabilizando processo mais efetivo de planejamento e avaliação.

Assim, em que pese o esforço da SMS em elaborar um protocolo que orientasse as ações da ESB no PSF, elas eram fortemente comprometidas pelos problemas encontrados na rede para organizar o trabalho das equipes de saúde, comprometendo, inclusive, a vigilância da saúde, modelo sugerido no PMS, pressuposto orientador dos modelos de atenção à SB no município.

Distribuição do poder na SMS

As áreas técnicas que compõem a Coaps, segundo entrevistados, não mantinham uma conversa permanente para articular as ações da Coordenação. Cada qual encaminhava as ações da sua área específica. Nesse sentido, ficou evidente nos discursos dos entrevistados a falta de diálogo entre as áreas técnicas da Coaps, considerando a função precípua de atenção à saúde dessa

Coordenação. Destacam-se, nesse âmbito, as coordenações de SB e de atenção básica, que não dialogavam para a implantação de ações conjuntas. Essas coordenações das respectivas áreas técnicas concentravam as informações acerca das ações sobre sua responsabilidade sem compartilhamento entre elas, concentrando poder técnico em sujeitos individuais durante o período de observação direta.

[...] para você ter um exemplo, é classificador que é do PSF, é o computador que é do PSF, eu mesma até com intromissão dizia. Veja bem, é o computador da SMS, questões bobas, mas que refletem a realidade [...]. Eu acho que ainda continua um pouco 'caixinha'. (Entrevistado 9).

A assessoria técnica, responsável pelo planejamento, acompanhamento e avaliação das ações da SMS, por sua função, deveria acompanhar as ações de toda SMS. Segundo os entrevistados, essa assessoria não possuía conhecimento de como a Coaps e, particularmente, sua coordenação de SB, estava implantando a PNSB, visto que não havia socialização de informações nem mesmo no âmbito central. Ficou evidenciado, também, que as informações acerca da localização dos profissionais na rede nem sempre eram compartilhadas com a Coordenação de Recursos Humanos, que frequentemente questionava sua lotação.

No que tange ao DS, este não possuía nenhuma informação referente ao funcionamento dos CEOs, apesar de se localizarem no DS, ficando as informações acerca desse nível de atenção sob a responsabilidade da coordenação de SB. Ocorria, ainda, que as reuniões mensais realizadas pela coordenação de SB com o nível distrital aconteciam sem a participação do coordenador do distrito, excluindo-o na gestão das ações de SB no nível distrital, cuja responsabilidade é do coordenador do DS. Foi referido, ademais, que a coordenação de SB remanejou profissionais de UBS para o CEO sem planejar a ação com o DS e com a coordenadoria de recursos humanos do município.

Outro agravante está em que a coordenação de SB organizava as ações de prevenção nas escolas municipais e com unidades móveis nos bairros onde não havia ESF – as semanas de saúde – sem conhecimento e diálogo com as coordenações distritais, evidenciando pouca articulação da coordenação com os coordenadores de distrito.

Ou seja, as evidências produzidas revelam que a coordenação de SB não fornecia informações a outros coordenadores implicados nas ações de SB como expressão da política municipal de SB nem em relação ao manejo dos recursos humanos nem em relação às ações de promoção da saúde e prevenção de agravos ou da atenção. Pode-se afirmar, assim, que a concentração de informação nessa Coordenação favoreceu o acúmulo de seu poder técnico e, por sua vez, dificultou a implantação da PNSB no município.

No que tange ao poder administrativo, a coordenação de SB apropriou-se do processo licitatório, passou a manejar os recursos destinados à compra de insumos e materiais, incluindo as especificações acerca dos processos que, comumente, eram viabilizados por setor específico na SMS. Com a implantação das ações de SB, nenhuma compra era realizada sem o 'aval' da coordenação de SB. Vale destacar que, aos poucos, a coordenação de SB passou a controlar os recursos financeiros, mostrando domínio acerca das formas de financiamento da PNSB no município.

O que a coordenação de SB tem como ponto positivo é que ela é uma das poucas áreas técnicas lá da secretaria que sabem exatamente onde está o dinheiro, ela tem o domínio; claro, ela vai aprendendo, ela tem muita coisa para aprender, é complicada essa parte financeira, [...] então ela sabe quanto tem, para o que tem, no que pode ser gasto. (Entrevistado 8).

Pode-se afirmar que o uso das informações acerca da PNSB e dos recursos financeiros e humanos destinados a ela foi, no período, mantido sob a guarda da coordenação de SB,

concentrando poder técnico e administrativo nessa coordenação, constituindo-se em nós críticos para a implantação da PSB no município estudado. A exclusão de coordenações, como a da Atenção Básica no DS e de Recursos Humanos, do processo decisório das ações de SB em conjunto com a coordenação de SB foi um empecilho para a PNSB. Ou seja, a organização do trabalho em caixinhas e áreas técnicas foram acumuladores de poder técnico em cada coordenação.

Discussão

As evidências produzidas por este trabalho revelaram que, na SMS de Salvador, houve elementos tanto da organização do trabalho como da distribuição do poder no setor saúde que se constituíram em constrangimentos para a implantação da PNSB. No plano interno, o ponto mais crítico diz respeito à organização do trabalho na SMS de Salvador, particularmente no que se refere ao papel da Coaps e da coordenação de SB.

O estudo revelou que havia várias áreas técnicas na Coaps que não conversavam entre si. Desse modo, a falta de diálogo entre elas, abrigadas na própria Coaps, não favorecia nem a racionalização dos recursos nem a melhor organização das ações, uma vez que o estudo detectou problemas financeiros enfrentados pela Prefeitura de Salvador no período estudado. Nesse sentido, há que se pensar se não seria mais prudente uma coordenação de atenção integral à saúde, já que, dentre outros desafios, o SUS se depara atualmente com a necessidade da implantação de modelos de atenção que deem conta da integralidade.

Estudos realizados em municípios cujas experiências são consideradas referências nacionais mostraram que a implantação de políticas de SB necessitou de integração das áreas programáticas da SMS para obtenção de resultados positivos³¹⁻³⁴.

Cabe recuperar o pressuposto que orienta este estudo de que “a implementação de

políticas depende da distribuição do poder no interior do setor e das formas concretas da organização do trabalho nas instituições”²³⁽¹⁵⁰⁾ para entender as relações apresentadas na Coaps da SMS de Salvador.

No que tange a essa assertiva, cumpre-nos destacar que subcoordenações da Coaps, à medida que resguardavam seu processo de trabalho, asseguravam que as informações referentes a ele não seriam socializadas com outros, mantendo as informações sob seu domínio e acumulando poder técnico, o qual consiste na capacidade de gerar e lidar com informações distintas²⁴.

A acumulação e desacumulação de poder que a apropriação dos recursos financeiros e o deslocamento dos recursos humanos por parte da coordenação de SB, referida por atores institucionais até como ponto positivo no sentido de manter o serviço funcionando em momentos de crise, favoreceu o acúmulo de poder administrativo, já que tal modalidade de poder se refere à mobilização de recursos, sua orientação e à forma com que ele se desloca na organização²⁴. Portanto, essa forma de conceber o poder técnico é utilizada como modo de acumular poder administrativo, objeto de disputa entre as subcoordenações da Coaps.

Com relação a essa questão, o estudo retrata que a organização do trabalho na SMS pelo principal ator da PNSB demonstrava maior utilização da racionalidade política, expressando movimentos de acumulação e desacumulação de poder em detrimento das racionalidades econômica, técnico-sanitária e administrativa³⁵. Nesse caso, os elementos aqui apresentados se configuraram importantes limites para a implantação da PNSB no município de Salvador.

No que tange à coordenação de SB, a situação apresentada na Coaps se reproduzia na sua relação com o DS. Ao realizar reuniões da área de SB sem a presença da coordenação do distrito, ocorria dificuldade de interlocução, até porque, no DS estudado, não havia DD. Ademais, foi mencionado que, na

ausência de dentista distrital, quem participava da reunião era um dentista de unidade, que possuía menor ou nenhuma capacidade de capilarizar as informações no DS.

Ademais, as formas de organização do trabalho na SMS para o funcionamento das ações de SB apresentaram como limites principais a infraestrutura e a integração entre os níveis de atenção na rede de atenção em SB no município estudado. No estudo de Contarato³⁴, a expansão da infraestrutura da rede de serviços de saúde e a integração entre os níveis de atenção foram fundamentais para a PNSB em Vitória (ES). Outro trabalho corrobora essa questão considerando a falta de recursos materiais em quantidade e qualidade e a restrição de espaço físico e de equipamentos se constituíram em empecilhos à PNSB em uma região da grande Florianópolis (SC)³⁶.

Portanto, o que se observou na SMS de Salvador é que a dificuldade de interlocução entre o nível central e o DS se configurou em obstáculo para a implantação da PNSB, comprometendo também o modelo de atenção proposto pelo PMS. Com relação a essa questão, vale destacar que o plano propunha, como diretrizes, o fortalecimento dos DS e do seu papel no atendimento de áreas de sua abrangência; e a autonomia dos DS para o pleno exercício de suas funções e a responsabilidade dos DS pelas ações prioritárias de Saúde, incidindo sobre causas e danos, além da vigilância em saúde e o PSF como eixos estruturantes. Portanto, nota-se que a concentração das ações no nível central é contraditória em relação às diretrizes do plano e ao modelo de atenção proposto.

No mais, tanto a PNSB como o PMS propõem a vigilância da saúde como modelo orientador da organização das práticas das ESB. No entanto, os problemas advindos dos meios de trabalho, particularmente a manutenção dos equipamentos odontológicos, foram identificados como principal limitação na organização do processo de trabalho no âmbito local. Nesse particular, observa-se

que os profissionais da ESB da ESF limitavam-se ao uso de tecnologias materiais, ignorando o potencial das tecnologias não materiais para organizar os serviços de saúde.

Em resumo, a Coaps constitui-se em arena de disputa, abarcando interesses conflitantes no espaço social em questão. Os resultados parecem indicar o compromisso com projetos individuais em detrimento da saúde da população e que a concentração de poder técnico e administrativo comprometeu a implantação da PNSB no município.

Considerações finais

O resultado confirma a hipótese que orientou o trabalho, pois as evidências produzidas revelam que, de fato, a organização do trabalho e a distribuição do poder são limitadores de uma política de saúde. Neste estudo de caso, a forma pela qual a coordenação de SB conduziu a execução das ações referentes à PNSB no município constrangeu sua implantação.

Evidenciou-se que, dos aspectos relativos ao trabalho, os meios de trabalho e a falta de diálogo inter coordenações foram os mais críticos. No caso da distribuição do poder na SMS, a acumulação de poder técnico e administrativo pela coordenação de SB constituiu-se no principal obstáculo para a PNSB em Salvador.

O estudo revelou, também, a importância do papel dos atores sociais na fase da implantação das políticas de saúde. Nesse particular, interesses conflitantes mal administrados que perpassam o espaço social se configuraram na principal barreira para a implantação da PNSB em Salvador.

Colaboradores

Soares CLM contribuiu substancialmente para a concepção, o planejamento e para a análise e a interpretação dos dados; contribuiu significativamente na elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo; e

participou da aprovação da versão final do manuscrito. Freitas MS contribuiu significativamente na elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo; e participou da aprovação da versão final do manuscrito.

Agradecimentos

Jairnilson Silva Paim que orientou a dissertação de mestrado que deu origem ao artigo. ■

Referências

1. Fleury S, Overney AM. Política de saúde: uma política social. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al., organizadores. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 23-64.
2. Lecovitz E, Lima LD, Machado CV. Políticas de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. *Ciênc Saúde Colet*. 2001; 6(2):269-291.
3. Paim JS, Teixeira CF. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40(esp):73-78.
4. Teixeira CF, Jesus WLA, Souza MKB, et al. Produção científica sobre política, planejamento e gestão em saúde no campo da saúde coletiva: visão panorâmica. In: Paim JS, Almeida-Filho N, organizadores. *Saúde Coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Medbook; 2013. p. 585-594.
5. Chaves SCL, Cruz DN, Barros SG, et al. Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2011; 27:143-54.
6. Chaves SCL, Almeida ANFL, Rossi TRA, et al. Política de Saúde Bucal no Brasil 2003-2014: cenário, pro-postas, ações e resultados. *Ciênc Saúde Colet*. 2017; 22(6):1791-1803.
7. Chaves SCL, Oliveira TS, Soares CLM. Características da utilização de serviços públicos odontológicos em município de médio porte. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2016; 40(2):315-335.
8. Rossi TA, Chaves SCL. Implementação da Atenção Especializada em Saúde Bucal em dois municípios na Bahia/Brasil. *Saúde debate*. 2015 dez; 39(esp):196-206.
9. Almeida GCM, Ferreira MAF. Oral health in the context of the Family Health Program: preventive practices targeting individual and public health. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(9):2131-2140.
10. Calvo MCM. Avaliação da atenção primária em saúde bucal. In: Goes PSA, Moysés SJ. *Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal*. São Paulo: Artes Médicas; 2012. p. 181-194.
11. Cunha EM. Regra e realidade na constituição do SUS municipal: implementação da NOB 96 em Duque de Caxias [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2001. 146 p.

12. Faccin D, Sebold R, Carcereri DL. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. *Ciênc Saúde Colet*. 2010; 15(supl.1):1643-1652.
13. Lessa CFM, Vettore, MV. Gestão da atenção básica em saúde bucal no Município de Fortaleza, Ceará, entre 1999 e 2006. *Saúde Soc*. 2010; 19(3):547-556.
14. Nascimento AC, Moyses ST, Bisinelli JC, et al. Oral health in the family health strategy: a change of practices or semantics diversionism. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(3):455-462.
15. Pereira CRS, Patrício AAR, Araújo FAC, et al. Impacto da Estratégia Saúde da Família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(5):985-996.
16. Pimentel FC, Albuquerque PC, Martelli PJJ, et al. Caracterização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal em municípios de Pernambuco, Brasil, segundo porte populacional: da articulação comunitária à organização do atendimento clínico. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28(supl.):s146-s157.
17. Antunes JLF, Narvai PC. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. *Rev Saúde Pública*. 2010; 44:360-365.
18. Pucca Junior. GA. A política nacional de saúde bucal como demanda social. *Ciênc Saúde Colet*. 2006; 11(1):243-246.
19. Soares CLM, Paim JS. Aspectos críticos para a implementação da política de saúde bucal no Município de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27(5):966-974.
20. Chaves SCL, Cruz DN, Barros SG, et al. Avaliação da oferta e utilização de Especialidades Odontológicas em Serviços Públicos de Atenção Secundária na Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2011; 27(1):143-154.
21. Narvai PC, Frias AC, Fratucci MVB, et al. Fluoretação da água em capitais brasileiras no início do século XXI: a efetividade em questão. *Saúde debate*. 2014; 38:562-571.
22. Soares CLM. A constituição da saúde bucal coletiva no Brasil [tese]. Salvador: UFBA/ISC; 2014. 180 p.
23. Paim JS. Burocracia e Aparato estatal. In: Paim JS, organizador. *Saúde: implicações para a planificação e implementação de políticas de saúde política e reforma sanitária*. Salvador: UFBA; 2002. p. 149-162.
24. Testa M. *Pensar em saúde*. Artes médicas. Rio de Janeiro: Abrasco; 1992.
25. Testa M. Decidir en Salud, Quién? Cómo? Y Por qué? *Salud Colectiva*. 2007; 3(3):247-257.
26. Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 3. ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.
27. Peduzzi M, Ciampone MHT. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa de Saúde da Família. *Rev Bras Enferm*. 2005; 53(esp):143-147.
28. Matus C. *Política, planejamento e governo*. 2. ed. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 1996.
29. Gonçalves RBM. *Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: Cefor; 1992.
30. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2006.
31. Lopes MGM. Política “Carioca Rindo à Toa” e o Programa Saúde e Cidadania, “Dentescola”: análise da política de saúde bucal no Município do Rio de Janeiro e sua trajetória rumo à implementação considerando a interface com o “Brasil Sorridente” [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007. 151 p.
32. Roncalli AG. *A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva* [tese]. Aracatuba: Universidade Estadual Paulista; 2000. 239 p.

33. Serra CG. A saúde bucal como política de saúde, análise de três experiências recentes: Niterói, Campinas e Curitiba [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 1998. 132 p.
34. Contarato P. Política nacional e contexto local: uma análise da implementação da Política de Saúde Bucal no município de Vitória, do Espírito Santo [dissertação]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. 163 p.
35. Paim JS. Aspectos críticos da institucionalização da planificação em organizações públicas de saúde. In: Paim JS, organizador. Saúde: política e reforma sanitária. Salvador: UFBA; 2002. p. 407-443.
36. Mello ALSF, Andrade SR, Moyses SJ. Saúde bucal na rede de atenção e processo de regionalização. *Ciênc Saúde Colet.* 2014; 19(1):205-214.

Recebido em 13/07/2018
Aprovado em 23/09/2018
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

A satisfação do usuário na avaliação de serviços de saúde: ensaio sobre a imposição de problemática

The satisfaction of the user in health services evaluation: essay on the imposition of problems

Monique Azevedo Esperidião¹, Ligia Maria Vieira-da-Silva²

DOI: 10.1590/0103-110420185223

RESUMO Pesquisas de satisfação de usuários encontram-se colocadas atualmente como uma das principais estratégias para a participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos, a despeito da existência de um conjunto de evidências reportadas na literatura internacional há mais de quatro décadas, que questionam a validade de tais abordagens. O presente ensaio tem por objetivo contribuir para a compreensão de alguns aspectos negligenciados sobre o significado dos inquéritos de satisfação do usuário e seus resultados, particularmente sobre o paradoxo da elevada satisfação encontrada como resultado dessas pesquisas. Esse fenômeno será analisado por meio de uma analogia com as sondagens de opinião, discutindo a hipótese de que a elevada satisfação, descrita na literatura, pode representar um artefato de pesquisa decorrente de uma imposição de problemática, no sentido discutido por Bourdieu (1973) e Champagne (1998). As respostas obtidas não correspondem necessariamente a representações sociais ou percepções relativas aos serviços, mas às reações dos usuários à situação de pesquisa, caracterizando-se como uma resposta forçada frente às condições de realização dos inquéritos.

PALAVRAS-CHAVE Comportamento do consumidor. Pesquisa sobre serviços de saúde. Satisfação do paciente.

ABSTRACT *User satisfaction surveys are currently placed as one of the main strategies for participation, protection and defense of the rights of users of public services, despite the existence of a set of evidences reported in the international literature more than four decades ago, question the legitimacy of such approaches. The present essay aims to contribute to the understanding of some neglected aspects of the meaning of user satisfaction surveys and their results, particularly the paradox of high satisfaction found as a result of these surveys. This phenomenon will be analyzed through an analogy with opinion polls, discussing the hypothesis that the high satisfaction, described in the literature, may represent an artifact of research resulting from a problematic imposition, in the sense discussed by Bourdieu (1973) and Champagne (1998). The answers obtained do not necessarily correspond to social representations or perceptions regarding the services, but to the reactions of the users to the research situation, being characterized as a forced response to the conditions of the surveys.*

KEYWORDS *Consumer behavior. Health services research. Patient Satisfaction.*

¹Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1827-3595>
moniqueesper@yahoo.com.br

²Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2518-411X>
ligiamvs@gmail.com



Introdução

O presente ensaio tem por objetivo contribuir para a compreensão de alguns aspectos negligenciados sobre o significado dos inquéritos acerca da satisfação do usuário e seus resultados, particularmente sobre o paradoxo da elevada satisfação encontrada como resultado dessas pesquisas. Esse fenômeno será analisado por meio de uma interrogação sobre suas condições de produção e reprodução no interior do campo da saúde coletiva, no sentido de Bourdieu^{1,2}.

Por meio de uma analogia com as sondagens de opinião, pretende-se discutir a hipótese de que a elevada satisfação reportada na literatura pode representar um artefato de pesquisa decorrente da resposta forçada a uma imposição de problemática, como discutido por Bourdieu³ e Champagne⁴. As respostas obtidas podem não corresponder a representações sociais ou percepções relativas aos serviços, mas representariam reações a uma situação de pesquisa.

A cultura empresarial da ‘qualidade total’, difundida no Japão desde os anos 1950, privilegiava a ‘satisfação do cliente’ como padrão ouro da qualidade de serviços e produtos, visando à fidelização e ao ‘retorno do consumidor à empresa’⁵. A ideia do *kaizen* japonês, imprimindo melhoria contínua nos processos produtivos, abrangia áreas não só de manufatura, engenharia ou gestão de negócios, mas, também, a área da saúde.

A literatura em saúde logo incorporou a satisfação como indicador da qualidade do cuidado⁶, e, ao final da década de 1970, nos Estados Unidos e na Inglaterra, observava-se um crescimento das pesquisas de satisfação de usuários de serviços de saúde, como expressão do movimento do consumismo e da cultura da ‘qualidade total’, com a introdução de elementos de concorrência nos seus sistemas de saúde. Os trabalhos encontravam-se, naquele momento, relacionados à satisfação do consumidor e aos estudos sobre satisfação no trabalho⁷.

No Brasil, as primeiras publicações sobre satisfação de usuário são também da década de 1970 e tomavam por objeto a avaliação da qualidade do cuidado em enfermagem.

O ponto de vista do usuário na avaliação das políticas públicas governamentais no Brasil difundiu-se a partir dos anos 1990, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e o incentivo à participação dos usuários nas políticas de saúde. Na década seguinte, os estudos de satisfação ganharam força, com a Reforma Administrativa do Estado brasileiro e a incorporação de medidas do campo empresarial na gestão pública. Em 2002, foi implantado o Sistema Nacional de Avaliação da Satisfação dos Usuários dos Serviços Públicos, que institucionalizou o Instrumento Padrão de Pesquisa de Satisfação (IPPS), difundindo a avaliação da satisfação com os serviços públicos em distintas áreas.

Atualmente, as pesquisas de satisfação de usuários encontram-se colocadas como uma das principais estratégias para a participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos (Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017). Tal ênfase, adotada pelo governo Temer, pode estar relacionada à incorporação de concepções empresariais na gestão pública, que ignoram um conjunto de evidências, reportadas na literatura internacional há mais de quatro décadas, questionando a validade de tais abordagens.

A interação do usuário com os serviços de saúde

As relações entre os usuários dos serviços de saúde e os profissionais são mediadas pela posição que ambos ocupam no espaço social, pelas suas trajetórias e por diversas circunstâncias relacionadas com o processo de construção social do problema de saúde, bem como as condições históricas que tornaram possíveis aquelas relações específicas⁸.

É muito diferente a relação entre um paciente idoso com uma dor forte, em uma

emergência pública, atendido por um médico jovem, no início da carreira, e um paciente jovem, fazendo um exame preventivo com um médico experiente em um consultório privado. São infinitas as combinações imagináveis diante da variedade de posições possíveis no espaço social, assim como frente à segmentação dos serviços públicos e privados de saúde.

O contato do usuário com os serviços de saúde inclui considerar diversas relações interpessoais: da recepcionista ao médico, passando pela sua reação às amenidades do cuidado (conforto, tipo de prédio, refrigeração, entre outros), sua percepção sobre a qualidade da consulta e o acesso a insumos em geral, entre eles, os medicamentos. A depender da posição e da trajetória dos indivíduos, aí incluídas relações de gênero, geração, etnia, entre outras, o modo de vivenciar a passagem pelo serviço será diferenciado, com implicações na maneira de julgar e avaliar tais serviços e profissionais. O julgamento do usuário com relação à sua experiência em um serviço de saúde depende do seu *habitus*, sistema de disposições que orientam suas percepções⁹, do ajuste do seu *habitus* àquela situação e, também, da distância com relação ao *habitus* dos profissionais de saúde.

Dessas relações, as mais importantes seriam aquelas entre os pacientes e os profissionais de saúde, como a relação médico-paciente. A troca entre o médico e o paciente, no entanto, será sempre desigual. É uma troca onde, por mais bem posicionado socialmente que esteja o paciente, ele não pode retribuir integralmente. As distâncias sociais irão conferir características distintas ao modo de interação entre médico e paciente, como à comunicação entre o doente e o médico¹⁰.

Além disso, a distância da necessidade de saúde, ou seja, o fato de o paciente estar adentando e precisando de cuidados de ordem médica confere à relação uma dimensão na maioria das vezes assimétrica, de dependência do saber médico, o que, por vezes, interfere na maneira de julgar. Mesmo entre médicos essa relação pode ser assimétrica e influenciada pelas características de gênero,

geração, especialidade e posição no campo médico e no espaço social.

Dessa forma, essas relações podem ser simétricas ou assimétricas, a depender da posição que ocupa o médico e o paciente no espaço social, e, por consequência, do capital que acumula, em particular, o capital econômico e cultural, bem como do encontro dos *habitus* decorrentes das suas trajetórias.

A qualidade da consulta médica dependerá, ainda, de um conjunto de fatores, desde a indicação prévia por alguém da confiança dos usuários, como um familiar ou outro médico, incluindo aspectos como a facilidade do acesso, o tempo de duração, a qualidade do cuidado ofertado e a resolutividade¹¹.

Em estudo anterior sobre a relação entre a posição social e a escolha dos médicos e serviços¹², verificou-se que a escolha dos médicos por parte dos entrevistados de maior capital global (econômico e cultural) vinculava-se a critérios técnicos e simbólicos, ao passo que agentes de classes populares avaliavam o serviço conforme o acesso. Analisou-se que a tomada de posição com relação ao serviço corresponde a um ajuste inconsciente das necessidades às possibilidades dos usuários. Discutem-se as implicações da distância social existente entre médicos e pacientes na escolha e no julgamento dos serviços de saúde.

O julgamento do usuário

A interação dos usuários com os serviços de saúde tem sido investigada por meio de distintas abordagens de pesquisa, como estudos voltados para as ‘representações sociais’ dos usuários¹³, pesquisas sobre a percepção do usuário¹⁴ ou estudos sobre a relação médico-paciente¹⁵. Estudos sobre acesso, acessibilidade e utilização também registram, por vezes, a experiência dos usuários e sua percepção sobre os serviços¹⁶. Mas são, sem dúvida, os estudos acerca da satisfação dos usuários com os serviços de saúde aqueles mais frequentes sobre o julgamento

do usuário, principalmente os voltados para inferir sobre a qualidade do cuidado, sendo incorporados na avaliação dos serviços de diversos países há pelo menos quatro décadas, existindo um esforço considerável em prol do desenvolvimento de instrumentos de pesquisa para medi-la¹⁷.

Satisfação do usuário, de modo amplo, tem sido definida como uma noção que remete à avaliação do cuidado recebido, considerando como seus determinantes especialmente a expectativa do paciente e sua experiência prévia com serviços similares¹⁷. Essa definição tem sido criticada, em especial, no que se refere ao baixo desenvolvimento teórico e conceitual da expressão satisfação do paciente. Os estudos revisados possuem pouca padronização, baixa confiabilidade e validade incerta¹⁷.

Embora a satisfação continue sendo usada como sinônimo de (e como um proxy para) qualidade do serviço, há estudos que problematizam essa conexão. Alguns autores¹⁷ sugerem que a satisfação deve ser utilizada como indicador da qualidade percebida dos serviços de saúde, o que é em si uma construção conceitualmente distinta da qualidade do cuidado. Por outro lado, estudos recentes mostram que o conceito de satisfação é multidimensional, subjetivo e que nem sempre mede a qualidade do cuidado, o que corresponde a uma importante contribuição à compreensão dessa temática¹⁸.

Observa-se que a maioria dos estudos empíricos publicados, tanto no âmbito internacional¹⁹⁻²² como no Brasil²³, apresenta como resultado elevada satisfação dos usuários, independentemente da situação do serviço e da metodologia utilizada. Nos Estados Unidos da América (EUA), os resultados de satisfação dos usuários variam entre 90 e 100% de aprovação²⁴. Registra-se elevada satisfação, mesmo quando as expectativas sobre os serviços são negativas. Esses resultados têm sido associados a diversos desenhos de pesquisa e instrumentos e coleta de dados, como o uso de grupos focais²⁵, entrevistas em profundidade^{26,27} e inquéritos²⁸⁻³¹.

Para explicar o fenômeno da alta satisfação, tem sido questionada a sensibilidade dos métodos para discriminar pacientes satisfeitos e insatisfeitos e a pertinência das dimensões selecionadas para o estudo da satisfação³². Os estudos do tipo inquérito são os mais criticados, bem como perguntas dicotômicas sobre satisfação³³ e as abordagens diretas³². Os instrumentos de satisfação geral, ou índices de satisfação global, também são tidos como possíveis geradores do fenômeno da alta satisfação³⁴.

Refere-se, ainda, ao viés da aquiescência, relacionado à enumeração dos quesitos do questionário ou à escala de satisfação^{35,36}. Destaca-se a tendência do usuário de concordar com o primeiro item da escala, independentemente do seu conteúdo, influenciando o nível de satisfação na ordem dos itens, ou seja, para mais, caso os itens estejam ordenados positivamente, ou para menos, na situação inversa³⁷. Segundo alguns autores, esse viés é mais evidenciado entre os usuários mais idosos ou com menor renda³⁷⁻³⁹.

A relutância de usuários em expressar opiniões negativas, ou o viés da gratidão³⁹, tem sido descrita como explicação para a alta satisfação. Normas de cortesia, como obrigações sociais em mostrar respeito à autoridade (aos profissionais de saúde e ao pesquisador) ou entender a crítica como comentário que demonstra inconveniência social podem estar associados ao padrão positivo das respostas de satisfação⁴⁰. A omissão de questionamentos e críticas negativas por parte dos usuários verifica-se com frequência na avaliação de serviços públicos, bem como em situações onde o usuário tem grande afinidade com os provedores do cuidado, como em casos de pacientes internos⁴¹. Pugh et al.⁴² discutem que a satisfação é maior em grupos 'desempoderados'.

Desde os anos 1990, há uma literatura crescente que sugere que expressões de satisfação podem não representar avaliações dos usuários³⁹. Ou seja, a avaliação feita pelo usuário sobre o serviço não é descrita

em termos de 'satisfação' ou 'insatisfação'. O termo 'satisfação' não pertence ao repertório linguístico utilizado pelos usuários na avaliação de um serviço⁴³, implicando a necessidade de investigação prévia sobre o seu entendimento do termo 'satisfação'⁴⁴.

Diante da suposição de que a expressão de satisfação não representa o modo como os usuários avaliam os serviços de saúde, alguns autores passaram a investigar como os usuários avaliam os serviços, identificando dispositivos cognitivos e afetivos relacionados ao processo de julgamento dos serviços^{43,44}.

Segundo o modelo de Williams et al.⁴³, os usuários avaliam os serviços de saúde por meio de dois processos: o primeiro, relacionado à percepção sobre a obrigação do serviço em atender ao problema apresentado; e o segundo, em caso de não cumprimento dessa obrigação, se o serviço é culpado pela experiência negativa do usuário.

Para esses autores, a expressão de satisfação não necessariamente reflete uma avaliação positiva. Os pacientes sentem-se satisfeitos independentemente da boa qualidade do cuidado recebido, e a insatisfação é manifesta apenas em eventos extremamente negativos.

A pergunta sobre por que pacientes mostram-se satisfeitos em unidades de saúde onde se sabe que a prestação de serviços é de baixa qualidade motivou o estudo de Aktinson e Medeiros⁴⁵. As autoras investigaram como a satisfação é construída e se expressa, a partir da verificação de três pressupostos teóricos correntes na literatura: expectativas, dinâmicas contextuais e filtros mediadores (culpabilidade e obrigação). Para elas, a falta de informação (baixa expectativa), aliada à relutância em dar respostas negativas (elementos de dinâmica contextual), produzem uma elevada satisfação como resposta artificial. Por sua vez, o conceito de filtros mediadores (derivado do modelo de Williams⁴³) propõe que os usuários constroem uma avaliação que considera aspectos bastante amplos, de modo que o elevado nível de satisfação expresso, nesse

sentido, é real. A pesquisa, assim, reforça as teses vigentes relativas a baixas expectativas, à relutância em dar respostas negativas e à avaliação em dois tempos (filtros).

Essas diversas hipóteses sobre as razões da elevada satisfação representam esforços importantes na desconstrução da 'satisfação'. Contudo, com algumas exceções, partem do pressuposto da existência de uma opinião do usuário, expressa em termos de insatisfação x satisfação como produto do julgamento dos serviços de saúde. Por outro lado, essas abordagens também não têm sido desenvolvidas no interior de uma teoria do social capaz de articular as explicações parciais ou fornecer outras que façam sentido no interior do espaço de utilização de serviços e práticas de cuidado, em situações e conjunturas determinadas.

As abordagens são do tipo cognitivistas, fazendo considerações sobre o modo como o usuário percebe o serviço (modelos mentais), sem o entendimento de como tais modelos de percepção são construídos. A explicação sobre os processos sociais envolvidos no julgamento dos serviços tem sido insuficientemente investigada.

Ainda, aspectos relativos ao interesse do pesquisador e dos vários agentes envolvidos na produção dos estudos, bem como dispositivos relativos ao modo de interrogar o usuário não se encontram bem estabelecidos. Antes de contabilizar as respostas de satisfação, convém interrogar a própria pergunta: quem pergunta, como pergunta, quem responde e qual relação se estabelece entre investigador e investigado.

A imposição de problemática

A imposição de problemática foi discutida por Bourdieu³ e Champagne⁴ como um fenômeno ligado às sondagens de opinião. As sondagens de opinião têm interessado à sociologia na medida em que se legitimaram no

cenário político, ao se apresentarem como ‘uma aparência de ciência’⁴. Encomendadas pelas autoridades, as sondagens de opinião são realizadas para avaliar as opiniões dos cidadãos (intenção de voto, opinião sobre determinados problemas) e cumprem o papel de legitimar os pressupostos que supostamente verificam, formalizando o senso comum político⁴.

Bourdieu³ também se interessou pelos pressupostos e efeitos sociais das sondagens de opinião. Em artigo publicado em 1973, contestou três pressupostos ocultos das sondagens: o primeiro deles é o de supor que todas as pessoas têm opinião sobre todos os assuntos. O segundo, supor que todas as opiniões se equivalem, e o último, o de que existe um consenso sobre os problemas. Nesse caso, observa-se que a mesma pergunta é feita a todos os entrevistados, o que, segundo Bourdieu, implica a hipótese de existência de consensos sobre os problemas ali expostos; sobre a relevância dos problemas; e sobre as perguntas que devem ser feitas.

Bourdieu³ observa que a análise científica das sondagens de opinião mostra que não existem problemas que se apresentem de igual modo para todos; não existem perguntas que não sejam reinterpretadas em função dos interesses ou dos não interesses das pessoas para as quais são colocadas. Desse modo, segundo o autor, é fundamental indagar a qual pergunta as diferentes categorias de consultados acreditam responder.

O que o autor chama de ‘imposição de problemática’ trata-se de um dos efeitos mais perniciosos da pesquisa de opinião, que

consiste precisamente em ordenar que as pessoas respondam a perguntas que não se colocaram ou, ainda, que respondam a uma pergunta diferente da pergunta colocada, sendo que a interpretação apenas registra o mal-entendido³⁽¹⁴¹⁾.

Assim, as problemáticas propostas pelas sondagens de opinião são problemáticas

interessadas. Bourdieu³ considera que os interesses que sustentam essas problemáticas são interesses políticos, exercendo controle sobre a significação das respostas e sobre a significação dada à publicação das respostas. Isso implica a ‘ilusão’ de que a opinião pública é a mera adição de opiniões individuais, que opinião pública seria a média das opiniões, ou opinião média, “recolhidas numa situação de isolamento na qual o indivíduo furtivamente expressa uma opinião isolada”³⁽¹⁴⁰⁾, enquanto, “em situações reais, as opiniões são forças e as relações entre as opiniões são conflitos de forças entre grupos”³⁽¹⁴⁰⁾. Assim, defende que o efeito fundamental da pesquisa de opinião é transmitir a ideia de que existe uma opinião pública unânime constituída para legitimar uma política e reforçar as relações de força que a fundamentam³.

Bourdieu¹, portanto, considera que a opinião pública ‘não existe’, na acepção que lhe dão os responsáveis pelas sondagens. Existiria, sim, um artefato produzido a partir de uma agregação estatística e por uma imposição de problemática, considerando que existem,

por um lado, opiniões mobilizadas, opiniões constituídas, grupos de pressão mobilizados em torno de um sistema de interesses; e por outro lado, disposições, isto é, a opinião no estado implícito, que por definição, não é opinião se com isso se compreende algo que pode ser formulado em discurso com uma certa pretensão à coerência³⁽¹⁵¹⁾.

A satisfação como imposição de problemática

As sondagens sobre a satisfação dos usuários são similares às pesquisas de opinião. Apoiam-se numa filosofia implícita do registro do real, que pressupõe, em primeiro lugar, que a satisfação é um dado da realidade, produzida após o uso do serviço, e que se

trata apenas de ir lá medi-la. Em segundo lugar, que os usuários têm uma opinião e que bastaria dar a palavra a uma amostra representativa de indivíduos e registrar suas respostas para conhecer e compreender o mundo social⁴.

Da mesma maneira, a situação da entrevista de um inquérito que visa a medir a satisfação com essa variedade de possibilidades de interações reproduz as relações de classe e podem corresponder a uma imposição de problemática.

Assim, as respostas sobre a satisfação dependem, em parte, da forma como as questões são colocadas e, em parte, das relações estabelecidas entre o usuário e o profissional, e, posteriormente, sobre o usuário e o entrevistador. Ignora-se que há provavelmente um grupo que oscila entre a aprovação e a desaprovação dos serviços e, ainda, um grupo que não possui opinião sobre a questão, mesmo que disposições de classe, de algum modo, orientem a emissão de um julgamento.

Caracterizam-se, ainda, por pesquisas de interesse pragmático passíveis de uso para a legitimação de ações governamentais, na medida em que têm como resultado a aferição da opinião majoritária dos que são a favor ou contra determinado sistema, programa ou ação.

Comentários finais

O presente ensaio discute a hipótese de que a elevada satisfação descrita na literatura especializada pode ser um produto da relação entre o modo e as condições de interrogar o usuário e as possibilidades de resposta do usuário relacionadas com sua posição no espaço social.

As imagens simplistas e, quase sempre, positivas que os usuários têm dos serviços de saúde, apresentadas pelas pesquisas de satisfação, devem ser substituídas por uma representação complexa e múltipla das experiências com relação aos serviços, que requerem variadas estratégias de investigação para sua apreensão.

Por outro lado, esse tipo de sondagem de opinião, por vezes, mascara críticas importantes aos serviços. Faz-se necessário minimizar os efeitos de imposição de problemática nas pesquisas que buscam aferir a percepção dos usuários sobre os serviços de saúde, assim como evitar o etnocentrismo de classe do pesquisador, por meio da vigilância epistemológica, minimizando a violência simbólica presente na situação de pesquisa.

Segundo Singly⁴⁵, do ponto de vista metodológico, é possível dirimir os efeitos da imposição de problemática por meio de estratégias como incluir no questionário a opção 'sem opinião' ou colocar a questão em dois tempos, permitindo, assim, um filtro intermediário entre a existência e o enunciado da opinião. Essas medidas questionam o pressuposto de que todos os indivíduos possuem uma opinião sobre todos os assuntos. Ainda, estabelecer um equilíbrio entre as modalidades positivas e negativas de resposta e permitir que o usuário responda a mais de uma possibilidade de resposta, no caso dos instrumentos estruturados. Nesse caso, evita-se a atitude escolar no fornecimento das respostas.

Essas ponderações, no entanto, remetem-nos à forma de questionar a satisfação ou a percepção do usuário sobre o serviço. De fato, as respostas a um questionário são influenciadas pela maneira como as perguntas são redigidas e pela ordem na qual são colocadas. No entanto, esse tipo de análise faz supor que existe uma 'boa' forma de se fazer perguntas a fim de obter opiniões 'verdadeiras'³. Para Champagne⁴, não existem 'boas perguntas', mas interpretações mais ou menos aproximadas do sentido que deve ser dado às respostas das perguntas.

O exercício da reflexividade por parte do pesquisador e a busca de realização de entrevistas não violentas⁴⁶ representam formas de minorar as relações assimétricas e, muitas vezes, de dominação, presentes em tais pesquisas. A redução da violência simbólica presente na situação de pesquisa requer uma escuta metódica e ativa, o exercício de uma

reflexividade reflexa, capaz de “perceber e controlar no campo, na própria condição da entrevista os efeitos da estrutura social na qual ela se realiza”⁴⁶⁽⁶⁹⁴⁾.

Colaboradores

As autoras contribuíram de igual modo para a elaboração do artigo. ■

Referências

- Vieira-da-Silva LM. Gênese Sócio-Histórica da Saúde Coletiva no Brasil. In: Lima NT, Santana JP, Paiva J. Saúde Coletiva: a Abrasco em 35 anos de história. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015. p. 25-48.
- Vieira-da-Silva LM. Salud Colectiva brasilena: arquitectura y dinamica de un campo. In: Castro R, Suarez HJ, organizadores. Pierre Bourdieu en la sociología Latinoamericana: Campo y Habitus. 1. ed. Morelos: Universidad Nacional Autonoma de México; 2018. p. 143-166.
- Bourdieu P. A opinião pública não existe. In: Thiolent MJM. Crítica metodológica: Investigação social e enquete operária. São Paulo: Polis; 1980.
- Champagne P. A ruptura com as pré-construções espontâneas ou eruditas. In: Merllié D. Iniciação à prática sociológica. Petrópolis: Vozes; 1998.
- Berwick DM. Sintomas do stress no sistema de serviços de saúde. In: Berwick DM, Godfrey AB, Rossner J. Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde. São Paulo: Makron Books; 1994. p. 1-13.
- Cleary DP, Mcneil JB. Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry*. 1988; 25(1):25-36.
- Evrard Y. La satisfaction des consommateurs: état des recherches. *Revue Française du Marketing*. 1993; 144:53-65.
- Vieira-da-Silva LM. Saúde e espaço social. In: Nogueira RP, organizador. Determinação social da saúde e Reforma Sanitária. Rio de Janeiro: Cebes; 2010. p. 180-200.
- Bourdieu P. A Distinção: crítica social do julgamento. Porto Alegre: Zouk; São Paulo: Edusp; c2006.
- Boltanski L. As classes sociais e o corpo. Rio de Janeiro: Graal; 2004.
- Bastos GAN, Fasolo LR. Fatores que influenciam a satisfação do paciente ambulatorial em uma população de baixa renda. *Rev Bras Epidemiol*. 2013; 16(1): 114-124.
- Esperidião MA, Vieira-da-Silva LM. Posição social e julgamento dos serviços de saúde pelos usuários. *Saúde Soc*. 2016 jun; 25(2):381-391.
- Martins PC, Cotta RMM, Mendes FF, et al. De quem é o SUS? Sobre as representações sociais dos usuários do Programa Saúde da Família. *Ciênc Saúde Colet*. 2011; 16(3):1933-1942.
- Santiago RF, Mendes ACG, Miranda GMD, et al. Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção do usuários. *Ciênc Saúde Colet*. 2013 jan; 18(1):35-44.

15. Pereira MGA, Azevêdo ES. A relação médico-paciente em Rio Branco/AC sob a ótica dos pacientes. *Rev Assoc Med Bras.* 2005 jun; 51(3):153-157.
16. Azevedo ALM, Costa AM. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. *Interface.* 2010 dez; 14(35):797-810.
17. Gill L, White L. A critical review of patient satisfaction. *Leadership Health Serv.* 2009; 22(1):8-19.
18. Mishima SM, Campos AC, Matumoto S, et al. Satisfação do usuário sob a perspectiva da responsividade: estratégia para análise de sistemas universais. *Rev Latino-Am Enferm.* 2016; 24:1-7.
19. Shill J, Taylor DM, Ngui B, et al. Factors associated with high levels of patient satisfaction with pain management. *Acad Emerg Med.* 2012 out; 19(10):1212-1215.
20. Jao K, Taylor DM, Taylor SE, et al. Simple clinical targets associated with a high level of patient satisfaction with their pain management. *Emerg Med Australas.* 2011 abr; 23(2):195-201.
21. Guzik A, Menzel NN, Fitzpatrick J, et al. Patient satisfaction with nurse practitioner and physician services in the occupational health setting. *AAOHN J.* 2009; 57(5):191-197.
22. Estcourt S, Hickey J, Perros P, et al. The patient experience of services for thyroid eye disease in the United Kingdom: results of a nationwide survey. *Eur J Endocrinol.* 2009 set; 161(3):483-487.
23. Hollanda E, Siqueira SAV, Andrade GRB, et al. Satisfação e responsividade em serviços de atenção à saúde da Fundação Oswaldo Cruz. *Ciênc Saúde Colet.* 2012 dez; 17(12):3343-3352.
24. Stewart DE, Dang BN, Trautner B, et al. Assessing residents' knowledge of patient satisfaction: a cross-sectional study at a large academic medical centre. *BMJ Open.* 2017 ago; 7(8):1-7.
25. Trad LAB, Bastos ACS, Santana EM, et al. Estudo etnográfico da satisfação de usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Ciênc Saúde Colet.* 2002; 7(3):581-589.
26. Zaicaner R. Satisfação da clientela: um objetivo a ser alcançado pelo serviço público de saúde [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2001.
27. Gerschman S, Veiga L, Guimarães C, et al. Estudo de satisfação dos beneficiários de planos de saúde de hospitais filantrópicos. *Ciênc Saúde Colet.* 2007; 12(2):487-500.
28. Gentil RM, Leal SM, Scarpi MJ. Avaliação da resolutividade e da satisfação da clientela de um serviço de referência secundária em oftalmologia da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. *Arq Bras Oftalmol.* 2003; 66(2):159-165.
29. Silva LMP, Muccioli C, Belfort JR. Perfil socioeconômico e satisfação dos pacientes atendidos no mutirão de catarata do Instituto da Visão – UNIFESP. *Arq Bras Oftalmol.* 2004; 67(5):737-744.
30. Ventura LO, Brandt CT. Projeto Mutirão de Catarata em centro de referência oftalmológico, em Pernambuco: perfil, grau de satisfação e benefício visual do usuário. *Arq Bras Oftalmol.* 2004; 67(2):231-235.
31. Costa PG, Aoki L, Saraiva FP, et al. Toxina botulínica no tratamento de distonias faciais: avaliação da eficácia e da satisfação dos pacientes ao longo do tratamento. *Arq Bras Oftalmol.* 2005; 68(4):471-474.
32. Carr-Hill RA. The measurement of patient satisfaction. *J Public Health Med.* 1992; 14(3):236-249.
33. Esperidião MA, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários: considerações metodológicas. *Ciênc Saúde Colet.* 2005; 10(supl).
34. Leichner P, Perrealut M. Developpement et validation d'une echelle multi- dimensionnelle de satisfaction de patients de services d'hospitalisation en

- psychiatrie. Rapport Final. Montréal: Société canadienne d'évaluation; 1990.
35. Locker D, Dunt D. Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care. *Soc Science Med.* 1978; 12(4):283-292.
 36. Ross CK, Steward CA, Sinacope JM. The importance of patient preferences in the measurement of health care satisfaction. *Medical Care.* 1993; 31(12):1138-1149.
 37. Ware JE, Snyder MK, Wright WR, et al. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation Program Planning.* 1983; 6:247-263.
 38. Fitzpatrick R, Hopkins A. Problems in the conceptual framework of patient satisfaction research: an empirical exploration. *Sociol Health Illness.* 1983; 5(3):297-311.
 39. Owens DJ, Bachelor C. Patient satisfaction and the elderly. *Soc Science Med.* 1996; 42(11):1483-1491.
 40. Atkinson S, Medeiros RL. Explanatory models of influences on the construction and expression of user satisfaction. *Soc Science Med.* 2009 jun; 68(11):2089-2096.
 41. Bernhart MH, Wiadnyana IGP, Wihardjo H, et al. Patient Satisfaction in developing countries. *Soc Science Med.* 1999; 48:989-996.
 42. Pugh R, Scharf T, Williamns C, et al. Obstacles to using and providing rural social care in Santiago de Chile. *J Health Soc Behavior.* 1998; 29:199-213.
 43. Williams B, Coyle J, Healy D. The meaning of patient satisfaction: An explanation of high reported levels. *Soc Science Med.* 1998; 47(9):1351-1359.
 44. Williams B. Patient satisfaction: a valid concept? *Soc Science Med.* 1994; 38(4):509-551.
 45. Singly F. L'enquête et ses methods: Le questionnaire. Paris: Armand Colin; 2005.
 46. Bourdieu P, Accardo A, Balazs G, et al. A miséria do mundo. Petrópolis: Vozes; 1998.

Recebido em 16/07/2018
 Aprovado em 23/09/2018
 Conflito de interesses: inexistente
 Suporte financeiro: não houve

Análise política em saúde: síntese das abordagens teórico-metodológicas

Political analysis in health: synthesis of theoretical-methodological approaches

Monique Azevedo Esperidião¹

DOI: 10.1590/0103-11042018S224

RESUMO O estudo buscou objetivar, por meio de uma revisão integrativa, em âmbito nacional e internacional, realizada entre 2012 e 2017, o conjunto de abordagens teórico-metodológicas para análise política em saúde, analisando tendências da produção de pesquisas no que se refere à construção teórico-metodológica. A síntese identificou um conjunto heterogêneo de autores e enfoques teóricos; objetos de estudo; estratégias de investigação e aspectos concernentes ao exercício da reflexividade na produção do conhecimento. A maior parte dos trabalhos é oriunda da saúde coletiva, apoiada nas teorias de matrizes sociológicas e das ciências políticas, como estudos sobre a gênese de políticas de perspectiva bourdieusiana e estudos embasados no institucionalismo histórico. Os estudos empíricos utilizam como estratégia de pesquisa a combinação de análise documental com entrevista de informantes-chave, em sua maioria. Poucos autores realizam um retorno reflexivo sobre sua postura teórica frente às demais posições no interior do espaço de produção da análise política em saúde. O estudo poderá subsidiar um debate que permita analisar a adequação, a pertinência e o alcance das abordagens como forma de fortalecer a análise política em saúde, considerada recente no Brasil, cujo potencial de diálogo teórico precisa ser estabelecido entre as distintas tradições.

PALAVRAS-CHAVE Revisão. Política de saúde. Métodos.

ABSTRACT *The study sought to objectify, through an integrative review, at national and international level, carried out between 2012 and 2017, the set of theoretical-methodological approaches for political analysis in health, analyzing tendencies of the production of research with respect to the theoretical-methodological construction. The synthesis identified a heterogeneous set of authors and theoretical approaches; objects of study; research strategies and aspects concerning the exercise of reflexivity in the production of knowledge. Most of the work is from collective health, supported by theories of sociological matrices and political sciences, such as studies on the genesis of Bourdieu's perspective policies and studies based on historical institutionalism. The empirical studies use as a research strategy the combination of documentary analysis with interviews of key informants, mostly. Few authors make a reflexive return on their theoretical position in front of the other positions within the production space of the political analysis in health. The study may support a debate that allows analyzing the adequacy, relevance and scope of the approaches as a way to strengthen the political analysis in health, considered recent in Brazil, whose potential for theoretical dialogue needs to be established between different traditions.*

KEYWORDS *Review. Health policy. Methods.*

¹ Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1827-3595>
moniqueesper@yahoo.com.br



Introdução

A análise de política de saúde é um campo de pesquisa relativamente consolidado no exterior¹, mas ainda em formação no Brasil. Há de fato uma profusão de enfoques, teorias e modelos, cujo poder preditivo e heurístico vem sendo alvo de debate². Conforme apontado por Labra³, em uma das primeiras sínteses conduzidas no Brasil, os enfoques teóricos, conceituais e metodológicos disponíveis são diversos, de modo que não é tarefa simples condensá-los. Há que se refletir ainda sobre o fato de que não se dispõe de modelos acabados ou consensuais para o estudo das políticas de saúde, sendo necessário agregar novas variáveis e fatores que deem conta da dinâmica de produção das políticas e seus contextos.

Um mapeamento preliminar do campo distingue vertentes específicas de investigação. Entre os estudos sobre políticas públicas (*policy studies*), encontra-se ‘análise de políticas’ (*policy analysis*)⁴. Distingue-se, então, ‘análise do processo político’ (*analysis of policy process*) da ‘análise do conteúdo da política’ (*analysis of policy content*)⁵. Encontramos, ainda, uma delimitação que diferencia estudos de ‘formulação de políticas’ (*policy making*) da ‘análise de políticas’ propriamente dita^{3,6}. Alguns autores distinguem, finalmente, ‘análise de políticas’ dos estudos de ‘avaliação de políticas’, considerando estes últimos mais centrados nos resultados e efeitos das políticas⁷.

Na área da saúde, como um espaço de produção de pesquisa particular, também diferenciam-se duas abordagens centrais: a ‘Análise Política em Saúde’ e a ‘Análise de Políticas de Saúde’. A primeira delas inclui os estudos que tomam como objeto central a análise das relações de poder em saúde (natureza, estrutura, relações, distribuição e lutas) nos âmbitos setoriais e societário, ou processo político em saúde, assim como suas relações com a produção de fatos políticos, dentro e fora das instituições; incluindo

estudos que examinam conjunturas e suas relações com a saúde⁸. Por sua vez, a análise de políticas de saúde aborda os estudos sobre ‘o conteúdo’ das políticas enquanto diretrizes, planos e programas, como podemos verificar na análise de políticas de saúde específicas ou em um de seus componentes: financiamento, gestão, organização e infraestrutura do sistema de saúde^{8,9}. Três noções distintas são estabelecidas: o *policy* (planos, diretrizes, programas), o *politics* (distribuição do poder e lutas em jogo) e, ainda, a noção de *polity* (dimensão estrutural ou do sistema, por vezes referida ao próprio Estado, reunindo o conjunto de normas constitucionais; sociedade política).

De modo geral, observa-se que a análise política centra seu foco nos atores e processos políticos, indagando o porquê, para quem e por quem uma dada política foi elaborada; enfatizando aspectos como os valores e interesses envolvidos no jogo político, a interação entre os atores, a arquitetura de poder e a tomada de decisões envolvendo conflitos e negociações. Em contrapartida, outros autores identificam aspectos que envolvem a formulação, implantação ou avaliação de políticas como fases ou momentos da análise de política.

Revisões internacionais vêm se interessando por sistematizar enfoques teóricos para estudo do processo político em saúde. Destaca-se, entre eles, o estudo de Gilson e Raphaely¹⁰, voltado para a análise da produção de pesquisas em política de saúde em países de renda baixa e média. Os autores concluem que o conjunto de trabalhos publicados é pequeno, diversificado, fragmentado e de natureza descritiva, sendo dominado por autores baseados em organizações do Norte¹⁰. A diversidade dos estudos em análise política de saúde pode ser verificada pela variedade de temas e objetos, bases geográficas e periódicos de publicação utilizados. Conforme esses autores, nota-se com clareza que as categorias Processo Político e Poder devem ser integradas ao estudo das políticas de saúde, tendo em vista o desenvolvimento

de seus sistemas de saúde. O estudo aponta, portanto, a necessidade de aprofundar e ampliar o estudo de políticas de saúde em países de renda baixa e média, bem como de empreender um trabalho analítico rigoroso, capaz de apoiar a mudança de política.

O estudo de Collins⁵, por sua vez, destaca que a maioria dos referenciais propostos na literatura sobre política de saúde utiliza conceitos e modelos particulares para explicar as políticas de saúde⁵. Nessa mesma linha, conforme Oliver¹¹, a análise de políticas é um nome genérico atribuído a uma variedade de técnicas e ferramentas para estudar as características das políticas, como elas foram estabelecidas e quais são suas consequências¹¹. Embora sua importância nos círculos acadêmicos tenha aumentado nos últimos anos, a análise de políticas ainda não é considerada um campo unificado no interior da Saúde Pública¹¹. O autor enfatiza a importância da análise política como forma de obter evidências a respeito dos resultados das políticas de saúde, bem como de possíveis efeitos sobre a população¹¹.

Gilson e Raphael¹⁰ analisam a necessidade de ampliação dos quadros teóricos sobre análise política, bem como de clareza na explicitação dos desenhos de investigação e da reflexividade na pesquisa, no sentido de identificar em que medida os seus pontos de vista influenciam o próprio conhecimento que geram.

Com relação ao mapeamento das abordagens teóricas dos estudos sobre políticas de saúde no Brasil, identificam-se estudos de síntese prévios que colaboraram para a caracterização da produção científica na área de política em saúde^{9,12-14}, assim como aqueles que evidenciam aspectos teórico-metodológicos das pesquisas desse campo^{3,6,15-17}. Estudos em outros campos (como educação, administração pública) identificaram perspectivas teóricas para o estudo de políticas públicas¹⁸.

O mapeamento da produção nacional também reflete uma profusão de referenciais teórico-metodológicos encontrados nas pesquisas. Entre os distintos enfoques, destacam-se o institucionalismo histórico,

o ciclo das políticas, a sociogênese de políticas públicas, a abordagem crítica baseada no pensamento estratégico e a planificação situacional⁸. Ou, ainda, Marx e o marxismo, o neoinstitucionalismo, o ciclo de políticas; Ball, avaliação de políticas, movimento institucionalista, arqueologia do saber¹⁶.

Na crítica de alguns autores, identifica-se a necessidade do engajamento 'ético-político' das pesquisas, além de maior 'adensamento conceitual', ou amadurecimento conceitual, tendo em vista agregar maior fundamentação teórica ao campo¹⁵. Dois estudos iniciais, realizados ainda ao final da década de 1990, merecem destaque pelo trabalho extensivo de caracterização das abordagens^{3,6}.

Em importante trabalho, publicado ainda na década de 1990, Viana⁶ sintetiza perspectivas metodológicas sobre *policy making*. Para a autora, a produção nessa área pertence ao quadro das ciências políticas, em especial, anglo-saxãs, sobre o modo de operar o Estado, traduzido no ato de 'fazer' políticas públicas. Nesse trabalho, Viana identifica autores desde a década de 1970, sistematizando modelos explicativos para as diferentes fases ou etapas das políticas públicas, incluindo o processo de decisão, as fases de formulação e implementação, assim como examinando a dinâmica que articula as várias fases do ciclo de vida de uma política. Entre os autores estudados, Viana destaca: a) para a construção da agenda (John Kingdon, Richard Hofferbert e Roger Cobb; e Charles Elder); b) para a formulação de políticas (Robert Hoppe, Henk Van de Graaf e Asje Van Dijk; Lewis Schneider; James Anderson; e Richard Hofferbert); e c) para a implementação de políticas (Donald S. Van Meter e Carl E. Van Horn; Markku Kiviniemi; Richard Elmore; Eugene Bardach; e Merilee Grindle). A autora discute uma variedade de modelos, entre eles, os 'trabalhadores de linha de frente' (burocracia local ou burocracia do *street-level*).

Eliana Labra³, em 1999, realiza, também, uma importante revisão de enfoques

teóricos do *policy making* e dos principais conceitos de análise de políticas, sintetizando contribuições de diversos autores. Entre os aspectos destacados, discute-se a questão da ordem social e do conflito, considerando a dimensão associativa entre Estado, mercado e sociedade; as correntes neoinstitucionalistas da escolha racional e do institucionalismo histórico; e os enfoques sociológico, regime político, coalização de atores e sistema internacional. Como componentes analíticos, destaca: agenda, atores, arenas, processos e produtos. A autora analisa, por fim, as teorizações pluralista, neocorporativista e neopluralista.

A revisão de Souza¹⁹ identifica, ainda, principais conceitos e modelos de formulação e análise de políticas públicas. Discute, em particular, as diferentes vertentes das teorias neoinstitucionalistas na análise de políticas públicas. Apresenta um panorama da área e seus fundadores e traz contribuições sobre os modelos de formulação e análise de políticas públicas: incrementalismo, ciclo de políticas públicas, *garbage can*, coalização de defesa, arenas sociais, modelo do 'equilíbrio interrompido', modelos influenciados pelo 'novo gerencialismo público'.

Mais recentemente, Marques²⁰ assinala que há um avanço dos trabalhos nacionais no campo da análise política frente à produção internacional, fazendo-se necessário problematizar especificidades da aplicação dos novos debates teóricos às realidades locais. Em 'Análise política no Brasil', Vaitsman et al.²¹ realizam uma importante contribuição à área de análise política brasileira, em distintas áreas do saber. São destacados tópicos como questões históricas e metodológicas, assim como sobre a profissionalização da análise de políticas²², considerada uma área que deve fazer contribuições diretas ao aperfeiçoamento das políticas, como expertos do Estado.

Considerando que, no caso do estudo de políticas públicas, os elementos contextuais e dinâmicos do sistema político de cada país, bem como das diferentes conjunturas governamentais importam notadamente

como dimensões analíticas, cabe atualizar o conjunto de reflexões acumuladas sobre as abordagens teórico-metodológicas existentes para estudo das políticas de saúde.

Como vêm sendo compreendidos os objetos referentes ao processo político em saúde? Como tem sido estudada a incorporação de problemas na agenda, a formulação de políticas e sua implantação? Como têm sido investigados os atores/agentes envolvidos na formulação de políticas e no processo decisório? Existem questões controversas ou não respondidas quanto à incorporação de referencial analítico para abordagem dos objetos de estudo de análise política em saúde? Faz-se necessário discutir os referenciais teórico-metodológicos das pesquisas que têm sido desenvolvidos, como aspecto relevante para a consolidação do campo enquanto instrumento de luta teórica e de ação social. As sínteses permitem agregar conhecimento novo, apontando tendências, lacunas e desafios à produção de conhecimento na área.

A fim de preencher essa lacuna do conhecimento, este estudo objetivou realizar uma revisão integrativa acerca das principais abordagens teórico-metodológicas para análise política em saúde disponíveis nas literaturas nacional e internacional, analisando tendências da produção de pesquisas na área no que se refere à construção teórico-metodológica.

Métodos

Trata-se de uma revisão integrativa das literaturas nacional e internacional, tendo em vista identificar, selecionar e apreciar criticamente a produção do conhecimento, produzindo uma síntese acerca das principais abordagens teórico-metodológicas para estudo de políticas de saúde, tendo como período de busca os últimos 5 anos (junho de 2012 a junho de 2017).

Para escolha da base de dados, foram estabelecidos como critérios a facilidade e a

gratuidade do acesso, além da abrangência do motor de busca e a qualidade do portal. Com isso, identificou-se como única fonte da pesquisa o Portal de Periódicos da Capes (Coordenação e Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior). Essa estratégia permite, ainda, evitar, em grande medida, o problema da replicação de estudos durante o processo de busca.

Os descritores foram retirados da MeSH e do DeCS, em inglês, e foram utilizados nas seguintes combinações: *health AND policy*; *health AND 'policy analysis'*; *health AND politics*; entre outros, como *theory, methods, theoretical approaches* etc. Foram utilizados, também, em português, processo decisório, processo político e saúde.

Como critérios de inclusão, foram considerados: artigo redigido em inglês, português ou espanhol; artigo completo acessível; artigo cujo foco é política de saúde (análise política em saúde e análise de políticas de saúde); estudos de revisão e estudos empíricos cuja descrição metodológica foi considerada aceitável. Como critérios de exclusão, foram considerados os artigos de opinião ou artigos que não disponibilizaram explicitação do quadro teórico-metodológico utilizado.

Foram selecionados, inicialmente, 115 artigos, dos quais foram retirados aqueles que se repetiram (3) e outros que, na leitura extensiva, revelaram-se inadequados (32). Foram, portanto, incluídos no estudo, ao todo, 80 trabalhos, sendo 68 empíricos e 12 estudos teóricos ou resenhas de livros. Os artigos internacionais consistiram em estudos de síntese previamente realizados, dentro do período da busca. Todos os trabalhos incluídos foram lidos na íntegra. Para análise do material obtido, os achados foram sistematizados em uma matriz que contemplou a identificação do artigo e seu resumo e as categorias de interesse da presente síntese (abordagem teórica, objeto de pesquisa, estratégia de pesquisa, exercício da reflexividade). Para apresentação dos achados, optou-se por distinguir o debate, em âmbito

internacional, das principais questões evidenciadas no Brasil.

Entre os estudos brasileiros, notou-se uma predominância de estudos empíricos. Com relação ao veículo de publicação, notou-se que as principais áreas de publicação são as de saúde coletiva e administração pública, seguidas de ciências políticas, sociologia e psicologia.

Resultados e discussão

Abordagens teórico-metodológicas para análise política em saúde no plano internacional

A discussão sobre análise política em saúde tem privilegiado estudos sobre: atores políticos²³; processo político²⁴; configuração da agenda²⁵; formulação da política²⁶; implementação da política^{27,28}; ou sobre modelos teóricos selecionados, como revisão sobre a teoria dos múltiplos fluxos de Kingdon²⁹, teoria do *street-level bureaucracy*²⁷.

A revisão de Gottems et al.²⁹ tomou como recorte principal as produções científicas sobre análise de políticas de saúde que utilizaram o modelo dos múltiplos fluxos de Kingdon. O estudo buscou analisar as contribuições e os limites desse modelo para estudo das políticas públicas de saúde no contexto do SUS. Segundo os autores, destacam-se como as contribuições à incorporação da ambiguidade nas decisões, na valorização da consistência das ideias contidas nas propostas e na análise das diferentes interpretações dos tomadores de decisão sobre os problemas de saúde. Como limites, os autores apontam a ênfase na atuação dos atores, em lugar do marco institucional, que conforma suas decisões.

Em 2014, foi publicado um conjunto de revisões internacionais acerca da análise de política de saúde²⁵⁻²⁸. A grande maioria dos trabalhos foi publicada na 'Health Policy and Planning', revista da London School

of Hygiene & Tropical Medicine voltada para análise de políticas e práticas de saúde nos países de renda baixa e média. Entre os autores, destacam-se os trabalhos da Professora Lucy Gilson.

O estudo de Walt e Gilson²⁵ identifica abordagens teóricas e conceituais para o estudo dos processos políticos em saúde com foco na conformação da agenda (*agenda setting*). Os autores fazem uma revisão de literatura na qual identificam como principais autores: Shiffman e Smith, cujo enfoque é específico para o setor saúde, além das abordagens de Kingdon e Baumgartner e Jones. Segundo os autores da síntese, o quadro teórico de Shiffman e Smith é apoiado em evidências empíricas oriundas de vários estudos de casos sobre os critérios utilizados na priorização da agenda. Quatro elementos são descritos como fatores que influenciam a definição das agendas global e nacional: a interação entre os atores e seu poder, ideias, contexto do ambiente político e características das próprias questões.

Segundo Walt e Gilson²⁵, a abordagem de Shiffman e Smith é de grande valor na análise de políticas, considerado um campo negligenciado e subdesenvolvido teoricamente. A síntese levanta, ainda, algumas questões sobre os significados atribuídos a conceitos comumente usados (como governança e instituições), destacando a necessidade de maior clareza conceitual na sua definição²⁵. Os autores apontam, além disso, a falta de contestabilidade ou do conflito, considerada uma lacuna a ser ainda desenvolvida pelos referenciais teórico-conceituais.

Erasmus²⁷ realizou uma revisão do tipo meta-etnográfica para sintetizar estudos de países de baixa e média renda que usaram a teoria da burocracia no nível da rua (*theory of street-level bureaucracy*). Os burocratas do nível da rua são trabalhadores que atuam na primeira linha (linha de frente) das burocracias estatais, como enfermeiros, interagindo diretamente com os cidadãos no cumprimento de suas funções de implementação de

políticas. Esses burocratas possuem algum poder discricionário sobre quais serviços são oferecidos, como os serviços são oferecidos e os benefícios e sanções atribuídos aos cidadãos. Seus pontos de vista sobre a política devem ser considerados, assim como suas ações na implantação das mesmas.

O estudo de Erasmus²⁷ incluiu apenas os trabalhos que usaram explicitamente a teoria da burocracia de rua, e, apesar de serem poucos, ele se mostrou potencialmente válido para a compreensão de uma conceituação mais clara e mais organizada dos fatores que moldam o comportamento dos burocratas no nível da rua. Os autores destacam a possibilidade de burocratas de nível de rua apoiarem ou se contraporem às políticas²⁷. Os trabalhos em países de baixa e média renda utilizaram, sobretudo, a noção de burocracia no nível da rua originalmente articulada pelos trabalhos da década de 1980, de Lipsky²⁷.

O trabalho de Jones et al.³⁰ discute uma abordagem teórica para entendimento das políticas nacionais de saúde global. Essas políticas configuram-se como uma composição, em que existem atores do setor da saúde, do desenvolvimento social e de assuntos exteriores. Apesar de haver uma literatura crescente, em que as teorias de relações internacionais e da governança global são empregadas para entender a política de saúde global em âmbito internacional, pouco se sabe sobre os processos políticos envolvidos nas políticas em escala nacional. As autoras propõem um quadro do processo político para entender como essas políticas são desenvolvidas e identificam desafios para pesquisadores de saúde pública, integrando ferramentas conceituais da ciência política numa perspectiva interdisciplinar.

Embrett e Randall³¹, em sua revisão de literatura sobre políticas para enfrentar determinantes sociais da saúde (políticas públicas saudáveis), identificam apenas sete artigos que usaram explicitamente uma teoria de análise de políticas, comumente

reconhecida, para direcionar suas análises. Os autores analisam que a literatura é caracterizada por estudos do tipo *advocacy*, em lugar de análises consistentes, e que o uso do referencial teórico de análise política é extremamente limitado. Quando as teorias são utilizadas, isso é feito de modo insuficiente ou inadequado. Os autores concluem que é fundamental que os pesquisadores ampliem sua compreensão sobre o processo político e construam seus objetos com maior aporte teórico.

Holden e Lin³² problematizam aspectos concernentes ao processo político e às redes de atores que nele operam, conforme o referencial teórico do autor Skok. Trata-se de uma abordagem analítica alternativa para explicar como os recursos estruturais mais amplos da rede podem influenciar os atores que participam de diferentes fases funcionais do ciclo de políticas.

Leeuw et al.²⁴ realizam uma revisão das teorias do processo político para a promoção da saúde, ilustrando a partir de evidências empíricas. Para os autores, a compreensão dos processos políticos e de suas teorias é fundamental para análises das mudanças políticas, sendo necessário ao campo da saúde servir-se da 'caixa de ferramentas' das ciências políticas.

Abordagens teórico-metodológicas para análise política em saúde no Brasil

ABORDAGENS TEÓRICAS, AUTORES DE REFERÊNCIA E CONCEITOS EMPREGADOS

Uma primeira observação a ser realizada sobre os estudos incluídos refere-se ao fato que pouco mais de um terço deles não descreve a abordagem teórica ou conceitual utilizada. Isso se verificou, especialmente, nos estudos sobre análise da implantação das políticas. Esse dado reforça a crítica feita ao campo de estudos de políticas de saúde, marcado pela rarefação teórica ou conceitual¹⁵. Mesmo no plano internacional, alguns autores referem que os estudos

empíricos caracterizam-se por serem mais descritivos do que analíticos, e teoricamente pouco consistentes^{10,33}.

De modo geral, pode-se evidenciar o uso de teorias de matrizes sociológicas e da ciência política; teorias de médio alcance para mediação empírica; e modelos teóricos propriamente ditos de análise política.

Na matriz sociológica, está o uso de autores como Bourdieu, Foulcault, Habermas, com aportes de teorias da ação social contemporânea. Entre os autores da ciência política, são mencionados Geva-May, Majone, Lindblom, Lasswell, Kingdon, Simon, entre outros. Não foi localizado estudo que se refira diretamente a Marx ou a autores marxianos, exceto um estudo que utilizou Gramsci em seu quadro teórico, combinado a outros referenciais. Estudos que se refiram a autores da sociologia clássica, como Weber e Durkheim, também não foram localizados.

Entre as teorias citadas, consideradas de médio alcance, encontra-se a teoria do stakeholder³⁴, teoria Ator-Rede de Latour³⁵, teoria da justificação de Boltanski e Thévenot³⁶, ou as contribuições de Brint e Haas³⁷ para o estudo da atuação da comunidade de especialistas no processo decisório.

Entre os modelos teóricos de análise política, destaca-se a utilização do Modelo do Ciclo de Políticas, Modelo de Fluxos Múltiplos de Kingdon; Modelo do Equilíbrio pontuado; Modelo do Quadro de Coligação de Defesa; e Modelo de Walt e Gilson. Abordagens novas como a do Grupo Strategor, francês, também são identificadas.

Os referenciais teóricos de maior utilização são o institucionalismo histórico³⁸⁻⁴¹ e o ciclo da política⁴²⁻⁴⁵ e trabalhos com enfoque bourdieusiano⁴⁶⁻⁴⁹.

Para o institucionalismo histórico, são usados como referências os autores Pierson, Thellen, Steinmo, Hall e Taylor. O 'neoinstitucionalismo' é um enfoque teórico da ciência política muito aplicado e sujeito a críticas. Na visão desses autores, o neoinstitucionalismo não se constitui numa corrente

unificada, havendo ao menos três métodos de análise diferenciados, a saber: institucionalismo histórico, institucionalismo da escolha racional e institucionalismo sociológico⁵⁰. O principal conceito empregado na abordagem institucionalista é o de trajetória de dependência (*path dependency*).

Segundo Bernardi⁵¹, o conceito de dependência da trajetória é originário da teoria econômica histórica e sofreu algumas mudanças ao ser incorporado na Ciência Política. A introdução dessa dimensão relaciona-se à importância dada à história na explicação dos fenômenos políticos e também sofre variações entre as correntes do institucionalismo, como na consideração da noção de contingência e na especificação dos tipos de sequências de eventos a serem considerados como dependentes da trajetória. O conceito tem sido utilizado como uma ferramenta analítica para estudar as sequências temporais de eventos e processos sociais.

A importância da história na análise de políticas tem sido enfatizada nos estudos ancorados na abordagem bourdieusiana⁴⁶⁻⁴⁹. A história opera na construção dos objetos científicos como instrumento de ruptura com o senso comum e mostra-se fundamental para construção dos espaços e campos de lutas sociais⁵². Os estudos sobre a gênese de políticas e movimentos sociais em saúde permitem apreender o momento da emergência dos processos sociais, conflituosos e ambíguos, por meio dos quais se expressa uma política, e que são geralmente obliterados pelo fenômeno da amnésia da gênese⁵².

Os principais conceitos empregados nas análises bourdieusianas das políticas de saúde têm sido o de espaço social, campo, capital, *habitus*, *illusio* e trajetória dos agentes^{46,47}. Destaca-se um consistente esforço de operacionalização dos conceitos e construção de indicadores como forma de tratamento empírico dos dados.

Para o ciclo da política⁴²⁻⁴⁵, tem-se trabalhado com autores como Howlett e Ramesh, além do cientista político inglês Ball. Esse referencial

foi utilizado ora como um todo⁴³, ora com ênfase em uma fase específica, como a formulação⁴⁵ ou a implementação de políticas⁴².

Chama a atenção o trabalho de Barreiro e Furtado⁵³, que visa a compreender a relação da judicialização com o modelo processual de política pública ou ciclo de políticas, por meio de uma aproximação teórica entre esses dois campos de análise. Os autores propõem uma reformulação para o modelo, inserindo a judicialização no ciclo de políticas públicas, a saber, o ciclo de políticas públicas judicializado.

Os estudos que usaram referencial foucaultiano⁵⁴⁻⁵⁶ utilizaram a noção de discurso como prática social, tendo em vista compreender a articulação entre um determinado contexto histórico-social e sua implicação em uma produção discursiva, bem como os conceitos de biopoder e biopolítica sobre as formas de governo da vida.

Entre os autores que utilizaram como referencial Habermas^{57,58}, destaca-se a incorporação da democracia participativa, no sentido que é dado pelo autor, conforme a teoria do agir comunicativo. O único trabalho que incorporou em seu quadro teórico a perspectiva Gramsciana⁴⁶ utiliza os conceitos de hegemonia e contra-hegemonia.

Entre os referenciais latino-americanos, cabe destacar que apenas um trabalho⁴³ fez menção ao referencial do Planejamento Estratégico em Saúde de Carlos Matus, utilizado tanto para análise de contexto quanto para análise dos atores. Virgens⁵⁹ publicou uma resenha sobre o livro 'Análise política em saúde: a contribuição do pensamento estratégico', do autor Federico⁶⁰, em que se apresentam a análise de categorias centrais do pensamento estratégico como ação, o papel do Estado, a constituição de atores sociais e o poder, e é enfatizada a sua fundamentação marxiana, como a que considera a ação dos atores sociais como historicamente situados. Apenas um trabalho utilizou autores brasileiros (Teixeira) para entendimento do processo político-gerencial⁶¹.

Entre os demais modelos que identificamos previamente na literatura internacional, destaca-se a utilização do Modelo de Fluxos Múltiplos de Kingdon⁶², da Teoria do Equilíbrio Pontuado/Interrompido⁶³; do Quadro de Coligação de Defesa⁶⁴; do Modelo de Walt e Gilson^{43,65}. Esses trabalhos encontram-se, em geral, publicados nas revistas do campo da administração pública ('Revista de Administração Pública', 'Revista de Administração Contemporânea').

O modelo de fluxos decisórios foi referido como importante para análise de arenas decisórias mais restrita – a legislativos e governos –, destacando-se o envolvimento de empreendedores, janelas de oportunidades, opinião pública e ações de políticos e funcionários, que podem resultar em mudanças e inovações políticas, quando gerados em conjunturas especiais⁶⁶.

O Modelo de Walt e Gilson foi referido em dois trabalhos^{43,65}. Esse modelo de análise política que é aplicado ao caso da saúde tem sido referido como de grande utilidade. O contexto no qual a política é formulada é de natureza política, sendo influenciado pelos valores, princípios e posições políticas dos governantes, bem como pela sua governabilidade, de forma que o modelo enfatiza a importância do 'onde' a política se desenvolve⁴³.

Um conjunto pequeno de trabalhos foi classificado como utilizando outros referenciais teóricos. Entre tais estudos, situam-se a teoria do *Stakeholder*³⁴, teoria Ator-Rede de Latour³⁵, teoria da justificação de Boltanski e Thévenot³⁶, ou as contribuições de Brint e Haas³⁷, para estudo da atuação da comunidade de especialistas no processo decisório.

Os estudos sobre processo decisório mobilizaram igualmente um conjunto bastante diversificado de autores, para os quais foram identificadas concepções sobre o processo decisório. Entre eles, situam-se os mais clássicos, como Lindblom⁶⁷ ou Hambric⁶⁸.

O estudo de Machado³⁴, voltado para formulação de uma política, buscou destacar os atores, considerados como *stakeholders*,

envolvidos nesse processo. Para tanto, utilizou a chamada teoria dos *stakeholders*. Esse tem sido um marco referencial para o estudo sobre atores sociais no âmbito das organizações. Pressupõe o mapeamento de *stakeholders*, assim como a análise de suas interações e o entendimento dos processos organizacionais. Como *stakeholders*, compreendem qualquer grupo ou indivíduo que influencia e é influenciado pelos propósitos de uma organização³⁴.

O artigo de Coêlho e Turgeon⁶⁹ utilizou o referencial de Berry e Berry e da técnica de modelagem Event History Analysis, com o objetivo de estudar os processos de mudança política e a análise de difusão de políticas. Os estudos da difusão interessam-se em saber o que motiva a adoção de um novo programa por outros governos, entre aspectos internos e por influência dos vizinhos ou pelas características locais. Para esses atores, sendo o Brasil um país redemocratizado e uma federação altamente descentralizada, é fundamental realizar estudos dessa natureza, ainda considerados recentes no País.

O trabalho de Burlandy et al.⁷⁰ incorporou o conceito de 'potencial conflito de interesse' no estudo da relação público-privada em saúde. Os autores estudaram os potenciais conflitos de interesses que envolvem o setor privado comercial no âmbito das políticas de promoção da saúde. Para esses autores, o conceito de conflitos de interesses vem sendo amplamente problematizado na literatura internacional como forma de confrontar os interesses públicos e privados, mas seu uso ainda é muito recente e limitado no Brasil. Segundo Burlandy et al.⁷⁰, o debate sobre os potenciais conflitos de interesses incluem um amplo conjunto de questões em torno da definição de interesse público e privado; das (im)possibilidades de que esses setores sejam tratados de forma tão distinta e dual (dada a privatização do público e os diferentes tipos de interesses que atravessam os governos); das distinções do setor privado

(com ou sem fins lucrativos; filantrópico; comercial); e, conseqüentemente, do que se denomina potencial conflito de interesse. Para os autores, esse conceito é fundamental para explicitar as assimetrias de poder nas relações público-privadas.

Moreira⁶⁶ aponta como importante contribuição ao estudo de análise política o modelo de Majone, sendo esse um aporte multidisciplinar e científico. Destacam-se como relevantes nesse modelo as opiniões e percepções de dirigentes e de especialistas setoriais.

Os estudos de Dalfior⁷¹ e Dalfior et al.⁷² utilizaram o referencial do Grupo de Estudos Strategor (França) como forma de abordar o processo de implementação de políticas públicas a partir da adaptação do enfoque da política institucional, por meio de quatro grandes áreas: decisão, estrutura, identidade e estratégia. Os autores enfatizam que esse método busca uma análise mais crítica sobre as instituições públicas, contudo, é oriundo da Escola de Altos Estudos Comerciais (Departamento de Estratégia e Política Empresarial, Jouy-em-Josas) e tem apelo empresarial.

Finalmente, a opção por associar diferentes autores ou ferramentas analíticas ocorreu em poucos trabalhos, como em Lyra e Araújo Júnior⁴³ e Soares e colaboradores⁴⁶.

PRINCIPAIS OBJETOS DE ESTUDO

A construção dos objetos de estudo não é apartada de uma teoria mais ampla que lhes distinga de noções comumente atribuídas pelo senso comum, ainda que douto. Os objetos não são apenas os temas das pesquisas, mas justamente sua leitura sob a luz de um dado referencial teórico, permitindo explorar o material empírico concreto em questão. Na análise política, podem-se distinguir, grosso modo, como objetos da análise: arenas e processos decisórios; atores políticos ou agentes sociais; configuração da agenda; em distintos momentos ou fases da política, incluindo sua gênese, formulação e implantação.

Estudos sobre arenas e processo decisório

O estudo das arenas políticas do SUS, enquanto fóruns deliberativos e consultivos específicos, apesar de assumir crescente relevância nos artigos, em particular, nos relativos ao processo decisório²⁹, ainda precisa ser mais desenvolvido, considerando a importância do processo de democratização das políticas de saúde no Brasil.

Nota-se, também, uma clara contribuição da análise de políticas para os estudos sobre regionalização, bem como da descentralização, entendida como diferentes formatos de transferência de status político para entes subnacionais⁶⁶. A regionalização do sistema público de saúde traz à tona os temas políticos relacionados à descentralização territorial ou à municipalização. Conforme Reis⁷³, a regionalização é um ‘campo minado’ por relações de força e poder, onde ocorrem as disputas de diversas políticas de saúde, de modo que deve ser colocada sob perspectiva e análise crítica.

Na análise do processo decisório, chama a atenção a pouca uniformidade de autores mobilizados para sua compreensão. O estudo do jogo político pelo referencial matusiano⁴⁵ permite identificar ‘concessões’ e ‘negociações’ realizadas pelos atores políticos, enquanto tomadores de decisão.

Estudos sobre os atores políticos/agentes sociais

O uso da categoria ator/agente é em si uma forma de tomada de posição teórica sobre a representação do conjunto de indivíduos, inseridos no jogo político, seja no âmbito do Estado, como nos espaços sociais mais amplos, ou, ainda, em espaços de lutas especializados e autonomizados. Representam os sujeitos, atores ou agentes engajados na proposição de uma política e que dispõem de interesses, valores, ‘ideologias’, projetos políticos, capitais/poderes e trajetórias sociais, políticas e profissionais distintas.

Poder-se-ia dizer, ainda – numa leitura bourdieusiana –, que esses indivíduos possuem uma origem social que lhes confere disposições (*habitus*) de classe, e sua passagem por campos diversos agrega-lhes disposições e investimentos (*illusio*) de distintos campos, sejam eles acadêmico, político, espaço militante, referente às burocracias estatais ou do espaço das práticas de saúde.

Para além de indivíduos, o conceito de atores inclui a identificação de instituições (órgãos públicos etc), tomadas em sua totalidade ou pelas instâncias no âmbito interno das organizações, como representantes de ‘sujeitos coletivos’ ou ‘sujeitos políticos’. É fundamental que esse conjunto de assertivas conceituais seja explicitado na construção dos objetos da análise política, enfrentando-se, assim, uma polêmica conceitual relevante, com foco nas instituições ou nos indivíduos.

O estudo desenvolvido por Lyra e Araújo Júnior⁴³ destacou a necessidade de análise prévia dos atores em cena em cada etapa do ciclo político para que se possam definir estratégias de viabilidade política, uma vez que identificaram tensões entre os atores ao longo da implantação da política analisada. O artigo de Barros et al.⁷⁴ também destaca a necessidade de se aprofundar o estudo dos diferentes atores envolvidos no processo, tornando as análises empreendidas mais complexas.

Na presente revisão, poucos trabalhos evidenciaram de forma mais detida os atores políticos e sua atuação na formulação da política. Quando presente, a discussão sobre os atores estava relacionada ao processo decisório da formulação de políticas.

Ressaltem-se os estudos sócio-históricos^{46,47,52}, orientados pela sociologia genética de Bourdieu, cujas estratégias de pesquisa implicam análise das trajetórias sociais e profissionais de agentes, distribuídos num dado espaço social, segundo diferentes espécies de capitais, confrontados com as condições históricas para a gênese da política.

O estudo de Jesus e Teixeira⁴⁵ também realizou a caracterização dos atores políticos,

envolvidos no processo de formulação/planejamento do Plano Estadual de Saúde no estado da Bahia, no período 2007-2010. Os autores utilizam o referencial matusiano para definição do conceito de ator político, assim como de jogo político e jogo social. Foi identificado o conjunto de atores internos e externos à Secretaria da Saúde, bem como destacado o ator central, cuja acumulação política e técnica mostrava-se mais acentuada no processo decisório relativo à formulação do plano. A atuação desses atores esteve relacionada à construção de métodos, técnicas e instrumentos, na articulação intra e intersectorial de processos de trabalho, na capacitação das equipes técnicas e de gestão⁴⁵.

Entre os trabalhos sobre a atuação dos atores políticos, destaca-se o estudo de Costa³⁷, que analisou a atuação do Comitê Técnico Assessor para terapia antirretroviral do programa de Aids brasileiro, considerando sua intermediação no processo decisório de inclusão de novos medicamentos antirretrovirais aos serviços do SUS. Esse enfoque problematiza o lugar dos especialistas na produção de ideias para a formação da agenda política e a tomada de decisão.

Estudos sobre a configuração da agenda

Por agenda, pode-se compreender o ‘espaço problemático’ de uma sociedade, representando a identificação e a incorporação dos temas considerados passíveis de se converter em política pública¹. Referindo-se às contribuições de Oszlak, os autores analisam que a agenda reflete o que o Estado faz, de modo que este pode ser entendido como produto da sobreposição das numerosas agendas construídas, negociadas, modificadas ou excluídas ao longo da história.

O estudo de Metten et al.⁶² sobre a introdução do complexo econômico industrial da saúde na agenda de desenvolvimento foi realizado com o referencial teórico de fluxos múltiplos, elaborado por Kingdon, em 2003, utilizando como método de análise a

confrontação dos fluxos de problemas, de soluções e de políticas.

Para os autores⁶², esse modelo, considerado uma ferramenta analítica, permite identificar os elementos de natureza socioeconômica, política e institucional que configuram os determinantes da tomada de decisão que leva à introdução da base produtiva na política de desenvolvimento nacional. Os elementos político-institucionais seriam considerados centrais ao processo de tomada de decisão do que se pretende estudar (problemas, soluções e contexto macropolítico).

O estudo de Lima et al.³⁹ analisou a produção da política relacionada às Unidades de Pronto Atendimento (UPA) no estado do Rio de Janeiro, entre 2007 e 2013, com foco na identificação das relações intergovernamentais envolvidas nesse processo. Os autores utilizaram como referencial a definição de agenda e implementação de políticas públicas e em contribuições do institucionalismo histórico. A entrada e a permanência das UPA na agenda estadual de saúde também foram analisadas. Utilizou-se como referencial o modelo de múltiplos fluxos adaptado de Kingdon. A agenda foi tomada como conjunto de temas que atraíram a atenção dos agentes governamentais do estado envolvidos com a política de saúde, entre eles, governador, secretário de saúde e corpo dirigente da Secretaria de Estado de Saúde.

Estudos sobre a gênese, formulação e implantação das políticas

Os estudos de gênese da política estão interessados nas origens da política, a partir da (re)construção de um espaço social de lutas cuja estrutura interna revela as posições ocupadas por distintos agentes nele engajados, sua diferenciação de outros espaços, bem como as condições de possibilidade que lhe deram origem. Nos estudos sócio-históricos, interessa reconstruir a dinâmica do jogo social como produto das estratégias de diferentes grupos de agentes

que se interessam em construir o problema social como objeto de uma política⁷⁵.

O estudo de Jesus e Teixeira⁴⁵, já referido, examinou a formulação de políticas por meio do ciclo de políticas e também dos aportes matusianos mencionados. O processo de formulação levou em conta as negociações em torno dos problemas e das demandas, assim como a conformação da agenda, considerando a janela de oportunidades estabelecidas, além dos posicionamentos e motivações dos atores e empreendedores na construção do plano. O trabalho foi também apoiado no ciclo de políticas.

O estudo sobre a implantação das políticas é o mais frequente entre os trabalhos empíricos encontrados na presente revisão. Uma diversidade de estudos analisa o modo como têm funcionado as políticas. Fica claro, contudo, que alguns estudos realizam apenas uma análise do conteúdo da política, apoiados apenas em revisão documental.

No escopo temporal analisado, observa-se uma predominância de estudos voltados para a implementação de políticas. Como possíveis lacunas, nota-se a escassa produção de estudos que enfatizem a relação entre os poderes (Executivo, Legislativo e Judiciário), as relações intergovernamentais e o federalismo brasileiro. Questões políticas como aquelas vinculadas ao financiamento setorial e à judicialização ainda não têm sido investigadas com o aporte da análise política, salvo alguns trabalhos⁶⁶. A relação público-privada é um tema que necessita de mais investigação e aporte teórico. Entre os novos objetos colocados, há um destaque para trabalhos no campo da governança e sua relação com análise política.

O estudo sobre os atores políticos e suas influências precisa ser mais bem delimitado e aprofundado. Qual é a influência no processo decisório e na implantação de políticas de atores governamentais e não governamentais dentro e fora do setor saúde? Qual tem sido a influência de grupos de interesse, entre eles, o forte lobby que opera no Legislativo

brasileiro? Qual é a força dos organismos multilaterais (Organização das Nações Unidas – ONU, Fundo Monetário Internacional – FMI, Organização Mundial do Comércio – OMC, Banco Mundial, entre outros) na definição das políticas de saúde? Estes últimos possuem historicamente uma atuação impositiva na difusão da agenda de governos latino-americanos em distintas áreas sociais⁷⁶.

Entre as questões novas que merecem aprofundamento, destaca-se, também, o estudo da comunidade de especialistas e sua contribuição para o processo decisório das políticas de saúde. Cabe também aprofundar o estudo do papel exercido pelos institutos de análise política (*policy analysis institutes*), os chamados *think tanks*. Ou, ainda, a relação entre mídia e análise política, como evidenciado na coletânea de Vaitsman²¹.

ESTRATÉGIAS DE PESQUISA E EXERCÍCIO DA REFLEXIVIDADE

A grande maioria dos estudos empíricos incluídos utiliza como estratégia de pesquisa a combinação de análise documental com entrevista de informantes-chave. Apenas alguns caracterizam-se por estudos de caso^{34,38,45,65,67,71,77} ou estudos de casos múltiplos⁷⁸, enquanto outros apresentam seus estudos como uma análise exploratória^{79,80}. Muitos trabalhos utilizam a designação ‘estudos qualitativos’ para se referirem à estratégia da pesquisa, o que, em realidade, não permite identificar ou caracterizar a estratégia utilizada. Sendo a análise política fortemente dependente da dimensão contextual, os estudos de caso mostram-se como estratégias adequadas, ainda que tenham limitações quanto ao potencial de generalização.

O uso dos documentos é referido tanto nos estudos contemporâneos como nos trabalhos históricos⁴⁷. Em um dos trabalhos, os documentos foram tomados como práticas discursivas e estratégias de poder, sendo considerados indicadores de possíveis acordos em dado contexto de disputas de interesses e concepções⁷⁰.

O recurso à linha do tempo^{70,81} e a periodização⁴⁷ foram também explorados como forma de identificar os diferentes momentos da política em análise e/ou das conjunturas políticas. Os estudos cujo referencial analítico é o institucionalismo histórico centram suas análises nas instituições, de modo que procuram identificar os atores sociais e os agentes institucionais que conduzem o processo em análise, recuperando sua trajetória e tendo como marco temporal um dado intervalo de tempo.

Dessa forma, os trabalhos de análise política articulam fontes primárias e secundárias, às quais se aplicam referencial teórico da ciência política ou da sociologia, conforme apresentados em seção anterior. A operacionalização dos conceitos e a construção de categorias de análise para tratamento do material empírico não foram evidenciadas na maioria dos trabalhos. Alguns deles^{34,67} informam utilizar técnicas de análise do conteúdo para tratamento do material.

Para Moreira et al.⁶⁶, a análise de políticas visa à produção de explicações, tendo em vista produzir recomendações, articulando o levantamento de informações que poderão ser obtidas por meio de entrevistas que captem as percepções e opiniões de dirigentes, especialistas, lideranças e empreendedores; bem como análise de documentos e normativas; dados administrativos; e inquéritos de vários tipos.

Na análise sobre a reflexividade, considerou-se em que medida os próprios autores realizam um retorno reflexivo sobre sua postura teórica, analisando as condições sociais de possibilidade implicadas na pesquisa. Ou, ainda, de que forma situam sua perspectiva teórica frente a perspectivas concorrentes no campo. Ou seja, a reflexividade permite indagar “quais questões nós formulamos ou deixamos de formular, quais dados construímos, quais observações levamos a cabo”⁸²⁽⁹⁴⁾.

De modo geral, poucos trabalhos refletem sobre o emprego de suas abordagens

teórico-metodológicas, considerando seus limites e contribuições. Apenas quando se tratava do uso de um enfoque novo foram feitas ponderações quanto a seu alcance.

Alguns autores⁴³ consideram que uma análise de política neutra é um mito, uma vez que os valores do analista estão sempre presentes. Sendo assim, enfatizam a necessidade de reconhecer as concepções ideológicas daqueles que analisam uma política.

Finalmente, cotejando os dois âmbitos da busca, nacional e internacional, podemos dizer que a literatura voltada para análise de políticas em saúde converge em considerar que esse é um campo de frágil consistência analítica e ainda em construção teórica. Nesses dois contextos, os principais objetos tematizados incluem o estudo dos atores políticos, do processo político, da configuração da agenda e da formulação e da implementação das políticas. A teoria dos fluxos múltiplos de Kingdom é bastante referida, em ambos os casos. Teorias de médio alcance, como a 'teoria da burocracia de rua', vêm sendo utilizadas de forma crescente, tanto no exterior como no Brasil, ainda que seus conceitos exijam maior clareza e consistência. Em geral, nota-se mais ênfase nos quadros conceituais das ciências políticas, de origem americana ou inglesa, do que nas abordagens sociológicas.

Entre estas últimas perspectivas, mais adotadas no Brasil do que fora, é fundamental ampliar e aproximar o debate entre autores e teorias da ação social contemporânea, como Bourdieu, Foulcault, Habermas ou Gramsci e Testa, como perspectivas marxistas. Tal diálogo permitiria superar limitações presentes no interior de cada sistema teórico, possibilitando construir um quadro referencial mais amplo, que situe compreensões acerca do Estado, da sociedade e do mercado brasileiros, face ao espaço das políticas e do poder em saúde, mapeando lutas concorrenciais, ao tempo em que contempla uma dimensão de dinamicidade, representadas pela importância das análises histórica

e contextual. Operar com os conceitos implica usá-los em favor do trabalho empírico, a fim de fortalecer o campo da análise política em saúde, superando seu caráter meramente descritivo.

Considerações finais

A revisão integrativa permitiu objetivar o conjunto de abordagens teórico-metodológicas utilizadas para estudo da análise política em saúde, no que se refere ao processo político em saúde, às relações de poder e suas configurações, à constituição de espaços sociais de luta, que levam à adoção de políticas de saúde como expressão da ação do Estado ou daquilo que ele deixa de fazer diante das necessidades sociais de saúde. O estudo de síntese identificou um conjunto heterogêneo de autores, enfoques teóricos, modelizações de teoria, recortes e objetos, estratégias de pesquisa e aspectos concernentes à dimensão da reflexividade.

Apresentado como uma descrição das evidências, o estudo poderá subsidiar um debate que permita analisar a adequação, a pertinência e o alcance das abordagens teórico-metodológicas, como forma de adensar criticamente a área da análise política em saúde, considerada recente no Brasil, e que vem se constituindo numa pluralidade de escolas, de distintas tradições, cujo potencial de diálogo teórico precisa ser estabelecido.

De modo geral, os estudos no Brasil são publicados no campo da saúde coletiva, apoiados nas teorias de matrizes sociológicas e das ciências políticas, como estudos sobre a gênese de políticas de perspectiva bourdiesiana e estudos embasados no institucionalismo histórico. Trabalhos no campo da Administração Pública utilizam-se dos modelos teóricos construídos com influências de cientistas políticos norte-americanos. Os quadros teóricos são aplicados ao material empírico, mas falta, muitas vezes, um trabalho de operacionalização dos conceitos. Em geral, as pesquisas constituem-se em estudos

de caso que combinam entrevistas com informantes-chave e análise documental.

O conjunto de estudos de análise política em geral recorre ao uso de teorias de médio alcance, modelizações teóricas, como quadros analíticos, metáforas e conceitos próprios. O uso de teoria social crítica, como enfoques sociológicos, vem sendo realizado mais recentemente e possibilita uma retomada da tradição da ciência política europeia, que tematiza objetos como o Estado para além do estudo dos governos, impulsionados pela vertente norte-americana.

Entre as contribuições de matriz sociológica, podem-se apontar os estudos de análise política sócio-histórica⁷⁵ como avanços importantes, na medida em que problematizam a construção social dos problemas e suas definições, a partir da constituição de um espaço de configurações possíveis, onde situam-se grupos de agentes com interesses distintos e conflitivos. Nessa perspectiva, uma política de saúde poderá apresentar-se de forma ambígua, na medida em que resulta da acomodação dos diversos pontos de vista em disputa.

Nos modelos revisados, não fica claro qual é a visão do Estado adotada pelos autores. Os conceitos de Política ou de Política de Saúde também são pouco mencionados. Na grande maioria dos estudos revisados, o conceito de classe social também não é tematizado. Seria preciso delimitar qual é a configuração particular assumida pelo Estado em cada país e o momento histórico, como, por exemplo, evidenciar particularidades do Estado brasileiro. Ou, ainda, devem-se evidenciar os modos como o Estado capitalista tem mediado os conflitos

entre capital e trabalho ou sua natureza conflitiva e contraditória na produção de bens e serviços de interesse coletivo ou concedendo direitos e benefícios aos diferentes segmentos sociais⁶². A incorporação de quadros referenciais com autores latino-americanos, notadamente Mario Testa⁶⁰, certamente representa uma retomada da ancoragem marxista, que tem a centralidade da categoria poder em saúde (acumulações, trocas e dinâmicas, tipos) como recurso analítico distinto para tratamento do material empírico.

Cabe destacar, também, que o esforço da construção teórica deve ocorrer aliado à realização de trabalhos empíricos. Conforme aponta Bourdieu⁸³, a lógica do mundo social deve ser capturada na particularidade de uma realidade empírica, historicamente situada e datada, a fim de que possa ser construída como caso particular do possível (noção bachelardiana).

Como limitações do presente estudo, deve-se ponderar a possibilidade de não captura de trabalhos igualmente relevantes, que façam parte de outros acervos, ou que ainda não estejam publicados, senão sob a forma de teses, dissertações ou livros.

Recomenda-se, finalmente, a ampliação da revisão internacional, com escopo de busca mais abrangente, a fim de incorporar de forma sistemática trabalhos significativos, ora não incluídos pela presente revisão. Por outro lado, o aprofundamento do estudo de cada marco teórico e das diferentes perspectivas mapeadas poderá auxiliar na definição de conceitos-chave e instrumental analítico para análise política em saúde. ■

Referências

1. Serafim MP, Dias RB. Análise de política: uma revisão da literatura. *Cad Gestão Social*. 2012; 3(1):121-134.
2. Labra EM, Vaitsman J, Ribeiro JM, et al. Policy analysis in Brazil. Bristol: University of Bristol; 2013. *Ciência Saúde Colet*. 2015; 20(4):1305-1306.
3. Labra EM. Análise de políticas, modos de policy making e intermediação de interesses: uma revisão. *Physis*. 1999; 9(2):131-166.
4. Farah MFS. Análise de políticas públicas no Brasil: de uma prática não nomeada à institucionalização do 'campo de públicas'. *Rev Adm Pública*. 2016; 50(6):959-979.
5. Collins T. Health policy analysis: a simple tool for policy makers. *Public Health*. 2005; 119(3):192-196.
6. Viana AL. Abordagens metodológicas em políticas públicas. *Rev Adm Pública*. 1996; 30(2):5-43.
7. Serafim MP, Dias RB. Análise de política: uma revisão da literatura. *Cad Gestão Social*. 2012; 3(1):121-134.
8. Teixeira CT, Silveira P, organizadores. Glossário de análise política em Saúde. Salvador: Edufba; 2016.
9. Santos JS, Teixeira CF. Política de saúde no Brasil: produção científica 1988-2014. *Saúde debate*, 2016; 40(108):219-230.
10. Gilson L, Raphaely N. The terrain of health policy analysis in low and middle income countries: a review of published literature 1994–2007. *Health Policy Plan*. 2008; 23(5):294-307.
11. Oliver A. Transatlantic comparative health policy analyses: introduction. *Health Econ Policy Law*. 2014; 9(3):271-280.
12. Levcovitz E, Baptista TWF, Uchoa SAC, et al. Produção de conhecimento em política, planejamento e gestão em saúde e políticas de saúde no Brasil (1974-2000). Brasília, DF: OPAS; 2003.
13. Paim JS, Teixeira CF. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Rev Saúde Pública*, 2006; 40:73-78.
14. Teixeira CF. Produção científica sobre política, planejamento e gestão no campo da saúde coletiva: visão panorâmica. In: Paim JS, Almeida Filho N. *Saúde Coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Medbook; 2014. p. 585-594.
15. Baptista TWF, Azevedo CS, Machado CV. Políticas, planejamento e gestão em saúde: abordagens e métodos de pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015.
16. Baptista TWF, Mattos RA, organizadores. *Caminhos para análise das políticas de saúde*. Porto Alegre: Rede Unida; 2015.
17. Teixeira CF. Enfoques teórico-metodológicos do planejamento em saúde: Planejamento Em Saúde: Conceitos, Métodos E Experiências. Salvador: Edufba; 2010.
18. Mainardes J, Ferreira MS, Tello C. Análise de políticas: fundamentos e principais debates teórico-metodológicos. In: Ball SJ, Mainardes J, organizadores. *Políticas educacionais: questões e dilemas* [internet]. São Paulo: Cortez; 2015 [acesso em 2018 out 15]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/264044968_Analise_de_politicas_fundamentos_e_principais_debates_teorico-metodologicos.
19. Souza C. Políticas públicas: uma revisão de literatura. *Sociologias*. 2006; 8(16):20-45.
20. Marques E. As políticas públicas na Ciência Política. In: Marques E, Faria MAP, organizadores. *A política pública como campo multidisciplinar*. São Paulo: Unesp; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013. p. 23-46.
21. Vaitsman J, Mendes Ribeiro J, Lobato L. *Policy Analysis in Brazil*. Bristol: Policy Press; 2013.
22. Draibe SM. *Policy Analysis in Brazil: Emergence and*

- Institutionalisation. *Journal of the Brazilian political science association. Bras Political Sci Rev.* 2014 [acesso em 2017 set 5]; 8(2):118-122. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-38212014000100014>.
23. Holden, Carol A, Lin V. Network structures and their relevance to the policy cycle: A case study of The National Male Health Policy of Australia. *Soc Sci Med.* 2012 jan;74(2):228-235.
 24. Leeuw E, Clavier C, Breton E. Health policy: why research it and how: health political science. *Health Res Policy Syst.* 2014; 12:55.
 25. Walt G, Gilson L. Can frameworks inform knowledge about health policy processes? Reviewing health policy papers on agenda setting and testing them against a specific priority-setting framework. *Health Policy Plan.* 2014; 29(supl.3):6-22.
 26. Berlan D, Buse K, Shiffman J, et al. The bit in the middle: a synthesis of global health literature on policy formulation and adoption. *Health Policy Plan.* 2014; 29:23-34.
 27. Erasmus E. The use of street-level bureaucracy theory in health policy analysis in low- and middle-income countries: a meta-ethnographic synthesis. *Health Policy Plan.* 2014; 29(supl.3):70-78.
 28. Gilson L. Qualitative research synthesis for health policy analysis: what does it entail and what does it offer? *Health Policy Plan.* 2014; 29(supl.3):1-5.
 29. Gottens LBD, Pires MRGM, Calmon PCD, et al. O modelo dos múltiplos fluxos de Kingdon na análise de políticas de saúde: aplicabilidades, contribuições e limites. *Saúde Soc.* 2013; 22(2):511-520.
 30. Jones CM, Clavier W, Potvin L. Adapting public policy theory for public health research: A framework to understand the development of national policies on global health. *Soc Sci Med.* 2017; 177:69-77.
 31. Embrett MG, Randall GE. Social determinants of health and health equity policy research: Exploring the use, misuse, and nonuse of policy analysis theory. *Soc Sci Med.* 2014; 108:147-155.
 32. Holden CA, Lin V. Network structures and their relevance to the policy cycle: A case study of The National Male Health Policy of Australia. *Soc Sci Med.* 2012; 74(2):228-235.
 33. Walt G, Shiffman J, Schneider H, et al. 'Doing' health policy analysis: methodological conceptual reflections and challenges. *Health Policy Plan.* 2008; 23(5):308-317.
 34. Machado SHS. O uso da teoria de stakeholders em uma análise da etapa de formulação da Política Nacional de Medicamentos. *Rev Adm Pública.* 2013; 47(3): 543-565.
 35. Tenorio M. Políticas de fomento à ciência, tecnologia e inovação em saúde no Brasil e o lugar da pesquisa clínica. *Ciênc Saúde Colet.* 2017; 22(5):1441-1454.
 36. Albuquerque TIP, Sá RMPF, Araújo Júnior JLAC. Perspectivas e desafios da nova Política Nacional de Promoção da Saúde: para qual arena política aponta a gestão? *Ciênc Saúde Colet.* 2016; 21(6):1695-1706.
 37. Costa NR. Comunidades de especialistas e formação de interesses no programa de aids do Brasil. *Ciênc Saúde Colet.* 2017; 22(5):1479-1488.
 38. Strauz M, Azambuja A. Política de atenção à saúde do servidor público federal no Brasil: atores, trajetórias e desafios. *Ciênc Saúde Colet.* 2017; 22(5):1429-1440.
 39. Lima LD, Machado CV, O'Dwyer G, et al. Interdependência federativa na política de saúde: a implementação das Unidades de Pronto Atendimento no estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc Saúde Colet.* 2015; 20(2):595-606.
 40. Dias HS, Lima LD, Teixeira M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. *Ciênc Saúde Colet.* 2013; 18(6):1613-1624.

41. Lima LD, Viana ALA, Machado CV, et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012; 17(11):2881-2892.
42. Chaves SCL, Santos CL. Política de Saúde Bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados. *Ciênc Saúde Colet*. 2017; 22(6):1791-1803.
43. Lyra TM, Araújo Júnior JLAC. Análise de política: estudo da política pública de saúde ambiental em uma metrópole do nordeste brasileiro. *Ciênc Saúde Colet*. 2014; 19(9):3819-3828.
44. Malta DC, Morais Neto OL, Silva MMA, et al. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. *Ciênc Saúde Colet*. 2016; 21(6):1683-1694.
45. Jesus WLA, Teixeira CF. Planejamento governamental em saúde no estado da Bahia, Brasil: atores políticos, jogo social e aprendizado institucional. *Ciênc Saúde Colet*. 2014; 19(9):3839-3858.
46. Soares CLM, Paim, JS, Chaves SCL. O movimento da Saúde Bucal Coletiva no Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2017; 22(6):1805-1815.
47. Barros SG, Vieira-da-Silva LM. The genesis of the AIDS policy and AIDS Space in Brazil (1981-1989). *Rev Saúde Pública* [internet]. 2016 [acesso em 2017 set 22]; 50:43. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000100227.
48. Lopez BS, Nunes MMC. Quando uma proposição não se converte em política? O caso da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde de Adolescentes e Jovens--PNAISAJ. *Ciênc Saúde Colet*. 2013; 18(4):1179-1188.
49. Silva MBB. Emergência de uma política, extinção de uma coordenação: sobre a gestão da saúde penitenciária no Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2016; 21(7):2021-2030.
50. Hall P, Taylor RCR. As três versões do neo-institucionalismo. *Rev Cultura Pol*. 2003; (58):193-223.
51. Bernardi BB. O conceito de dependência da trajetória (path dependence): definições e controvérsias teóricas. *Perspectivas*. 2012; 41:137-167.
52. Vieira-da-Silva LM, Chaves SCL, Esperidião MA, et al. Análise Sócio histórica das políticas de saúde: algumas questões metodológicas da abordagem bourdieusiana. In: Teixeira CF, organizadora. *Observatório de Análise Política em Saúde*. Salvador: Edufba; 2016. p. 15-40.
53. Barreiro GSS, Furtado RPM. Inserindo a judicialização no ciclo de políticas públicas. *Rev Adm Pública*. 2015 mar-abr; 49(2):293-314.
54. Lara L, Guareschi NMF, Bernardes AG. Reforma sanitária e a privatização da saúde em um contexto biopolítico de garantia de direitos. *Psicol Soc*. 2016 ago; 28(2):360-368.
55. Cardozo PP, Sodré F, Rodrigues A. Regulamentação da vida no processo transexualizador brasileiro: uma análise sobre a política pública. *Rev Katálysis*. 2016; 19(2):260-269.
56. Martins Alberto Mesaque, Malamut Bernardo Salles. Análise do discurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Saúde Soc*. 2013; 22(2):429-440.
57. Campos RF. Citizen participation and the health policies of Unasur. *Ciênc Saúde Colet*. 2017 jul; 22(7):2161-2167.
58. Müller Neto JS, Artmann E. Política, gestão e participação em Saúde: reflexão ancorada na teoria da ação comunicativa de Habermas. *Ciênc Saúde Colet*. 2012; 17(12):3407-3416.
59. Virgens JHA. Resenhas. *Ciênc Saúde Colet*. 2017 jun; 22(6):2083-2084.
60. Federico L. Análise política em saúde: a contribuição

- do pensamento estratégico. Salvador: Edufba; 2015.
61. Sousa MC, Esperidião MA, Medina MG. Intersectorality in the 'Health in Schools' Program: an evaluation of the political-management process and working practices. *Ciênc Saúde Colet*. 2017; 22(6):1781-1790.
 62. Metten A, Costa LS, Gadelha CAG, et al. A introdução do complexo econômico industrial da saúde na agenda de desenvolvimento: uma análise a partir do modelo de fluxos múltiplos de Kingdon. *Rev Adm Pública*. 2015; 49(4):915-936.
 63. Silvestre HC, Araujo JFFE. Teoria do equilíbrio pontuado nas políticas públicas Brasileiras: o caso do Ceará. *RAC*. 2015; 19(6):696-711.
 64. Gurgel Junior GD. Health sector reform and social determinants of health: building up theoretical and methodological interconnections to approach complex global challenges. *Rev Bras Epidemiol*. 2014 jan; 17(sup.2):53-67.
 65. Coelho A, Diniz A, Hartz Z, et al. Gestão integrada da doença renal crônica: análise de uma política inovadora em Portugal. *Rev Port Saúde Pública*. 2014; 32(1):69-79.
 66. Moreira MR, Ribeiro JM, Ouverney AM. Political Obstacles to Regionalization of the SUS: perceptions of Municipal Health Secretaries with seat in the Bipartite Interagency Commissions. *Ciênc Saúde Colet*. 2017; 22(4):1097-1108.
 67. Kleba ME, Comerlato D, Munaretti KM. Instrumentos e mecanismos de gestão: contribuições ao processo decisório em conselhos de políticas públicas. *Rev Adm Pública*. 2015; 49(4):1059-1079.
 68. Pacheco JMC, Gomes R. Decision making and senior management: the implementation of change projects covering clinical management in SUS hospitals. *Ciênc Saúde Colet*. 2016; 21(8):2485-2496.
 69. Coêlho DB, Cavalcante P, Turgeon M. Mecanismos de difusão de políticas sociais no Brasil: uma análise do Programa Saúde da Família. *Rev Sociol Polít*. 2016 jun; 24(58):145-165.
 70. Burlandy L, Alexandre VP, Gomes FS, et al. Políticas de promoção da saúde e potenciais conflitos de interesses que envolvem o setor privado comercial. *Ciênc Saúde Colet*. 2016; 21(6):1809-1818.
 71. Dalfior ET, Lima RCD, Contarato PC, et al. Análise do processo de implementação de políticas de saúde: um estudo de caso baseado no enfoque da política institucional. *Saúde debate*. 2016; 40(111):128-139.
 72. Dalfior ET, Lima RCD, Andrade MAC. Implementação de políticas públicas: metodologia de análise sob o enfoque da política institucional. *Saúde debate*. 2015; 39:283-297.
 73. Reis AAC. Reflexões para a construção de uma regionalização viva. *Ciênc Saúde Colet*. 2017 abr; 22(4):1045-1054.
 74. Barros AS, Medeiros JP, Araujo JMM, et al. Análise das etapas do processo decisório para a construção da política de estágio da secretaria municipal de saúde de Natal/RN. *Holos*. 2015; 6:161-174.
 75. Pinell P. Análise sociológica das políticas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.
 76. Leite CKS, Mafra J. Políticas de transferência de renda no Brasil e organismos multilaterais: protagonismo governamental? In: 22. Simpósio Internacional de Iniciação Científica e Tecnológica da USP. São Paulo: USP; 2014 [acesso em 2017 set 5]. Disponível em: <https://uspdigital.usp.br/siicusp/cdOnlineTrabalhoVisualizarResumo?numeroInscricaoTrabalho=2576&numeroEdicao=22>.
 77. Garnelo L. Health regionalization in Amazonas: progress and challenges. *Ciênc Saúde Colet*. 2017 abr; 22(4):1225-1234.
 78. Casanova AO, Cruz MM, Giovanela L, et al. A implementação de redes de atenção e os desafios da governança regional em saúde na Amazônia Legal:

- uma análise do Projeto QualisUS-Rede. *Ciênc Saúde Colet.* 2017;22(4):1209-1224.
79. Popadiuk GS, Oliveira DC, Signorelli MC. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios. *Ciênc Saúde Colet.* 2017; 22(5):1509-1520.
80. Barros AS, Medeiros JP, Araujo JMM, et al. Análise das etapas do processo decisório para a construção da política de estágio da secretaria municipal de saúde de Natal/RN. *Holos.* 2015; 6:161-174.
81. Dias HS, Lima LD TM. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. *Ciênc Saúde Colet.* 2013; 18(6):1613-1624.
82. Oliveira SR, Piccinini VC. Validade e reflexividade na pesquisa qualitativa. *Cadernos EBAPE.BR.* 2009; 7(1):88-98.
83. Bourdieu P. O campo científico. In: Ortiz R, organizador. *Bourdieu: sociologia.* São Paulo: Olho d'Água; 2003. p. 112-143.

Recebido em 15/07/2018
Aprovado em 05/09/2018
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Estado da arte dos observatórios em saúde: narrativas sobre análises de políticas e sistemas

State of the art of health observatories: narratives on policy and systems analysis

Marcele Carneiro Paim¹, Maria Ligia Rangel Santos²

DOI: 10.1590/0103-11042018S225

RESUMO A democratização e a facilidade de publicação da informação, apoiadas nas novas Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), vêm proporcionando o uso crescente de ferramentas designadas ‘observatórios’ como um dispositivo institucional para a saúde. A expansão da demanda por informações no processo de elaboração e/ou monitoramento de políticas públicas das mais distintas áreas e campos de produção de conhecimento é um fator que vem oportunizando, nas últimas décadas, a utilização dessas ferramentas em muitos países, entre eles, o Brasil. Este artigo tem por objetivo apresentar os resultados de uma revisão de literatura acerca dos observatórios existentes na área de saúde, caracterizando a produção científica sobre experiências brasileiras e internacionais dedicadas à temática da análise de políticas e sistemas. Foram identificados os principais temas de investigação, pesquisadores e resultados de estudos, com o intuito de discutir as funções desses observatórios e possíveis contribuições para as políticas de saúde. Através de busca avançada em bases de dados, foram encontradas 233 publicações. A partir de critérios de inclusão e exclusão, selecionaram-se 40 estudos para análise e categorização. A maioria dos estudos revela que os observatórios apresentaram como função oferecer informações com credibilidade para acompanhamento de políticas de saúde, planejamento estratégico e tomadas de decisão baseadas em evidências. Cabe ressaltar a tendência de potencializar a capacidade da força de trabalho em pesquisa em saúde, de facilitar a gestão dos dados e a disponibilização da informação, bem como o funcionamento como repositório virtual de informações ou, ainda, a organização em rede. Conclui-se com uma reflexão sobre os limites e possibilidades dos observatórios como uma nova ferramenta para políticas de saúde.

PALAVRAS-CHAVE Observatórios de saúde. Tecnologias de Informação e Comunicação. Políticas de saúde. Sistemas de saúde.

ABSTRACT *The democratization and ease of publication of information, supported by new Information and Communication Technologies (ICT), has provided the increasing use of tools designated as ‘observatories’ as an institutional device for health. The expansion of the demand for information in the process of elaboration and/or monitoring of public policies of the most distinct areas and fields of knowledge production has been a factor that has facilitated, in recent decades, the use of these tools in many countries, among them Brazil. This article aims to present*

¹Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3065-2144> celepaim@hotmail.com

²Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7340-3132> maria.lirangel@gmail.com



the results of a review of the literature on existing observatories in the health area, characterizing the scientific production on Brazilian and international experiences dedicated to the analysis of policies and systems. The main research themes, researchers and study results were identified, with the purpose of discussing the functions of these observatories and possible contributions to health policies. Through an advanced search in databases, 233 publications were found. From the inclusion and exclusion criteria, 40 studies were selected for analysis and categorization. Most of the studies show that observatories had the function of providing credible information for follow-up on health policies, strategic planning and evidence-based decision making. It is worth mentioning the tendency to increase the capacity of the workforce in health research, to facilitate the management of data and the availability of information, as well as the functioning as a virtual repository of information or, also, the network organization. It is concluded with a reflection on the limits and possibilities of observatories as a new tool for health policies.

KEYWORDS *Health observatories. Information and Communication Technologies. Health policies. Health systems.*

Introdução

Como resultado da convergência e da interatividade proporcionadas pelo advento das novas Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), é possível apontar o uso paulatino de ferramentas designadas observatórios no âmbito das políticas públicas. A crescente demanda por informações no processo de elaboração e/ou monitoramento dessas políticas, nas mais distintas áreas e campos de produção de conhecimento, é um fator que vem oportunizando, nas últimas décadas, a utilização dessas ferramentas em muitos países, entre eles, o Brasil.

Na área da saúde, o uso crescente de observatórios revela a importância dada ao uso de informações disponíveis para guiar a elaboração de políticas baseadas em evidências, bem como para dar visibilidade à problemática das desigualdades em saúde¹.

Os franceses foram pioneiros na criação do primeiro observatório de saúde, em 1974, que unia os campos da saúde e da assistência social, fornecendo informações sobre

a política regional de saúde. Nessa década, surgia, no Canadá, uma das bases para movimentos de convergência na conformação de novo paradigma e conceitos fundamentais abordados na Promoção da Saúde, a partir da qual emergia uma nova perspectiva sobre a saúde, preocupada com o meio social, psicológico e físico das populações, que reconhecia os problemas causados pelas influências multissetoriais sobre a saúde pública².

Nesse contexto, nasceram os observatórios de saúde, como organizações capazes de dispor de informações e recursos, tais como bases de dados, departamentos acadêmicos de saúde pública e diversos parceiros conscientes da utilidade de fundamentar as decisões no conhecimento. Os observatórios de saúde pública foram criados na Inglaterra, nos anos 2000, como instâncias auxiliares importantes para o sistema de saúde pública no País, e constituíram uma rede que se estendeu até cobrir todo o Reino Unido e a Irlanda, para troca de experiências e disseminação rápida de métodos e resultados³.

No ano de 1999, a partir de estímulo

da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), iniciou-se em países do continente americano, incluindo o Brasil, a organização da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (ROREHS). Mas, a despeito da existência de observatórios nacionais e internacionais na área da saúde, esse ainda se constitui um tema pouco abordado na literatura especializada. Nas Américas e, particularmente, no Brasil, a discussão e a sistematização de reflexões sobre a experiência de observatórios são recentes na literatura acadêmica².

Este artigo é um ponto de partida para o estudo mais amplo, que objetiva analisar as potencialidades e os limites de observatórios nacionais e internacionais de saúde, conectados em rede, na produção e na disseminação de conhecimento, para contribuir com a formulação e o acompanhamento de políticas de saúde. Portanto, enquanto alicerce do referido estudo, parte da pergunta de investigação: ‘Quais as principais características da produção científica acerca do tema Observatórios de Saúde no período 2002-2017 e quais as lacunas da atualidade?’.

Assim, este estudo tem por objetivo mapear e analisar o estado da arte da produção do conhecimento sobre narrativas constituídas acerca de observatórios de saúde, mais especificamente, observatórios dedicados à temática da análise de políticas e sistemas de saúde, considerando experiências brasileiras e internacionais. O objetivo específico é caracterizar a produção científica acerca dessas narrativas, conforme os seguintes aspectos: tipo de produção; idioma; temáticas dos observatórios referidos nas publicações; ano de publicação; pesquisadores (procedência institucional e geográfica); resultados de estudos e identificação dos principais temas de investigação. Espera-se que essa revisão de literatura possa colaborar com reflexões sobre as funções dos observatórios e com possíveis contribuições para as políticas de saúde.

Material e métodos

A revisão de literatura é uma etapa presente em toda pesquisa, sempre estabelecendo dependência com a questão estudada e com a modalidade de estudo de revisão a ser desenvolvido. Sua natureza é eminentemente de atualização do conhecimento sobre um tema circunscrito e se sustenta em uma busca bibliográfica para responder a uma questão particular. Este estudo contemplou variados tipos de documentos e teve como princípio metodológico uma revisão de literatura, considerando sua contribuição para formular argumentos coerentes ao compor abstrações e sínteses requeridas por trabalhos de pesquisa, bem como identificando a unidade e a diversidade interpretativa presentes no eixo temático investigado⁴.

O ponto de partida para o mapeamento da produção científica implicou, inicialmente, em fevereiro de 2017, a definição dos Descritores de Assunto, baseando-se na análise daqueles disponíveis em artigos previamente estudados sobre a temática dos observatórios, aliados ao recurso ao vocabulário controlado do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e à estratégia específica de indexação na Scientific Electronic Library Online (SciELO). Os descritores utilizados na identificação das publicações foram ‘health observatories’, ‘health observatory’.

Dessa forma, para selecionar os estudos incluídos nesta pesquisa, aplicaram-se métodos e técnicas da pesquisa quantitativa e qualitativa, através de busca avançada, utilizando-se o descritor nos campos título e resumo, fazendo-se uso do operador booleano OR, no intervalo entre 2002 e 2017, considerando a disponibilidade dos textos. Assim, foram encontradas 220 publicações (artigos, *e-book*, livros, fóruns, textos, editoriais, relatórios, tese, mostra, informe e simpósio). No *quadro 1*, encontra-se a distribuição dos estudos conforme as bases de dados.

Quadro 1. Distribuição dos artigos conforme base de dados

Base de dados	Quantidade de artigos
Biblioteca Virtual de Saúde (BVS)	62
Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs)	26
National Library of Medicine (PubMed)	63
Scientific Electronic Library Online (SciELO):	69
Total	220

Fonte: Elaboração própria.

Para a análise em profundidade, foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: textos completos disponíveis na internet, temáticas dos estudos relacionadas a política de saúde, planejamento e programação em saúde, gestão de sistemas e serviços de saúde, epidemiologia e/ou experiência de observatório em saúde. A inclusão contemplou a produção de conhecimentos sobre observatórios de saúde, ou seja, estudos que tinham como objeto observatórios de saúde (experiências, análises, projetos, propostas). O horizonte dessa busca, portanto, foi identificar narrativas constituídas sobre observatórios de saúde.

Foram excluídos textos não disponíveis na internet e temas que não correspondessem aos mencionados critérios de inclusão, a saber, estudos sobre observatórios cujas temáticas não estabelecessem relação com políticas e/ou sistemas de saúde, ainda que abordassem conteúdos tais como o cuidado, a assistência, doenças e agravos, como, por exemplo, observatórios sobre câncer, doenças cardiovasculares, cuidados paliativos, cuidados para idosos, demência, entre outros.

Embora os descritores tenham sido usados apenas em inglês, não houve restrição do idioma para triagem dos estudos encontrados. Para seleção dos estudos publicados, foram avaliados os títulos e resumos (*abstracts*) por dois pesquisadores, atendendo aos critérios de inclusão e exclusão definidos anteriormente. Dessa forma, foram excluídas 187 publicações, considerando, também, duplicidade.

Posteriormente, realizou-se a análise

qualitativa exploratória e quantitativa de um conjunto de 33 estudos, destacando-se a leitura na íntegra desses selecionados e sua categorização a partir de uma matriz de análise. Essa matriz contemplou: referência, resumo, *link* para acesso, ano e tipo de publicação, país, idioma, procedência institucional dos autores, temática do observatório, objetivo do estudo e traduções (quando necessário).

Em maio de 2018, foi feita uma nova busca, seguindo os mesmos procedimentos metodológicos da inicial, que foi realizada em fevereiro de 2017, para atualização, haja vista que a busca anterior não havia contemplado 10 meses do ano de 2017. Assim, foram encontradas mais 13 publicações. Destas, 06 foram excluídas, utilizando-se os mesmos critérios já mencionados, e 07 foram selecionadas, lidas na íntegra e categorizadas a partir da matriz de análise. Logo, os números finais da busca foram: 233 publicações, 193 exclusões e o total de 40 publicações analisadas.

Resultados e discussões

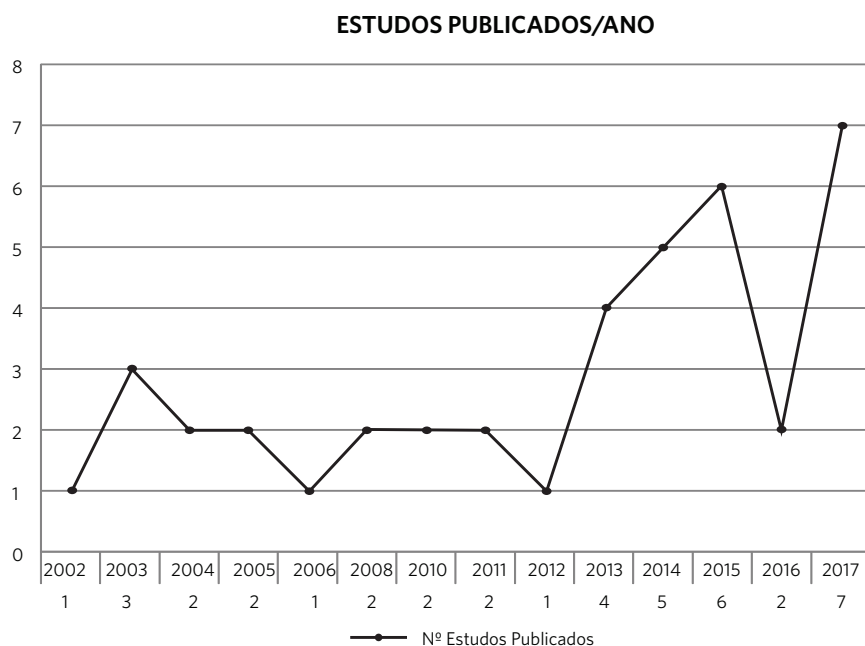
Análise bibliométrica da produção científica estudada

Pode-se constatar um aumento do número de publicações sobre a temática do estudo a partir de 2013, bem como a concentração inicial de publicações sobre observatórios em saúde, com foco em análise de políticas e sistemas de saúde no ano de 2003 (*gráfico*

1). Esse período corresponde à constituição da rede de observatórios de saúde pública na Inglaterra, conforme relatado por Wilkinson³ no artigo em que descreve

as lições aprendidas ao longo dos 14 anos de existência desses observatórios junto ao sistema de saúde da Inglaterra.

Gráfico 1. Distribuição temporal dos estudos publicados entre 2002 e 2017



Fonte: Elaboração própria.

Em geral, os estudos tomam como objeto experiências de observatórios de saúde, em diferentes países e estágios de desenvolvimento. Do total das 40 publicações selecionadas, 30 seguem essa linha, o que corresponde a, aproximadamente, 75%. Destes, vale ressaltar que apenas três^{2,6,13} contemplam também propostas de conceitualização acerca dos observatórios de saúde. Outro objeto de estudo que aparece em 09 publicações, isto é, em 22,5% do total, foi a análise e proposição da criação de novos observatórios. Apenas um estudo⁵ toma por objeto a produção científica acerca do uso de observatórios em saúde, localizada em bases

bibliográficas de dados eletrônicos, através de uma revisão sistemática.

Os achados revelam as primeiras iniciativas de estudos sobre a temática dos observatórios em saúde, e, entre eles, está o artigo de Hemmings e Wilkinson⁶, que busca explicar o que é um observatório de saúde pública e enfoca os observatórios que trabalham com questões de saúde na Europa. O aumento de publicações, a partir de 2013, pode indicar a expansão do uso dos observatórios na área da saúde de forma global, haja vista que a maioria dos objetivos dos estudos se concentra na apresentação de experiências e análise das perspectivas de observatórios de saúde

pública em vários estágios de desenvolvimento, em diversos países. Merecem destaque, ainda, os estudos que trazem propostas de criação de novos observatórios, publicados, em sua maioria, nos anos mais recentes.

Observa-se, também, a predominância de estudos publicados em inglês, sendo que 22 publicações (55%) estão nesse idioma. Além desses, foram registrados 13 estudos em português (32,5%), 04 em espanhol (10%) e 01 em italiano (2,5%).

Quanto ao tipo de publicação (gráfico 2), observa-se que a maioria dos estudos

analisados (15) é de artigos científicos. Cabe salientar que a única tese de doutorado é de Santos Neto², autor brasileiro que se dedicou a analisar o desenvolvimento da ROREHS e sua produção, discutindo contribuições para a formulação e a tomada de decisão acerca das políticas de recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS). Ainda que haja uma variedade de tipos de publicação, verifica-se que sete delas só foram registradas uma vez; sendo que, além dos artigos científicos, apenas os livros, textos e fóruns aparecem mais de duas vezes nessa amostragem.

Gráfico 2. Distribuição dos tipos de publicação que compõem a seleção



Fonte: Elaboração própria.

Uma visão geral sobre os dados acerca da procedência institucional dos autores revela que o maior quantitativo é de pesquisadores vinculados às universidades, endossando, portanto, a significativa participação dessas

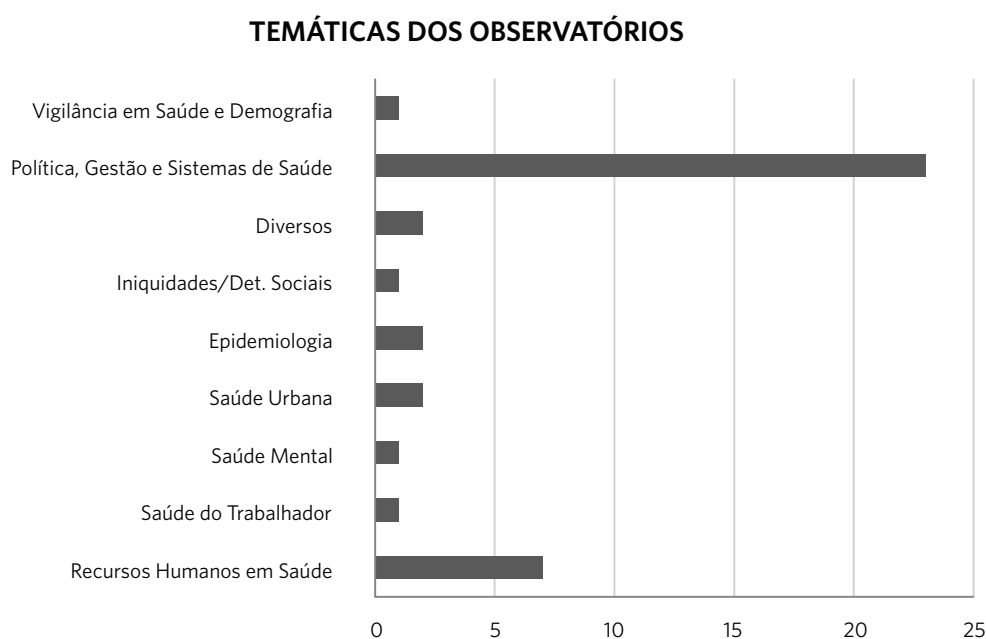
instituições nos observatórios de saúde e na produção de conhecimento acerca do tema. Dos 40 estudos, 12 (30%) não possuem autores procedentes de universidades. Logo, 28 estudos, que correspondem a 70%, têm

autores de universidades de diversos países. Desses, 21 estudos (75%) são produções de autoria exclusivamente originada da academia. Os demais 7 estudos, que correspondem a 25%, têm em sua autoria pesquisadores acadêmicos em parceria com pesquisadores de outras instituições governamentais, como Ministérios, Secretarias de Saúde, Institutos Nacionais de Saúde ou, ainda, instituições como Opas e Organização Mundial da Saúde (OMS).

Análise do conteúdo dos documentos

Quando se observa a distribuição temática dos observatórios que foram objeto de estudo das publicações selecionadas (*gráfico 3*), destacam-se os temas ‘Políticas públicas, gestão e sistemas de saúde’ e ‘Recursos humanos em saúde’, com, respectivamente, 23 e 07 publicações, que, somadas, correspondem a 75% do total da análise.

Gráfico 3. Distribuição das temáticas dos observatórios que foram objeto dos estudos



Fonte: Elaboração própria.

No que tange às principais temáticas dos observatórios, cabe destacar alguns achados, conforme descritos a seguir. Dos 23 estudos sobre observatórios centrados no tema ‘Políticas públicas, gestão e sistemas de saúde’, 16 foram publicados em inglês, 02 em espanhol e 05 em português.

Ainda sobre os estudos acerca dos observatórios centrados no tema ‘Políticas públicas, gestão e sistemas de saúde’, quanto ao país do observatório estudado, 09 estudos trazem narrativas acerca de observatórios de mais de um país, sendo, portanto, considerados ‘híbridos’. Além desses, havia 03 estudos

sobre observatórios em países do Reino Unido (Inglaterra e Escócia), 02 sobre observatório na Colômbia e 06 sobre observatórios no Brasil, além de Trinidad y Tobago, Estados Unidos da América, Chile, Irã e Malásia, com um estudo cada. Vale ressaltar que os observatórios dos países do Reino Unido fazem parte de todos os estudos considerados híbridos.

A significativa presença de observatórios europeus, especificamente, de países do Reino Unido, bem como dos participantes da Associação de Observatórios de Saúde Pública (APHO) da Inglaterra, aponta para o movimento crescente da utilização dos observatórios na saúde, a partir da União Europeia, com objetivo de apoiar e promover políticas de saúde baseadas em evidências, através de análises da dinâmica dos sistemas de saúde dos países membros.

Sobre os 07 estudos dos observatórios cuja

temática é ‘Recursos Humanos em Saúde’, 04 foram publicados em português, 02 publicados em inglês e 01 em espanhol, sendo que os dois artigos publicados em inglês têm também autores brasileiros. Quanto ao país do observatório estudado, 04 são sobre brasileiros e 03 híbridos, encontrando-se o Brasil como parte de todos os híbridos.

Essa concentração de publicações acerca de narrativas de observatórios com o tema dos Recursos Humanos em Saúde, em vários países da América, incluindo o Brasil, reflete as iniciativas da Opas, bem como do governo brasileiro, para o estímulo de produções na área, a partir da criação da ROREHS.

O quadro 2 sintetiza o material empírico nuclear deste estudo através da categorização temática dos observatórios e outras informações sobre os respectivos estudos contemplados na investigação.

Quadro 2 . Categorização temática dos observatórios x informações sobre os respectivos estudos

TÍTULO DO ESTUDO	AUTOR	ANO	OBJETIVO DO ESTUDO	PAÍS DO OBSERV.	TEMÁTICA DO OBSERV.
1. Observatório de recursos humanos em saúde: estação saúde, trabalho e cidadania: histórico e ações.	Ticianel F; Charbel S.	2014	Descrever a criação e aspectos da implementação da Estação ObservaRH Saúde, Trabalho e Cidadania do Observatório de RHS da Universidade Federal do MT, caracterizando os atores, as ações e iniciativas desenvolvidas no período de 2008 a 2013.	Brasil	Recursos Humanos em Saúde (RHS).
2. A experiência do Observatório de Saúde do Trabalhador (Observatoriost) no Brasil.	Siqueira CE; Pedra F; Corrêa Filho H; Maeno M; Castro H.	2013	Rever e analisar os antecedentes internacionais e brasileiros da mobilização de sindicatos, centros de estudos sindicais e intersindicais e pesquisadores de instituições do setor que criaram um observatório presencial e virtual para comunicação e repositório de informações científicas.	Brasil	Saúde do Trabalhador.
3. Observatórios de Recursos Humanos no Brasil. Estudos e Análises.	Barros AFR. (ORG).	2004	Apresentar parte da produção das estações de trabalho da Rede de Observatórios de RHS.	Brasil	Recursos Humanos em Saúde (RHS).
4. The Belo Horizonte Observatory for Urban Health: its history and current challenges	Dias MA; Friche AA; Oliveira B; Caiaffa W.	2015	Apresentar a trajetória do Observatório de Saúde Urbana de Belo Horizonte (OSUBH), centrada na aquisição de conhecimentos aprofundados sobre a saúde urbana (métricas) por meio de pesquisa científica, visando a contribuir com políticas públicas que possam interferir na saúde, tanto no nível individual como no comunitário.	Brasil	Saúde Urbana.
5. Barriers and facilitators to establishing a national public health observatory.	Pooransingh S; Misir A; Cameron C; Jaglal S; Ramsewak S; Ramdath D; Goel V.	2015	Determinar o que os atores percebem como barreiras e facilitadores para criar um observatório de saúde pública nacional em Trinidad e Tobago, bem como as funções específicas de um observatório de saúde pública nacional.	Trinidade e Tobago	Política, gestão e sistemas de saúde.

Quadro 2. (cont.)

6. Developing an academia-based public health observatory: the new global public health observatory with emphasis on urban health at Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.	Castillo-Salgado C.	2015	Discute o desenvolvimento de um novo observatório de saúde pública com enfoque urbano, pesquisa operacional e infraestrutura de ensino, sob a égide acadêmica do Departamento de Epidemiologia e do Instituto de Saúde Urbana da Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health em Baltimore (EUA). Debate o conceito de um observatório de saúde pública e seu papel no enfrentamento das desigualdades sociais em saúde em contextos urbanos locais.	Estados Unidos da América	Política, gestão e sistemas de saúde.
7. Creating a global observatory for health R&D.	Terry RF; Salm JF Jr; Nannei C; Dye C.	2014	O objetivo é propor a criação de um observatório global de P&D em saúde, propondo a coordenação de pesquisas e combinação de recursos limitados com prioridades de saúde pública e minimização de custos para análise de dados, especialmente em países de baixa renda.	Híbrido	Política, gestão e sistemas de saúde.
8. The Eastern Region Public Health Observatory.	Wright K.	2014	Apresentar a experiência do Observatório de Saúde Pública da Região Oriental (ERPHO), que faz parte do Public Health England e oferecer dados de saúde da população, análise e interpretação para priorização e melhoria dos resultados de saúde.	Reino Unido	Política, gestão e sistemas de saúde.
9. Mapping of available health research and development data: what's there, what's missing, and what role is there for a global observatory?	Røttingen A; Regmi S; Eide M; Young AJ; Viergever RF; Ardal C; Guzman J; Edwards D; Matlin SA; Terry RF.	2013	Propor um conjunto de indicadores para monitorar o cenário global de P&D em saúde e defender a criação de um observatório mundial da P&D em saúde.	Híbrido	Política, gestão e sistemas de saúde.
10. Improving the view of Scotland's health: the impact of a public health observatory upon health improvement policy, action and monitoring in a devolved nation.	Gordon DS; Fischbacher C; Stockton D.	2010	Fazer uma reflexão sobre as contribuições do Scottish Public Health Observatory (ScotPHO) e descrever o impacto a curto prazo da ScotPHO sobre a ação, política e monitoramento da melhoria da saúde.	Escócia	Política, gestão e sistemas de saúde.
11. The Epidemiologic Observatory and the Epidemiology Service: the Campania Region experience.	Triassi M, Parlato A; Lopreiato AS.	2003	Discutir a estrutura, a função epidemiológica na avaliação de metas em Saúde Pública e na formulação de políticas, bem como descrever a experiência do Observatório Epidemiológico na Região da Campânia.	Itália	Epidemiologia.
12. Through a glass darkly: what should public health observatories be observing?	Watkins F; Bendel N; Samuel S A; Whitehead M.	2002	Estudo qualitativo para avaliar as necessidades dos usuários locais e produtores de informações de saúde pública e a acessibilidade à inteligência em saúde em um observatório regional de saúde pública inglês. Questionar o que os observatórios de saúde pública deveriam estar observando.	Inglaterra	Política, gestão e sistemas de saúde.
13. Measuring health inequities in low and middle income countries for the development of observatories on inequities and social determinants of health.	Guerra G; Borde E; Snyder VNS.	2016	Discutir questões metodológicas e conceituais para mensuração das desigualdades em saúde nos países de baixa e média renda. Sugerem uma metodologia de três estágios para a criação de observatórios sobre desigualdades em saúde e determinantes sociais da saúde, a partir da experiência do Observatório Brasileiro de Inequidades em Saúde.	México	Iniquidades, Determinantes sociais.
14. Toward a Global eHealth Observatory for Nursing.	Bartz CC; Hardiker NR; Coenen A.	2015	Apresentar uma revisão de observatórios de saúde existentes e propor um novo observatório para enfermagem para apoiar a tomada de decisões de enfermagem e desenvolvimento de políticas.	Híbrido	Enfermagem e desenvolvimento de políticas de saúde (Diversos).

Quadro 2. (cont.)

15. Colombian National Health Observatory: health knowledge management for informed decision making.	Orjuela CC.	2014	Apresentar a experiência do Instituto Nacional de Saúde da Colômbia na direção do Observatório Nacional da Saúde. Defende que o conhecimento deve apoiar a tomada de decisões e a implementação de políticas públicas e que o observatório possa gerar a informação confiável e oportuna de que o país precisa para responder adequadamente aos desafios representados pela mudança no perfil epidemiológico, e orientar recursos humanos, físicos e financeiros para as necessidades detectadas no campo da saúde.	Colômbia	Política, gestão e sistemas de saúde.
16. Developing a conceptual framework of urban health observatories toward integrating research and evidence in to urban policy for health and health equity.	Caiaffa WT; Friche AA; Dias MA; Meireles AL; Ignacio CF; Prasad A; Kano MJ.	2014	Desenvolver uma estrutura conceitual de Observatórios de Saúde Urbana como um mecanismo institucional que pode ajudar a sintetizar evidências e incorporá-lo na formulação de políticas urbanas para a saúde e a equidade na saúde.	Brasil	Saúde Urbana.
17. Collaboration between health policy and the European observatory on health systems and policies enables open access to selected policy-relevant articles.	Busse R.	2013	Apresentar a experiência do Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde no apoio e na promoção da elaboração de políticas de saúde baseadas em evidências através de uma análise da dinâmica dos sistemas de cuidados de saúde na Europa e envolvimento com decisores políticos.	Híbrido	Política, gestão e sistemas de saúde.
18. Health observatories in Iran.	Rashidian A; Dammari B; Larijani BH; Moghadda AV; Alikhani S; Shadpour K; Khosravi A.	2013	Apresentar os princípios e passos para formulação do Sistema Observatório da Saúde na República Islâmica do Irã.	Irã	Política, gestão e sistemas de saúde.
19. A proposed vision: the transatlantic observatory for meeting global health policy challenges through information and communications technology-enabled solutions (ARGOS).	Lorenzi N; Moor G; Bloomrosen M; Stroetmann K.	2011	Apresentar a contribuição do projeto ARGOS na criação de um observatório transatlântico para enfrentar os desafios da política global de saúde através de soluções de tecnologia de informação e comunicação, para desenvolver e promover métodos comuns para responder aos desafios globais de saúde na UE e nos EUA.	Híbrido	Política, gestão e sistemas de saúde.
20. Observatorio de políticas públicas en salud universidad de chile: experiencia local de control social en políticas públicas.	Crispi F; Menay J; González C.	2016	Apresentar a experiência do Observatório de Políticas Públicas de Saúde (OPPS) e defender que sua inclusão na estrutura institucional formalizaria o compromisso da Universidade com a formação crítica de futuros profissionais de saúde, a fim de contribuir para o debate nacional em políticas públicas.	Chile	Política, gestão e sistemas de saúde.
21. Public Health Observatories in England: recent transformations and continuing the legacy.	Wilkinson J.	2015	Descrever as lições aprendidas ao longo dos 14 anos de existência dos Observatórios de Saúde Pública junto ao sistema de saúde da Inglaterra.	Híbrido	Política, gestão e sistemas de saúde.
22. The Observatory of the Americas as a network in environmental and worker health in the Americas.	Siqueira CE; Carvalho F.	2003	Analisar o escopo de vários observatórios encontrados por uma pesquisa na internet através da ferramenta de busca do Google e descrever os objetivos e realizações iniciais do Observatório das Américas como uma rede de profissionais e ativistas de diferentes países das Américas. Discute o padrão identificado entre esses observatórios como centros de informação ou redes, ou ambos.	Híbrido	Recursos Humanos em Saúde (RHS).

Quadro 2. (cont.)

23. Análise da política de recursos humanos em saúde: o caso da rede observatório de recursos humanos em saúde do Brasil.	Santos Neto PM.	2012	Analisar o desenvolvimento da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Brasil (Rorehs) e sua produção, discutindo em que medida contribui para a formulação de políticas e na tomada de decisão dos atores envolvidos nas políticas de Recursos Humanos do SUS.	Brasil	Recursos Humanos em Saúde (RHS).
24. Forum: public health observatories and urban health.	Kano M.	2015	Apresentar as experiências e perspectivas de observatórios locais de saúde pública em vários estágios de desenvolvimento, cada um de um país diferente.	Híbrido	Política, gestão e sistemas de saúde.
25. Mini symposium Public Health Observatories: Development of public health observatories in the UK, Ireland and Europe.	Wilkinso J; Coy-le E.	2005	Descrever as definições de um observatório de saúde pública, as possíveis origens do termo e seu uso, bem como o desenvolvimento de observatórios de saúde pública no Reino Unido, Irlanda e Europa e como eles estão apoiando o crescente movimento de saúde pública no continente europeu.	Híbrido	Política, gestão e sistemas de saúde.
26. Networking collaboratively: The Brazilian Observatório on Human Resources in Health.	Campo FE; Hau-ck V.	2005	Estudar como organizações e sistemas, principalmente em países em desenvolvimento, conseguiram construir sua capacidade e melhorar o seu desempenho. Realizado através de rede netwoking colaborativa Observatório Brasileiro de RHS e Centro Europeu para a Gestão de Políticas de Desenvolvimento.	Híbrido	Recursos Humanos em Saúde (RHS).
27. RELATÓRIO FINAL: Observatório de Recursos Humanos em Saúde.	Organização Pan-Americana da Saúde.	2004	Relatar a resolução (CD45/9) sobre Observatório de RHS, cujo objetivo é o Desenvolvimento e Fortalecimento da Gestão dos RHS, reconhecendo a importância do desenvolvimento de políticas e planos de RH efetivos para alcançar acesso universal a serviços de saúde de qualidade e alcançar atendimento às necessidades prioritárias de saúde de nossas populações.	Híbrido	Recursos Humanos em Saúde (RHS).
28. Observatório de Saúde: uma revisão sistemática. 2006.	Novell I Fátima V.	2006	Identificar o uso do instrumento observatório de saúde, a partir da produção científica localizada em bases bibliográficas de dados eletrônicos, com os descritores "observatory" and "saúde", utilizando-se para tal de uma revisão sistemática.	Brasil	Produção científica Observatório de Saúde (Diversos).
29. El papel del Observatorio de Salud Mental y los criterios de calidad asistencial de la AEN en la evaluación y planificación asistencial. Recursos de profesionales en CSM y de dispositivos de atención a pacientes con TMG en España.	Estéve Z; Jiménez FJ.	2011	Apresentar alguns dados preliminares sobre recursos profissionais em centros de saúde mental de adultos e vários dispositivos para pacientes com transtorno mental grave coletados pelo Observatório de Saúde Mental da AEN para o monitoramento e a avaliação da rede de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde.	Espanha	Saúde Mental.
30. Observatório de recursos humanos em saúde de São Paulo – ObservaRHSP.	Seixas PH; D. Ângelo; Corrêa NA.	2008	Apresentar o trabalho do Observatório de recursos humanos em saúde de São Paulo – ObservaRHSP em uma Mostra de experiências inovadoras na gestão da saúde no estado de São Paulo, realizada em 2007.	Brasil	Recursos Humanos em Saúde (RHS).
31. Public health genomics: the interface with public health intelligence and the role of public health observatories.	Wilkinson J; Ells LJ; Pencheon D; Flowers J; Burton H;	2010	Examinar a interface entre o novo campo emergente da genômica em saúde pública e o da inteligência em saúde pública. São descritas as possíveis áreas de integração entre esses campos, sugerindo um futuro papel potencial para os Observatórios de Saúde Pública.	Híbrido	Política, gestão e sistemas de saúde.
32. Relatório sobre a experiência de observatórios de gestão do SUS.	Oliveira SAS.	2008	Fazer um relato sobre a experiência de observatórios de gestão do Sistema Único de Saúde no Brasil, identificando a sua contribuição para o fortalecimento da gestão descentralizada do SUS.	Brasil	Política, gestão e sistemas de saúde.

Quadro 2 . (cont.)

33. What is a public health observatory?	Hemmings J; Wilkinson J.	2003	Explicar o que é um observatório de saúde pública e enfatizar os observatórios que trabalham com questões de saúde. Apresenta, também, observatórios que se relacionam com outros campos, tais como o desenvolvimento econômico ou riscos ambientais.	Reino Unido	Política, gestão e sistemas de saúde.
34. HDSS Profile: The South East Asia Community Observatory Health and Demographic Surveillance System (SEACO HDSS).	Partap U; Young EH; Allotey P; Soyiri IN; Jahan N; Komahan K; Devarajan N; Sandhu MS; Reidpath DD.	2017	Apresentar a experiência do Observatório da Comunidade do Sudeste da Ásia (SEACO), sistema de vigilância sanitária e demográfica, estabelecido em Segamat, Malásia, em 2011, na captura de informações longitudinais detalhadas relacionados à saúde e doença entre indivíduos e famílias, que podem ser usadas para melhorar a experiência de saúde na comunidade local e na população.	Malásia	Vigilância sanitária e demografia.
35. PET Observatório de Saúde Glória/Cruzeiro/Cristal: uma experiência acadêmica e interprofissional em Porto Alegre, RS.	Paiva LL; Rocha CMF; Pinto LF; Nunes A; Santos DS; Anderle M; Tecchio M, Rocha PF, Hoppe PFT, Litvin AK.	2017	Apresentar a experiência do PET Observatório de Saúde, da Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal, com a formação de profissionais da saúde sob a perspectiva da integralidade, na medida em que propicia ao acadêmico da saúde vivências nos cenários de prática da rede do SUS, geradoras de novas aprendizagens e conhecimentos de forma contextualizada, rompendo o modelo tradicional de formação em saúde.	Brasil	Política, gestão e sistemas de saúde.
36. Priorización para el análisis de información en salud pública. Red de conocimiento del Observatorio Nacional de Prioritization for public health information analysis in Colombia. Knowledge network at the National Health Observatory.	Becerra NC; Guzman NA; Montoya JM; Gina A; Sandoval V; Orjuela CC.	2017	Apresentar a experiência do trabalho de Priorização para análise de informações de saúde pública na Colômbia realizado através da Rede de conhecimento no Observatório Nacional da Saúde.	Colômbia	Política, gestão e sistemas de saúde.
37. Proposta de um observatório epidemiológico do Sistema Único de Saúde.	Saldanha RF, Bastos RR, Teixeira MTB, Leite ICG, Campos EMS.	2017	Propor criação de novo observatório de Epidemiologia para o SUS.	Brasil	Epidemiologia.
38. Análise Política em Saúde: contribuições do OAPS.	Conjunto de pesquisadores vinculados ao OAPS.	2017	Apresentar a produção científica derivada da execução dos projetos e subprojetos desenvolvidos no OAPS, quer assumam a perspectiva da análise política em saúde, quer recortem políticas específicas.	Brasil	Política, gestão e sistemas de saúde.
39. Entrevista com Jairnilson Paim.	Paim J Entrevistado por: Costal I; Conceição P.	2017		Brasil	Política, gestão e sistemas de saúde.
40. EDITORIAL Análise Política em Saúde: contribuições do OAPS.	Carmen T; Paim J.	2017	Apresentar parte da produção acadêmica, a partir da elaboração e implementação do Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS), articulando uma Rede de pesquisadores voltada para a produção e disseminação de conhecimento em 11 áreas temáticas, que incluem a análise política em saúde e a análise de políticas específicas.	Brasil	Política, gestão e sistemas de saúde.

Fonte: Elaboração própria.

A crescente demanda por informações para promover a elaboração e/ou o monitoramento de políticas públicas, das mais distintas áreas e campos de produção de conhecimento, é um fator que vem oportunizando a utilização da estratégia de observatório. Entretanto, a produção de conhecimentos restrita à dimensão conceitual dos observatórios de saúde parece ainda ser incipiente.

Para Hemmings e Wilkinson⁶, embora haja pouca discussão sobre o que constitui um ‘observatório’, o termo é bem compreendido, ainda que não exista um consenso claro nos muitos novos contextos em que ele é aplicado.

Wilkinson e Coyle¹³ também alertam para o risco que traz a tendência de rotular um número crescente de instituições de ‘observatórios’, e identificaram sete possíveis papéis para um observatório de saúde: colocar em evidência questões de saúde; olhar para o futuro e alertar sobre possíveis problemas de saúde pública; reunir informações de diferentes fontes sobre novas maneiras de melhorar a saúde; monitorar tendências em saúde e agravos, destacando para áreas de ação; identificar lacunas de informação em saúde; orientar sobre métodos para avaliação, impacto na saúde; avaliar o progresso de instituições e agências locais na melhoria das condições de saúde e redução de iniquidades.

Importante também realçar o pioneirismo europeu no desenvolvimento da cultura de utilização de observatórios na área da saúde, evidenciado pelo número significativo de estudos, cujos argumentos e objetivos comuns norteiam sua utilização: acompanhar o perfil dos sistemas de saúde, realizando comparações entre cidades com problemas semelhantes; promover o acesso a publicações sobre cuidados com a saúde, disseminando informações sobre dados hospitalares e sua interface com a atenção primária e evitando a duplicação de esforços e recursos. Essa abordagem embasa, também, os estudos que propõem a criação de novos observatórios, inclusive modelos de uso global.

Em geral, a maioria dos estudos apresenta como função dos observatórios de saúde oferecer informações com credibilidade para acompanhamento de políticas de saúde, planejamento estratégico e tomada de decisão baseada em evidências. Cabe ressaltar a tendência de potencializar a capacidade da força de trabalho em pesquisa em saúde, facilitar a gestão dos dados e a disponibilização da informação, bem como o funcionamento como repositório virtual de informações ou, ainda, a organização em rede.

Alguns dos estudos mais recentes voltados para as análises de experiências de observatórios destacam a potência da atuação em rede, favorecendo a troca de experiências e a rápida disseminação de métodos e resultados. Castells¹⁴ considera que a comunicação em rede está revigorando a democracia, ao compreender que as bases de relações interpessoais que estruturam a sociedade humana se modificarão a partir da articulação da sociedade em redes digitais. Desse modo, novos processos interativos estimulam o vínculo propiciado pela atuação em rede, favorecendo, também, o diálogo e a cooperação entre os pesquisadores, motivando, assim, o aprendizado do ofício da pesquisa^{3,7}.

Rangel-Santos et al.⁸ alertam para a evolução do modelo de comunicação tradicional para a comunicação científica eletrônica, que permite uma maior integração dos meios na área da saúde. Essa questão pode ser reforçada por Teixeira e Paim⁷, quando ressaltam a mudança tecnológica causada pela implantação do *site* do Observatório de Análises Políticas em Saúde (OAPS) na organização do processo de trabalho da rede de pesquisa, e chamam atenção para o advento de uma nova dimensão temporal, que permite um acesso muito mais rápido aos resultados do trabalho de pesquisa de um conjunto de pesquisadores.

Em consonância com a evolução da comunicação científica eletrônica, cabe acrescentar o conceito de convergência midiática, proposto por Henry Jenkins¹⁵, para designar o atual processo cultural de construção da

informação, a partir da influência da internet nas principais mídias. Esse autor compreende, ainda, que, ao viver a cultura da convergência, o mundo vivencia a cultura da participação ativa dos usuários no universo midiático, colaborando para uma maior participação política dos indivíduos na sociedade.

Nessa perspectiva, é importante, também, considerar a ideia de democracia digital ou da internet¹⁶, que se refere à experiência da internet como instrumento de participação popular e recurso para a intervenção do público na esfera da decisão política, tendo em seus dispositivos, portanto, potenciais contribuições para o incremento das práticas e oportunidades democráticas.

Esta revisão aponta, ainda, que as publicações focadas na questão dos Recursos Humanos em Saúde e na saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde corroboram a agenda política incentivada pela Opas, através da ROREHS. De acordo com a Opas, o termo observatório reflete a importância dada ao uso de informações e evidências disponíveis para guiar a elaboração de políticas e planos eficazes, beneficiando as populações quanto ao acesso universal a serviços de saúde de boa qualidade e à satisfação de suas necessidades básicas. Além disso, especificamente sobre a ROREHS, sugere que esta influencia positivamente a manutenção do tema dos recursos humanos na agenda política em períodos de transição governamental².

Apesar de ‘observar’ se configurar em um importante componente no trabalho dos observatórios, eles parecem ter potencial para ações pró-ativas e contribuições para elaboração de políticas. Dessa forma, para além de entender o fenômeno como algo passivo, é preciso procurar a dinâmica de sua construção e do desenvolvimento de suas principais características.

Nessa perspectiva, parecem estar alinhados com conceitos atuais de redes, cultura da convergência e democracia digital¹⁴⁻¹⁶, na medida em que podem agregar um repertório de instrumentos capazes de favorecer a participação, contribuindo para que os

cidadãos assumam posturas politicamente ativas. Entretanto, apenas a comunicação on-line e o acesso à informação política propiciada por esses dispositivos não asseguram automaticamente a constituição de cidadãos mais informados e mais ativos¹⁶.

Considerações finais

Ultimamente, o uso da palavra ‘observatório’ vem se tornando mais comum, e a expressão tem ganhado espaço na denominação de grupos de pesquisa sociais, redes de pesquisadores e instituições que visam a acompanhar e colaborar com a gestão de recursos públicos. O termo ‘observatório’ tem sido aplicado a funções de informação e de inteligência para um grande número de áreas, entre elas, a saúde.

O mapeamento da produção científica sobre narrativas constituídas acerca de observatórios dedicados à temática da análise de políticas e sistemas de saúde concebe-se como uma primeira aproximação com o estado da arte desse objeto, a qual será desdobrada em estudos posteriores que identifiquem as abordagens teóricas utilizadas pelos diversos autores. Faz parte, portanto, de um estudo mais amplo acerca das potencialidades e dos limites de observatórios brasileiros e internacionais de saúde, como uma nova ferramenta para políticas de saúde.

Apesar da significativa produção de conhecimentos originada pelos observatórios de saúde em diversos países e continentes, há escassez de publicações sobre esse objeto, haja vista os mais de 40 anos de sua existência na área da saúde, configurando-se, portanto, em uma lacuna no conhecimento.

A expansão de espaços democráticos de discussão e de influência nas decisões políticas, favorecendo a transparência, a *accountability*, a participação, o acompanhamento e a avaliação, pode configurar novas potencialidades de observatórios. Ainda que a literatura científica sobre observatórios de

saúde seja incipiente, em geral, os estudos sinalizam sobre a relevância dessa ferramenta para a elaboração de políticas públicas, como espaço de publicização e de participação no processo político de saúde^{2,9,10}.

A despeito da existência de observatórios que contemplam a análise de políticas e sistemas de saúde, é necessário aprofundar o conhecimento sobre a maneira como se estruturam e o que oferecem ao público, de sorte que a revisão da literatura não indicou publicações sobre análises de implantação

nem avaliações de processos, produtos ou resultados, de acordo com os modelos utilizados em saúde¹¹.

Colaboradores

Paim MC contribuiu para a concepção, interpretação dos dados, elaboração do texto e revisão final do artigo. Santos MLR contribuiu para a revisão crítica do conteúdo e revisão final do artigo. ■

Referências

1. Paim J, Paim M. Desenvolvimento do Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS): proposta de contribuição para gestores do SUS. *Rev. Consensus*. 24:30-37, 2017.
2. Santos Neto PMD. Análise da política de recursos humanos em saúde: o caso da rede observatório de recursos humanos em saúde do Brasil. [tese]. [Recife]: Fundação Oswaldo Cruz; 2012.
3. Wilkinson John. Public Health Observatories in England: recent transformations and continuing the legacy. *Cad. Saúde Pública*. 2015; 31:269-276.
4. Echer IC. A revisão de literatura na construção do trabalho científico. *Rev. gaúch. enferm*. 2001 jul; 22(2):5-20.
5. Novelli VF. Observatório de Saúde: uma revisão sistemática. [tese]. [São Paulo]: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2006. 163 p.
6. Hemmings J, Wilkinson J. What is a public health observatory? *Epidemiol. community health*. 2003; 57:324-326.
7. Teixeira C, Paim J. Análise Política em Saúde: contribuições do OAPS. *Saúde em Debat*. 2017; 4(esp3):1744.
8. Rangels ML, Guimarães JM, Belens AS. Comunicação e Saúde: aproximação ao estado da arte da produção científica no campo da saúde. In: Paim JS, Almeida-filho N. *Saúde Coletiva Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p. 625-637.
9. Siqueira CE, Carvalho F. The observatory of the Americas as a network in environmental and worker health in the Americas. *Ciênc Saúde Colet*. 2003; 8(4):897-902.
10. Bellini MIB, Angnes DI. Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde/Escola de Saúde Públi-

- ca/Rio Grande do Sul: conhecimentos construídos e possibilidades de futuro [internet]. 2008 [acesso em 2018 mar 25]. Disponível em: <http://www.esp.rs.gov.br/observatoriorh/img2//LIVRO%20PARTE2.pdf>.
11. Hartz ZMA. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.
 12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.
 13. Wilkinson J, Coyle E. Mini symposium Public Health Observatories: Development of public health ob-
 - servatories in the UK, Ireland and Europe. *Pub. Health*. 2005; 119(4):227-234.
 14. Castells M. A sociedade em rede. São Paulo: A Era da Informação v. 1. São Paulo: Paz e Terra; 2003.
 15. Jenkins H. Cultura da convergência. 2. ed. São Paulo: Aleph; 2009.
 16. Gomes W. A democracia digital e o problema da participação civil na decisão política. *Rev. Front.* 2005 set-dez; 7(3):214-222.

Recebido em 15/07/2018
Aprovado em 24/09/2018
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Revisão da produção científica sobre análise de conjuntura: contribuição à análise política em saúde

Review of scientific production on conjuncture analysis: contribution to political analysis in health

João Henrique Araujo Virgens¹, Carmen Fontes Teixeira²

DOI: 10.1590/0103-110420185226

RESUMO Diversas abordagens desenvolvidas no âmbito das ciências humanas e sociais têm sido utilizadas nas análises políticas em saúde, uma delas é a análise de conjuntura. Com objetivo de sistematizar os principais conceitos, referenciais e estratégias metodológicas desse tipo de estudo e problematizar sua aplicação na área da saúde, foi realizada uma revisão sistemática sobre o tema. Não foi identificada uma única vertente teórica de referência nem um percurso metodológico padrão, mas merece destaque o fato de a maioria dos artigos não se preocupar em explicitar, de maneira clara, teorias e métodos. Os artigos que deram enfoque à dimensão política incluíram, entre seus objetivos, analisar fatos e atores envolvidos. Sobre os artigos que tratam de questões de saúde, foi possível notar maior preocupação com aspectos teóricos e metodológicos, sendo que todos comentaram sobre a relação entre o setorial e outras dimensões de caráter político e/ou estrutural. Ao considerar que a análise de conjuntura tem o propósito de subsidiar a ação, constata-se que, quando limitada a um setor, restringe a visão acerca das determinações que incidem sobre os fatos e atores, inclusive em saúde, condição que pode prejudicar a tomada de decisão.

PALAVRAS-CHAVE Política. Política de saúde. Análise de situação. Análise de conjuntura. Análise política em saúde.

ABSTRACT *Several approaches developed in the humanities and social sciences have been used in the political analysis in health, one of them is the conjuncture analysis. In order to systematize the main concepts, references and methodological strategies of this type of study and to problematize its application in the health area, a systematic review was carried out on the subject. It was not identified a single theoretical reference or a standard methodology, but it is worth highlighting the fact that most articles do not bother to clearly explain theories and methods. The articles that focused on the political dimension included, among their objectives, analyzing facts and social actors involved. Regarding the articles that deal with health issues, it was possible to note a greater concern with theoretical and methodological aspects, and all commented about the relationship between the sectorial and other dimensions of a political and structural nature. Considering that the conjuncture analysis has the purpose of subsidizing the action, it is observed that when it is limited to a sector, it restricts the vision related to determinations that affect the facts and social actors, including in health, a condition that may harm the decision making.*

KEYWORDS *Politics. Health policy. Analysis of situation. Conjunctural analysis. Political analysis in health.*

¹Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9119-280X>
jhenrique.av@gmail.com

²Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos (IHAC) - Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8080-9146>
carmen@ufba.br



Introdução

Este artigo é parte de uma pesquisa sobre abordagens teórico-metodológicas utilizadas nas ‘análises políticas em saúde’¹, vertente de estudos assimilada pela área de ‘política, planejamento e gestão em saúde’²⁻⁵, que incorpora variadas contribuições das ciências humanas e sociais, assumindo “o poder como categoria de análise central, [...] assim como as suas relações com a produção de fatos, dentro e fora das instituições”⁶⁽³⁴⁾. Nesse tipo de estudo, um dos grandes desafios envolve a realização de análises de conjuntura⁶, que se debruçam sobre determinações, sobre processos políticos e, na dimensão setorial, sobre seus efeitos no sistema e na situação de saúde.

Apesar de não ser raro encontrar análises conjunturais na construção da teoria política, “não há facilmente nenhuma teorização mais sistemática sobre ela”⁷⁽²⁾, e sua prática se daria de maneira, até certo ponto, ‘intuitiva’⁷. Não haveria também uma formulação sistematizada que se compare a um livro como ‘As regras do método sociológico’, de Durkheim, e isso aponta a necessidade de aprofundar elementos teórico-metodológicos que alicercem a análise⁸.

No caso da saúde, uma revisão preliminar não revelou estudos que aprofundem e problematizem a fundamentação teórico-metodológica da análise de conjuntura. Diante disso, realizou-se uma revisão sistemática da produção científica sobre essa abordagem, com objetivo de sistematizar os conceitos, referenciais e estratégias metodológicas utilizadas por autores nas diversas áreas, buscando-se, ademais, analisar como este tipo de estudo tem sido realizado na área de saúde.

A revisão fundamentou-se nas seguintes questões de pesquisa: quais as características

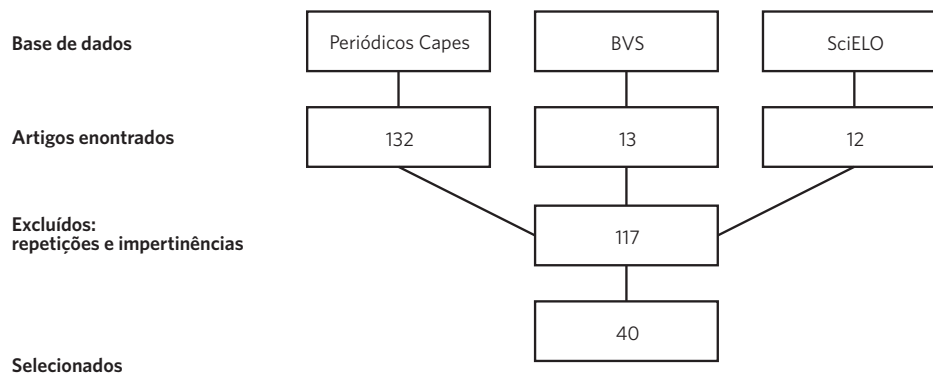
da produção científica nacional sobre análise de conjuntura? Quais conceitos, teorias e métodos têm alicerçado a realização dessas análises? Existem diferenças teórico-metodológicas significativas nos estudos da área da saúde que realizam análise de conjuntura?

Material e métodos

Trata-se de uma revisão sistemática⁹⁻¹², estratégia caracterizada pelo rigor na concretização e descrição dos passos seguidos e pelo foco em uma questão específica, sendo necessário selecionar estudos que possam ser comparados para permitir a identificação de suas semelhanças e diferenças.

A busca foi realizada no dia 16 de maio de 2018 no Portal de periódicos da Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando-se os descritores ‘análise de conjuntura’, ‘análise da conjuntura’ e ‘análise conjuntural’. Posteriormente, foi realizada uma busca complementar com as variações verbais da expressão ‘analisar a conjuntura’ (analisar /o /a /amos /am /ada /ei /ou /aram /arei /aremos /arão), visando identificar estudos que assumem como objetivo realizar esse tipo de análise. Não foram estabelecidos critérios de temporalidade nem delimitadas as áreas de conhecimento, sendo o único critério de inclusão dos artigos o fato de terem sido ‘revisados por pares’. Com base na leitura dos títulos e resumos, foram excluídos estudos repetidos (19) e outros por impertinência temática (98), ou seja, aqueles que apenas citavam os termos indicados sem efetivamente desenvolver esse tipo de abordagem.

Figura 1. Seleção dos artigos para análise



Fonte: Elaboração própria.

Os 40 artigos selecionados foram lidos na íntegra, de modo a extrair um conjunto de informações sistematizadas em uma matriz, contendo os seguintes elementos: ano de publicação; revista na qual foi publicado; perfil profissional dos autores (com base no CV registrado na Plataforma Lattes); objetivos; definição de ‘conjuntura’; recorte temporal; recorte espacial/territorial; referenciais teóricos explicitados; métodos e técnicas de produção e análise de dados. Com base nessas informações, foi feita a análise das características gerais da produção científica selecionada com base na sua evolução temporal e na distribuição por áreas de conhecimento, bem como tratou-se de aprofundar a análise de conteúdo, com base nas categorias explicitadas.

Resultados e discussão

Um primeiro aspecto que chama a atenção na produção científica selecionada foi o fato de cinco artigos serem ensaios, que discutem aspectos teórico-metodológicos da análise de conjuntura. Apesar das suas contribuições para o tema, não apresentam elementos que se enquadram na maioria das categorias de análise propostas. Entretanto, cabe mencionar brevemente o conteúdo de cada um deles, na medida em que expressam o interesse de

pesquisadores pela reflexão e problematização teórico-metodológica sobre análise de conjuntura. Desses, o artigo de Cruz⁸⁽¹⁴⁵⁾ “versa sobre a lógica da análise de conjunturas políticas” e é desenvolvido com problematizações teórico-metodológicas que evidenciam tanto referenciais como sugestões de como o analista poderia construir seu método. Turolla et al.¹³, por sua vez, focam em aspectos metodológicos relacionados com o desenvolvimento de análises de conjuntura econômica, visando “reunir alguns elementos e reflexões sobre as atividades realizadas principalmente pelos macroeconomistas de mercado”¹³⁽¹⁸⁾, também chamados pelos autores de “analistas de conjuntura”¹³⁽¹⁸⁾. Mendonça Filho e Vasconcelos¹⁴ problematizam o ‘confinamento’ enquanto forma de controle, materializado nas políticas de segurança e saúde mental, citando categorias do referencial marxiano, mas sua discussão aprofunda o ‘referencial foucaultiano’ e a ‘etno-pesquisa-interferência’ baseada nas formulações da “sócio-análise francesa e da etnometodologia”¹⁴⁽¹³⁴⁾.

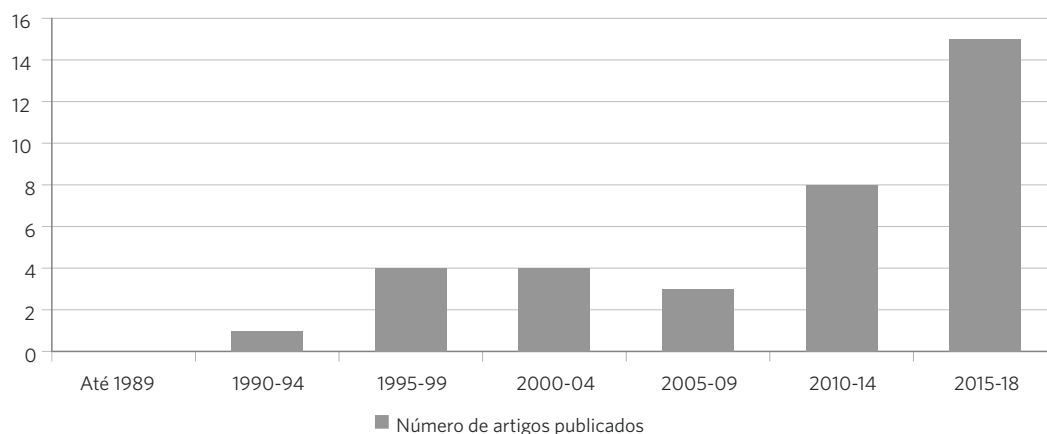
Outros dois artigos apenas estabelecem pontes com a análise de conjuntura. O artigo de Wiese¹⁵⁽³⁴⁾ visa “evidenciar a relevância da discussão do social no âmbito da prática profissional na área da Saúde” e comenta sobre a importância dessa compreensão do

social para esse tipo de análise. Barbosa e Ferreira¹⁶ problematizam o teatro do oprimido em diversas dimensões e evidenciam conexões teóricas e metodológicas entre essas abordagens, já que o teatro poderia ser utilizado como método para um processo coletivo de análise de conjuntura. Os demais¹⁷⁻⁵¹, que apresentam resultados de análises empíricas a partir de temáticas, estratégias metodológicas e referenciais variados, serão tratados com mais detalhes a seguir.

Quais as principais características dos artigos selecionados?

A distribuição temporal das 35 publicações analisadas evidencia uma tendência a aumento ao longo do tempo, especialmente na última década (*gráfico 1*), sem que, entretanto, identifique-se, na leitura dos artigos, algo em comum que justifique o aumento do interesse dos pesquisadores por este tema.

Gráfico 1. Distribuição temporal dos artigos de análise de conjuntura



Fonte: Elaboração própria.

Em termos de veículos de publicação, chama a atenção a pulverização desses estudos em diversas revistas. A maior parte dos artigos foi publicada em revistas da área de ‘ciências humanas’(18)¹⁷⁻³⁴, vindo em segundo lugar, curiosamente, a área de ‘ciências da saúde’(8)³⁵⁻⁴², sendo a revista ‘Ciência e Saúde Coletiva’ a que mais publicou(3)³⁶⁻³⁸. Essa concentração é coerente com o perfil dos autores principais, uma vez que todos os artigos publicados em revistas de ‘ciências humanas’ foram produzidos por pesquisadores que atuam nessa ‘grande área’. Situação similar ocorre nas revistas de ‘ciências agrárias’(2)^{43,44}; e, no caso das

revistas de ‘ciências sociais aplicadas’(5)⁴⁵⁻⁴⁹, apenas um autor é proveniente das ‘ciências humanas’⁴⁸. Além desses, foram identificados dois artigos publicados em revistas consideradas ‘interdisciplinares’, um de autor da ‘linguística’⁵⁰ e outro de autora das ‘ciências da saúde’⁵¹. No caso dos artigos publicados em revistas de ‘ciências da saúde’, os autores principais provêm de diversas áreas (fonoaudiologia³⁵, terapia ocupacional³⁶, história³⁷, filosofia³⁸, enfermagem³⁹, odontologia⁴⁰, fisioterapia⁴¹ e medicina⁴²), embora todos tenham formação pós-graduada e/ou atuação na área de saúde pública/coletiva.

Essa situação revela plena sintonia entre

as áreas dos autores e revistas, mas, ao mesmo tempo, em muitos casos, pode revelar limites para romper fronteiras disciplinares. No caso da saúde, porém, ocorre uma dinâmica um pouco diferenciada, pois foi notado tanto o interesse, por parte de pesquisadores das ‘ciências da saúde’, em acionar referenciais das ‘ciências humanas e sociais’ quanto a preocupação de pesquisadores de outras áreas com questões de saúde. Uma hipótese a ser considerada nesse caso é o fato da ‘saúde coletiva’ se constituir a partir da articulação de construções teórico-metodológicas de diferentes áreas do conhecimento e favorecer esses diálogos.

O que é conjuntura? O que é análise de conjuntura?

A grande maioria dos artigos não apresenta definição de ‘conjuntura’ ou ‘análise de conjuntura’, e essa situação também é verificada entre os cinco artigos que se propõem a desenvolver elementos teórico-conceituais. Entre todos os artigos analisados, apenas um³⁰ propõe uma definição de conjuntura, os demais referem-se a autores que abordam noções e conceitos que subsidiam esse tipo de análise.

Rojas³², por exemplo, cita Gramsci, enfatizando a diferenciação entre os ‘movimentos orgânicos’, que seriam ‘relativamente permanentes’ e teriam ‘grande alcance histórico’, e os ‘movimentos conjunturais’, que poderiam

[...] levar a algumas crises cíclicas, onde se questionem os governos, as políticas ou se realize uma crítica particular, mas tem um menor alcance histórico³²⁽²²⁶⁾.

Percebe-se que essa construção destaca o ‘alcance histórico’ de determinados acontecimentos. Nessa perspectiva, Rodrigues³⁰ reafirma a relação dinâmica entre estrutura e conjuntura, comentando que a estrutura pode ser transformada a depender da evolução dos conflitos conjunturais. Para ele,

[...] a conjuntura é um ‘momento’ [grifo nosso] de um processo político mais longo, balizado por certos parâmetros políticos (e econômicos, sociais, culturais, ideológicos etc) estruturados, no qual determinados atores, portadores de recursos e estratégias, confrontam-se conflitivamente em torno de arenas e agendas específicas, com vistas à obtenção de certos resultados³⁰⁽¹⁰⁴⁾.

Magno e Paim⁵¹, por sua vez, focam em explicitar o que seria analisar uma conjuntura. Essa é uma abordagem que implicaria

[...] examinar o desenvolvimento desigual das relações de força em cada um dos níveis que compõem o social, determinado por múltiplas relações, como um produto de atores sociais que se opõem e possuem distintos graus de organização e coerência⁵¹⁽³⁾.

Além dessas concepções de caráter mais político, focadas no conflito e na correlação de forças entre atores sociais em um determinado momento, outros dois artigos^{44,49} tratam de aspectos da ‘conjuntura econômica’, analisada a partir do acompanhamento de indicadores econômicos, delimitados a um espaço geográfico, no caso desses estudos, um município⁴⁹ e um estado⁴⁴. Esse tipo de abordagem também busca elaborar projeções que subsidiem decisões dos diversos “agentes econômicos”⁴⁹⁽³⁰⁴⁾.

Nos demais artigos, mesmo sem explicitações conceituais, foram encontradas diversas ‘adjetivações’ vinculadas ao termo conjuntura, que remetem a alguns tipos de recorte, em um esforço de delimitação do objeto de análise, e que também estão relacionadas com o perfil do pesquisador. Assim, encontram-se termos que indicam recorte espacial (‘internacional’²⁰, ‘externa’⁴⁵, ‘brasileira’²⁷, ‘socioespacial’²⁵) e/ou temporal (‘histórica’^{26,31,48}, ‘histórica presente’²⁹, ‘atual’^{36,45}, ‘contemporânea’^{33,37}, ‘recente’⁵¹), assim como temático (‘política’^{21,26,31,35,38,41,51}, ‘econômica’^{44,47,49}, ‘social’^{26,34}, ‘socioeconômica’⁴¹,

‘ideológica’¹⁸, ‘agrária’²⁶, ‘eclesial’²⁹, ‘religiosa’²³, ‘religioso-eclesial’²³, ‘sócio-religiosa’²³, ‘eleitoral’¹⁷, ‘epidemiológica’³⁹). Além disso, chama a atenção, em alguns artigos, a explicitação clara do posicionamento dos autores com relação à conjuntura analisada, denominada por alguns de ‘adversa’⁵¹ ou ‘conflictiva’³⁰, o que denota uma contraposição aos interesses que movem os autores da análise.

Quais os possíveis recortes temporais e espaciais em análises de conjuntura?

A análise dos diversos artigos evidencia, em primeiro lugar, que muitos não explicitam critérios para a delimitação do tempo coberto pela análise de conjuntura. No caso dos estudos de ‘conjuntura econômica’^{44,46,47,49} e de ‘conjuntura epidemiológica’^{39,40}, por exemplo, a definição temporal teve relação direta com os períodos de publicação dos dados utilizados como referência, sem especificação de fatos ou acontecimentos que demarcariam ‘pontos de corte’. Outros, entretanto, fazem referência a determinados ‘tempos políticos’, vinculados a mudanças de governos^{26,45}, a momentos de transição^{24,29,30,51}, à eclosão de crises^{17,32} ou a processos que extrapolam esses períodos^{28,35,38}, mas os tomam como referência. Uma terceira forma de delimitação temporal aparece em alguns artigos que tomam como ponto de partida para a análise da conjuntura um único fato ou acontecimento e suas implicações históricas e/ou sociais^{19,21,22,33,48}.

Percebe-se, portanto, três formas distintas de lidar com o tempo, quer seja delimitado a partir de uma cronologia (tempo cronológico), estabelecida previamente, quer seja delimitado a partir de processos políticos que possibilitariam algum tipo de periodização (tempo político), ou a partir de um fato com consequências políticas que se estendem no tempo.

Com relação ao recorte espacial, constata-se também uma diversidade de possibilidades, que dizem respeito ao território tomado

como espaço no qual ocorrem os fatos, acontecimentos e processos analisados pelos diversos autores. Assim, encontraram-se artigos que analisam a ‘conjuntura internacional’, enfatizando a análise das relações entre países, seja com objetivo de identificar “tendências de longo prazo”²⁰⁽¹³¹⁾, seja de problematizar aspectos relacionados com a política e com o direito internacional²². Também se encontraram artigos que enfatizam a análise da conjuntura brasileira^{23,26-28,30,33,35,37,38,40,42,43,45,51}, tomando o espaço nacional como referência, enquanto outros delimitam seus recortes a estados⁴⁴, microrregiões³⁶, municípios^{34,39,47,49} ou desenvolvem suas análises a partir de instituições como a “Igreja católica”²⁹⁽¹³⁸³⁾. Cabe destacar que alguns artigos dedicaram atenção específica para duas ou mais dessas dimensões espaciais, como os artigos de Rojas³², que faz uma “caracterização dos governos petistas”³²⁽²²⁸⁾ e, em seguida, discute ‘hegemonia’ e ‘dominação’ no âmbito mundial, e o de Béjar¹⁷, que dedica uma parte do texto para analisar elementos da ‘economia internacional’, para em seguida enfocar elementos da economia e da política mexicana.

Além de artigos com recortes delimitados, foi possível localizar também estudos que desenvolvem comparações a partir de indicadores econômicos em diferentes municípios⁴⁶ ou a partir de temas como a exploração da matriz eólica²⁵ ou as desigualdades e o racismo em países distintos²⁴. Um outro artigo, que é desenvolvido a partir da trajetória de um ator, acaba relatando fatos ocorridos em diferentes localidades, mas que em alguns momentos se conectam com a dimensão nacional³¹.

Cabe comentar que, apesar da delimitação de recortes espaciais, percebe-se, nas análises apresentadas nos artigos, a indicação da existência de inter-relações entre esses diversos espaços, sem que, entretanto, a maioria dos autores desenvolva problematizações a esse respeito.

Quais os referenciais teóricos explicitados nos estudos?

Poucos artigos citam de forma explícita referenciais teóricos voltados para a realização de análises de conjuntura. Alguns desenvolvem apenas discussões teóricas sobre as categorias relacionadas com os temas específicos que são utilizadas no processo analítico de cada artigo. Um terceiro grupo de autores opta por não aprofundar discussões teóricas.

Dos que apresentam ou problematizam conceitos e referenciais, foi possível identificar várias vertentes, de acordo com a filiação dos autores a determinadas tradições no âmbito das ‘ciências humanas e sociais’⁵². Nesse sentido, quatro estudos citam explicitamente referenciais ‘marxianos’^{20,32,41,51}, um utiliza conceitos extraídos da obra de Weber²⁹, dois vinculam-se ao ‘institucionalismo’^{24,46}, um recorre a Bourdieu³¹ e um referencia Michel Dobry³⁰. Além desses, um estudo de ‘conjuntura econômica’ cita referenciais dessa área⁴⁹.

Entre os artigos que explicitam ‘referências marxianas’, encontra-se Rojas³², que cita obras de Marx e Engels, a exemplo de ‘O Capital’, ‘O 18 Brumário de Luís Bonaparte’ e ‘O Manifesto do Partido Comunista’, bem como obras de Lenin, a exemplo do ‘Imperialismo, fase superior do capitalismo’. Além disso, incorpora a contribuição de Poulantzas, afirmando utilizar “os conceitos teóricos classe, fração de classe e bloco no poder”³²⁽²²⁸⁾ discutidos em ‘As classes sociais no capitalismo hoje’. Ademais, cita a diferenciação entre “movimentos orgânicos” e “conjunturais”³²⁽²²⁶⁾ apresentada nos ‘Cadernos do Cárcere’ de Gramsci.

Nessa perspectiva, Magno e Paim⁵¹ também se apoiam em Gramsci e acionam categorias de análise propostas por Souza⁵³ para desenvolver sua análise da conjuntura política em saúde em um período que vai das ‘Jornadas de Junho de 2013’ até os primeiros meses do segundo mandato de Dilma Rousseff.

Já Souza et al.⁴¹, em artigo sobre relações de trabalho, afirmam, em tópico específico sobre a ‘conjuntura socioeconômica’, tomar

[...] como referencial teórico a abordagem marxista que aponta as causas das relações de trabalho – entendendo-as como fruto da correlação dos determinantes socioeconômicos vinculados às condições de trabalho⁴¹⁽¹³⁰⁶⁾.

Cabe destacar que, em outros tópicos da discussão, os autores utilizam também conceitos de autores como Weber e Bourdieu.

No caso de Fiori²⁰, a análise desenvolvida faz referência a “três grandes escolas de pensamento da economia política: a teoria do imperialismo, a teoria da ‘hegemonia mundial’ e a teoria do world-system”²⁰⁽¹³⁹⁾, mas afirma que sua “leitura da história”, o levou “a algumas conclusões diferentes desses autores”²⁰⁽¹³⁹⁾. Algumas dessas vertentes dialogam com ‘autores marxianos’; e Fiori faz referência, especificamente, a Lenin ao indicar seu vínculo com a primeira abordagem citada.

O autor que referencia Weber é Passos²⁹, que direciona seu olhar para a análise de uma instituição: a ‘Igreja católica’. Para isso, utiliza “como referência os tipos weberianos de poder legítimo – dominação carismática, dominação tradicional e dominação burocrática” e, com base neles, afirma analisar a “conjuntura eclesial atual”²⁹⁽¹³⁸⁴⁾.

Entre os artigos vinculados ao ‘institucionalismo’, é possível citar Leubolt²⁴, que, apesar de referenciar Souza⁵³ e Fiori para realizar a análise de conjuntura, afirma partir do “institucionalismo estratégico-relacional”²⁴⁽⁵¹⁾, levando em consideração a “formação discursiva e a institucionalização do regime de desigualdades”²⁴⁽⁵¹⁾ nos países analisados. O outro, de Oliveira e Piffer⁴⁶, também se utiliza do referencial “institucionalista, tendo como expoente os trabalhos de North sobre a Base de Exportação e o Ambiente Institucional”⁴⁶⁽³²⁾, e aborda “o conceito de desenvolvimento

territorial”⁴⁶⁽³⁴⁾ para realizar suas análises.

O referencial de Bourdieu é acionado por Fabiana Rodrigues³¹, mas seu foco se volta para fatos do passado, a partir de uma análise de “conjuntura histórica”³¹⁽⁴³⁾ e do acompanhamento da trajetória de um ator.

Já Alberto Rodrigues³⁰ destaca

[...] o modelo de análise de conjunturas fluidas, isto é, conjunturas de crise política conjugadas, no correr do curto prazo, a amplos processos de mobilização de massa, desenvolvido por Michel Dobry³⁰⁽¹⁰⁵⁾.

Entre os artigos de ‘conjuntura econômica’, identificou-se o de Zirene e Zapara⁴⁹, o qual cita diversos autores da área e, a partir deles, tanto apresenta aspectos metodológicos como problematiza os teóricos. Ao citar que o foco desse tipo de análise está relacionado com o acompanhamento de variáveis econômicas, problematiza diferenças analíticas entre a dimensão micro e macro-econômica, bem como de análises globais e parciais, considerando que mesmo as análises parciais que se utilizam de variáveis pontuais precisam estar articuladas com os resultados obtidos em análises globais.

Santos et al.³³ afirmam utilizar “a sociologia dos atores e leituras pós-coloniais, duas vertentes de interpretação das relações internacionais”³³⁽⁸⁸⁾, mas sem explicitar autores de referência ou aprofundar elementos teórico-conceituais a respeito dessas vertentes.

Cabe destacar que, em estudos considerados de ‘conjuntura política’ e não limitados ao âmbito setorial, prevaleceu o ‘referencial marxiano’. É importante reafirmar que autores como Bourdieu e Weber foram utilizados em situações especiais, o primeiro em um estudo que direciona seu olhar para a trajetória de um ator no passado³¹ e o segundo em investigação que se restringe a analisar aspectos limitados a uma instituição²⁹.

Como foi possível observar, diversos referenciais foram utilizados para subsidiar análises de conjuntura, os quais estão

diretamente relacionados com as escolhas temáticas e com os recortes espaciais e temporais utilizados pelos autores. Essa coerência precisa ser levada em consideração, inclusive, para pensar se ‘análise de conjuntura’ é a melhor denominação a usar, independentemente do referencial e do tipo de estudo a ser desenvolvido. Diante dos aspectos assinalados, é importante considerar quais seriam as possíveis intenções do autor ao filiar-se a estudos de análise de conjuntura, uma vez que o uso desta expressão em certas circunstâncias poderia ser um mero ‘descuido teórico-conceitual’. Será que há alguma intencionalidade não explicitada, por exemplo, algum tipo de implicação política com o objeto de estudo?

Quais as estratégias metodológicas para realização de análises de conjuntura?

A maioria dos artigos foi desenvolvida a partir do acompanhamento de fatos e acontecimentos, especialmente no caso dos estudos que deram mais ênfase à dimensão política^{17,20-22,24-27,30-33,35,36,38,41,42,45,51} contemporânea, ou do acompanhamento de índices, variáveis e indicadores como nos estudos com enfoques econômicos^{43,44,46,47,49}, sociais³⁴ e epidemiológicos^{39,40}. Isso não significa que estes últimos são compostos por trabalhos estritamente quantitativos. Alguns deles também se apoiaram em análises qualitativas, inclusive ao problematizar a relação com aspectos políticos e sociais. Muitos estudos focados na ‘conjuntura política’ também fundamentaram suas análises em dados quantitativos a partir do uso de indicadores econômicos, situação que demonstra a importância de conhecer as diversas abordagens de análise conjuntural para identificar como os diferentes métodos utilizados podem se complementar em estudos que tenham o propósito de construir uma análise mais abrangente. Afinal, mesmo que eles partam de um tema específico e se

proponham a assumir um recorte setorial, é preciso considerar as influências dos aspectos políticos, econômicos, sociais e culturais, o que conduz à possibilidade de integração metodológica, superando a distinção quantitativo-qualitativo⁵⁴.

As principais fontes de informação na maioria dos artigos são derivadas de pesquisa documental, tais como: notícias extraídas de jornais, revistas e/ou mídias digitais^{21,48,51}, periódicos e panfletos políticos²⁸, atas de reuniões²⁶, programas de governo⁵¹, documentos produzidos por órgãos públicos^{34,36,37} e por outras instituições e seus representantes, como ‘igreja’^{18,29} e ‘entidades de saúde’⁵¹. Foram utilizados também dados produzidos por órgãos como Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)^{23,34,44,46,47}, Instituto de Pesquisa Econômica (Ipea)⁴⁶, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD)^{40,46}, Banco Central (BCB)⁴⁴, Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (Ipardes)⁴⁷, Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro (Firjan)⁴⁷, Associação Brasileira de Alumínio (Abal)³⁷ ou publicizados em relatórios de secretarias⁴⁴ e ministérios de governo^{40,46}. Foi citada também a utilização de bases de dados específicas, a exemplo dos sistemas de informação na área de Saúde, como o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)³⁹ e Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS)⁴⁰. Contudo, muitos dos artigos não informam se houve acompanhamento sistemático de alguma dessas fontes de informação. Em alguns artigos, além da pesquisa documental, informações foram produzidas a partir de entrevistas^{36,41,47} ou por meio de observação²⁶ e registro de processos políticos ocorridos no âmbito de determinadas instituições ou movimentos sociais relacionados com o tema estudado.

Para o caso de estudos de ‘análise política em saúde’, esse levantamento dá uma dimensão das variadas fontes que podem ser utilizadas para acompanhamento de

‘fatos políticos’ e ‘indicadores econômicos e sociais’ e, ao mesmo tempo, evidencia a importância de que, em estudos científicos, sejam claramente explicitadas as fontes de informação, critérios de seleção e o período de acompanhamento, visto que, em muitos dos artigos analisados nesta revisão, esses elementos não foram explicitados.

Naquilo que se refere à análise, a maioria dos estudos optou por desenvolvê-la com base em categorias e indicadores apenas citados ou problematizados a partir de referenciais teóricos vinculados ao tema de estudo. Entre esses, foi possível notar tanto estudos que desenvolviam interpretações a partir de categorias aplicadas a um determinado recorte espacial e temporal^{17-22,26-33,36,38,41,42,48,51} quanto estudos que propuseram comparações entre locais diferentes^{24,25,40,43,46}, períodos diferentes^{23,24,37,39,43-47}, setores diferentes (da economia)⁴⁹ ou com base em características demográficas e socioeconômicas^{34,40}. Cabe destacar que praticamente todos os estudos citaram a influência de fatos que extrapolavam a dimensão setorial ou o recorte espacial e temporal, sendo que a maioria apresentou antecedentes históricos relacionados com o tema em estudo.

Além disso, cabe chamar atenção para dois grupos de estudos. Alguns artigos que tratam do passado seguiram as mesmas lógicas de artigos sobre ‘conjunturas recentes’ ao definir período ou fato de referência, propor demarcação espacial, explicitar elementos que envolvem a correlação de forças entre atores e fazer a relação com aspectos estruturais. Contudo, por serem fatos ocorridos muitos anos antes da análise, essa abordagem, isoladamente, não oferece os subsídios necessários para a ação imediata, apesar de trazer contribuições a partir da experiência histórica. Por outro lado, alguns estudos que tratam de períodos recentes, com as mesmas preocupações com delimitação temporal e espacial, discutiram apenas dados produzidos sobre o tema indicado, mas sem considerar situações de conflito que levaram àquela

situação nem aprofundar conexões com elementos globais e macroestruturais.

Essas análises, focadas apenas no âmbito local e setorial, podem acabar limitando-se a uma mera caracterização que apresenta evidências referentes ao tema estudado, mas, ao não problematizar relações de cooperação e/ou conflitos entre atores, nem a relação entre estrutura e conjuntura, também limitam seu potencial de ação já que podem partir de uma racionalidade técnica que desconsidera elementos políticos, econômicos, sociais e culturais. Ambas as propostas de estudos se distanciam do que autores como Souza⁵³ consideram que seria e como se desenvolveria uma análise de conjuntura, sendo possível problematizar se a denominação de ‘análise conjuntural’ é a melhor a ser empregada.

Análises de conjuntura na área da saúde

Nas análises aplicadas ao setor saúde, houve mais detalhamento teórico e/ou metodológico, sendo que a maioria buscou conectar a dimensão setorial com elementos histórico-estruturais que incidem sobre os fatos em análise. Desse modo, foram identificados tanto estudos de caráter político e conectados com a dimensão macroestrutural que dialogam com o ‘processo e o projeto da Reforma Sanitária Brasileira’⁵⁵ quanto análises que focam em recortes mais específicos, inclusive abordagens que foram denominadas de análise de “conjuntura epidemiológica”³⁹⁽¹⁸⁾.

Entre os artigos que desenvolvem sua análise a partir de categorias que extrapolam o setor saúde está o de Luz³⁸, que discute a relação entre ‘centralização/descentralização’ das políticas de saúde e processos de “concentração de poder social na sociedade brasileira”³⁸⁽²⁹³⁾ e, portanto, evidencia os impactos na saúde de elementos de ordem estrutural e política. Um outro artigo que não se limita ao setorial é o de Magno e Paim⁵¹, em que é proposta uma análise da conjuntura de 2013 a 2015, com atenção especial para o ‘processo da Reforma Sanitária

Brasileira’ (RSB), e se apoia nas categorias apresentadas por Souza⁵³: ‘fatos’, ‘cenários’ e ‘relação de forças’.

Esses dois artigos ancoram-se em aspectos sociais, econômicos e políticos amplos, pontuando, inclusive, conexões com atores internacionais. Dessa maneira, seus recortes não se limitaram ao setor saúde. São exemplos que demonstram a conexão direta entre os fatos da conjuntura e as políticas de saúde, e como grupos com mais capacidade de intervenção conseguem fazer progredir certas pautas.

Outros dois artigos^{35,41} aproximam-se bastante da abrangência de análise dos anteriores, já que acionam várias dimensões da análise conjuntural. Contudo, apresentam uma diferença que merece ser destacada, qual seja: a análise parte da atuação de um profissional de saúde para discutir a influência do Estado e o modo de produção econômica nas práticas de saúde. O artigo de Souza et al.⁴¹ direciona sua atenção para o trabalho de fisioterapeutas com atuação no setor privado e discute os impactos da “conformação do Estado neoliberal” e da “precarização do mundo do trabalho”⁴¹⁽¹³⁰¹⁾ na área da saúde, gerando instabilidade, aumento do desemprego e flexibilização de direitos. Nessa mesma linha, Bazzo³⁵ relaciona a “incipiente oferta de fonoaudiólogos nos serviços públicos de saúde” com aspectos da “conjuntura política” decorrentes, especialmente, da “reforma do Estado brasileiro”³⁵⁽¹⁹⁰⁾, imposta por agências internacionais em meados da década de 1990, com repercussões para as políticas de saúde.

Um quinto artigo, de Cotta et al.³⁶, parte de um recorte mais delimitado e discute como os processos de privatização no sistema de saúde decorrem da “maneira desorganizada de o governo implementar a Reforma Sanitária”³⁶⁽⁹⁴⁾, citando que esses processos ocorrem de maneira semelhante em “outras esferas da sociedade brasileira”³⁶⁽⁹⁵⁾ e se dão por consequência da ação/omissão de governos. Circunscreve a discussão basicamente a aspectos relacionados com o setor saúde a

partir de investigação empírica em uma microrregião mineira. Portanto, não aprofunda os elementos externos ao setor saúde nem analisa os atores em disputa.

Esse pode ser um limite dos estudos setoriais de âmbito local, em especial sobre o setor público de saúde, uma vez que o sistema é estruturado a partir de dinâmicas que interconectam os níveis municipal, estadual e federal, sendo regido pela Constituição e por leis de âmbito nacional. Na análise de processos como a privatização do sistema, também é importante considerar fatores estruturais, como a ação do capital financeiro internacional sobre o setor analisado⁵⁶.

Entre os artigos de caráter epidemiológico, é possível citar o de Silva et al.⁴⁰, que se propõe a “analisar a conjuntura nacional referente ao perfil epidemiológico do edentulismo”⁴⁰⁽¹²¹⁾, discutindo sua relação com aspectos sociais, culturais e econômicos, bem como com o “modelo de prática odontológica hegemônico”⁴⁰⁽¹²³⁾. Apesar de ter como objetivo a ‘análise de conjuntura’, a abordagem tem características particulares, pois apresenta uma caracterização do problema, mas não aprofunda as análises sobre fatos e correlações de forças que contribuíram para a situação problematizada, tampouco seus antecedentes.

A mesma situação ocorre com o artigo de Matos et al.³⁹⁽¹⁸⁾ que se propõe a “analisar a conjuntura epidemiológica da hanseníase” por meio de um “estudo de caráter quantitativo e retrospectivo de uma série de casos de menores de 15 anos”³⁹⁽¹⁸⁾ de maneira a caracterizar, especialmente, frequência, modo de detecção e forma clínica. Demonstra a importância de conhecer a dinâmica epidemiológica para desenvolver ações de enfrentamento de problemas como a hanseníase, mas desconsidera outros elementos essenciais na compreensão dos determinantes de sua incidência e prevalência, que estão relacionados, inclusive, com a omissão ou intervenção do Estado.

Por último, o artigo de Henriques e Porto³⁷⁽³²²³⁾ discute os “impactos

socioambientais e à saúde pública” decorrentes da produção de alumínio, em especial, a partir da inserção do Brasil no mercado mundial, como parte de uma “nova configuração da Divisão Internacional do Trabalho”³⁷⁽³²²³⁾, em que atividades mais poluentes e que demandam mais energia passariam a ser deslocadas para países periféricos. Esse artigo também poderia ser classificado como de conjuntura econômica, mas, apesar de discutir elementos relacionados com um setor produtivo, desenvolve análises que se articulam com aspectos ambientais e de saúde.

Como foi possível observar, os estudos de conjuntura focados no setor saúde possuem variadas formas de aplicação e podem tratar de aspectos específicos, mas sem desconsiderar sua relação direta com outras dimensões de análise. Os estudos de caráter epidemiológico assumem características muito parecidas com ‘análises de conjuntura econômica’, já que delimitam períodos cronologicamente, trabalham com indicadores, não explicitam claramente referenciais teóricos e direcionam mais atenção ao percurso metodológico. Vale destacar que a análise da situação epidemiológica pode oferecer diversos dados e informações que alimentam estudos mais aprofundados de análise de conjuntura relacionados com o setor saúde. Contudo, na ‘análise política em saúde’, é importante que pesquisadores consigam conectar análises específicas com as de âmbito estrutural, pois, em conjunto, apresentam um potencial mais amplo para contribuir para a ação transformadora.

Considerações finais

Conforme observado, não há um referencial comum acionado ao se propor análises de conjuntura, apesar de ter sido mais citado o ‘referencial marxiano’. Merece atenção o fato de a maioria dos artigos revisados não se preocupar em explicitar ou problematizar seus referenciais teóricos,

conceituais ou metodológicos, situação que evidencia certa ‘rarefação teórica’⁵⁷ em muitos dos estudos revisados.

Naquilo que se refere aos aspectos metodológicos, as ‘análises de conjuntura’ apresentam diversas abordagens, sendo que as opções assumidas pelos autores estão relacionadas com o tema, com as escolhas teóricas e com os recortes espaciais e temporais definidos. Apesar de não ter sido observado um percurso metodológico único, no caso específico das análises que aprofundam aspectos políticos, foi possível perceber o interesse em identificar fatos relevantes e relações de cooperação e/ou conflito entre os atores. Em alguns deles, as análises apoiaram-se em indicadores econômicos e sociais, consideraram antecedentes históricos e, em casos mais específicos, discutiram tendências futuras.

Todos os artigos do setor saúde, por sua vez, citam a relação entre o setorial e outras dimensões da conjuntura, sendo que alguns aprofundam essas conexões, mas fica evidente que, para desenvolver esse tipo de abordagem aplicada à ‘análise política em saúde’, é necessário se debruçar sobre uma ampla produção teórica que discute ‘o poder’, ‘o político’, ‘os atores/sujeitos’ e ‘a ação’.

Percebe-se, portanto, que a análise de conjuntura é uma abordagem com importantes contribuições para os estudos de ‘análise política em saúde’, porém, é necessário que os aspectos teórico-metodológicos não sejam negligenciados, levando em consideração a natureza do tema, os possíveis recortes, as teorias acionadas e os procedimentos adotados, de modo a alcançar uma adequada

compreensão da totalidade complexa na qual estão imersos os fatos e processos históricos tomados como objeto destas análises.

Por fim, cabe enfatizar que a realização de uma apurada análise de conjuntura não garante os resultados esperados para a práxis política, mas quanto melhor elaborada for, melhores serão os subsídios para ações transformadoras. Os embates se dão em meio à ação de diversos atores; e a análise contribui, justamente, para subsidiar escolhas teóricas, metodológicas, políticas e técnicas.

Colaboradores

Virgens JHA contribuiu para as seguintes atividades: 1) concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados; 2) revisão do texto do artigo; e 3) aprovação da versão final do manuscrito. Teixeira CF contribuiu para as seguintes atividades: 1) concepção e planejamento; 2) revisão do texto do artigo; e 3) aprovação da versão final do manuscrito.

Agradecimentos

Ao grupo do Eixo ‘Análise do Processo da Reforma Sanitária Brasileira no Período 2007 a 2016’ do Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS), coordenado pelo prof. Jairnilson Paim e pela prof.^a Carmen Teixeira, pelas oportunidades de diálogo sobre o tema do artigo. À Tarsila Figueiredo por contribuir para a elaboração deste artigo com a revisão do texto e com a tradução do resumo. ■

Referências

1. Paim JS, Posfácio. Análise política em saúde: um pensamento estratégico para a ação estratégica. In: Federico L. Análise política em saúde: a contribuição do pensamento estratégico. Salvador: Edufba; 2015. p. 279-286.
2. Teixeira CF. Produção Científica na Área de Política, Planejamento e Gestão em Saúde 1975-2010. In: Baptista TWF, Azevedo CS, Machado CV. Políticas, planejamento e gestão em saúde: abordagens e métodos de pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015. p. 81-111.
3. Paim JS, Teixeira CF. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. Rev Saúde Pública [internet]. 2006 ago [acesso em 2017 jun 7]; 40(esp):73-78. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40nspe/30625>.
4. Santos JS, Teixeira CF. Política de saúde no Brasil: produção científica 1988-2014. Saúde debate [internet]. 2016 mar [acesso em 2017 jun 7]; 40(108):219-230. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000100219&lng=en&nrm=iso.
5. Baptista TWF, Azevedo CS, Machado CV. Políticas, planejamento e gestão em saúde: abordagens e métodos de pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015.
6. Teixeira CF, Silveira P, organizadores. Glossário de análise política em Saúde. Salvador: Edufba; 2016.
7. Moreira MS. Em busca de uma metateoria: análise de conjuntura, ciência e política a partir dos textos sobre as jornadas de junho. In: Anais do 10º Encontro da Associação Brasileira de Ciência Política [internet]. 2016 set 1. Belo Horizonte: ABCP; 2016. Disponível em: <https://cienciapolitica.org.br/system/files/documentos/eventos/2017/04/analise-conjuntura-ciencia-e-historia-investigacao-sobre.pdf>.
8. Cruz SCV. Teoria e método na análise de conjuntura. Educ Soc [internet]. 2000 ago [acesso em 2018 maio 16]; 21(72):145-152. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73302000000300008&lng=en&nrm=iso.
9. Lopes ALM, Fracolli LA. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. Texto Contexto Enferm [internet]. 2008 dez [acesso em 2018 maio 15]; 17(4):771-778. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400020&lng=en&nrm=iso.
10. Gomes I, Caminha I. Guia para estudos de revisão sistemática: uma opção metodológica para as Ciências do Movimento Humano. Movimento [internet]. 2014 jan-mar [acesso em 2018 maio 15]; 20(1):395-411. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/Movimento/article/viewFile/41542/28358>.
11. Sampaio RF, Mancini MC. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. Rev Bras Fisioter [internet]. 2007 fev [acesso em 2018 maio 15]; 11(1):83-89. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552007000100013&lng=en&nrm=iso.
12. Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. Acta Paul Enferm [internet]. 2007 jun [acesso em 2018 maio 15]; 20(2):5-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200001&lng=en&nrm=iso.
13. Turolla FA, Lima MFF, Margarido MA. Notas sobre a prática dos economistas de mercado no Brasil. São Paulo Perspec [internet]. 2009 jul-dez [acesso em 2018 maio 16]; 23(2):18-27. Disponível em http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v23n02/v23n02_02.pdf.

14. Mendonça Filho M, Vasconcelos MFF. Questões de método e pesquisa dos dispositivos institucionais de confinamento do presente. *Estud Pesq Psicol* [internet]. 2010 jan-mar [acesso em 2018 maio 16]; 10(1):134-150. Disponível em: <http://www.revvispsi.uerj.br/v10n1/artigos/pdf/v10n1a10.pdf>.
15. Wiese ML. A discussão do social no âmbito da prática profissional. *Rev Soc Cardiol* [internet]. 2011 out-dez [acesso em 2018 maio 16]; 21(supl.4):34-38. Disponível em: <http://nisfaps.paginas.ufsc.br/files/2014/09/Artigo-A-Discuss%C3%A3o-do-Social-no-%C3%82mbito-da-Pr%C3%A1tica-Profissional-Rev-SOCESP.pdf>.
16. Barbosa I, Ferreira FI. Teatro do Oprimido e projeto emancipatório: mutações, fragilidades e combates. *Soc Estado* [internet]. 2017 ago [acesso em 2018 maio 16]; 32(2):439-463. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922017000200439&lng=en&nrm=iso.
17. Bejar AA. México: contexto econômico e estratégias eleitorais. *Lua Nova* [internet]. 2000 [acesso em 2018 maio 16]; 49:161-174. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64452000000100009&lng=en&nrm=iso.
18. Coelho RT. A tradição judaico-cristã e a homofobia: substratos ideológicos de um preconceito. *Cad Gênero Diversidade* [internet]. 2015 [acesso em 2018 maio 16]; 1(1):162-80. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/cadgendiv/article/view/13945>.
19. Ferabolli SR. Uma nova visão para a regionalização do mercado de trabalho árabe. *Rev Conjuntura Austral* [internet]. 2016 [acesso em 2018 maio 16]; 7(36):5-11. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/ConjunturaAustral/article/view/65599>.
20. Fiori JLC. Prefácio ao poder global. *Rev Tempo Mundo* [internet]. 2010 abr [acesso em 2018 maio 16]; 2(1):131-153. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/rtm/100923_rtm_port02_cap6.pdf.
21. Guimaraes ASA. Ação afirmativa, autoritarismo e liberalismo no Brasil de 1968. *Novos Estud CE-BRAP* [internet]. 2015 jan-mar [acesso em 2018 maio 16]; (101):5-25. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002015000100005&lng=en&nrm=iso.
22. Ide D. O mandado de prisão do TPI contra Al-Bashir à luz da relação entre poder e moral internacionais. *Meridiano 47* [internet]. 2009 [acesso em 2018 maio 16]; 10(105):30-33. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/ojs311/index.php/MED/article/view/3616>.
23. James C. Análise de conjuntura religioso-eclesial. *Perspectiva Teológica* [internet]. 1996 jan [acesso em 2018 maio 16]; 28(75):1-26. Disponível em: <http://www.faje.edu.br/periodicos/index.php/perspectiva/article/view/924>.
24. Leubolt B. One or two nation projects? Discourse on inequalities and equality-related policies in South Africa and Brazil. *Rev Sociol Polit* [internet]. 2015 [acesso em 2018 maio 16]; 23(55):35-51. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44782015000300035&lang=pt.
25. Loureiro CV, Gorayeb A, Brannstrom C. Análise comparativa de políticas de implantação e resultados sociais da energia eólica no Brasil e nos Estados Unidos. *Raega* [internet]. 2017 ago [acesso em 2018 maio 16]; 40:231-247. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/raega/article/view/45344>.
26. Martins JS. A reforma agrária no segundo mandato de Fernando Henrique Cardoso. *Tempo Soc* [internet]. 2003 nov [acesso em 2018 maio 16]; 15(2):141-175. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20702003000200006&lng=en&nrm=iso.
27. Neutzling I. A crise de um modelo de desenvolvimento: notas para uma análise da conjuntura bra-

- sileira. *Perspectiva Teológica* [internet]. 1991 jan [acesso em 2018 maio 16]; 23(61):371-384. Disponível em: <http://www.faje.edu.br/periodicos/index.php/perspectiva/article/view/1270/1668>.
28. Neves LMBP. Cidadania e participação política na época da Independência do Brasil. *Cad CEDES* [internet]. 2002 dez [acesso em 2018 maio 16]; 22(58):47-64. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32622002000300004&lng=en&nrm=iso.
29. Passos JD. Os limites do carisma na instituição tradicional: Reflexões sobre as reformas do Papa Francisco em chave weberiana. *Horizonte* [internet]. 2015 jan [acesso 2018 maio 16]; 12(36):1384-1407. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/horizonte/article/view/7385>.
30. Rodrigues AT. Democracia e mobilização social: participação autônoma e instituições políticas na transição brasileira. *Rev Sociol Polit* [internet]. 1999 jun [acesso em 2018 maio 16]; (12):99-119. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44781999000100006&lng=en&nrm=iso.
31. Rodrigues FCM. Considerações acerca do campo jurídico e da cultura política na passagem à modernidade no Brasil. *Passagens Rev Intern Hist Política Cult Jurídica* [internet]. 2010 [acesso em 2018 maio 16]; 2(3):39-53. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=337327172004>.
32. Rojas G. Crise capitalista mundial: a crise de hegemonia norte-americana é uma crise de dominação? *Espacio Abierto* [internet]. 2015 [acesso em 2018 maio 16]; 24(2):223-234. Disponível em: <http://produccioncientificaluz.org/index.php/espacio/article/view/20298>
33. Santos ALN, Correia MFR, Oliveira PV. A Bahia e os seus fluxos e refluxos rumo à mítica mama África: um possível campo de exercício da cooperação Sul-Sul? *Cad CRH* [internet]. 2016 abr [acesso em 2018 maio 16]; 29(76):87-100. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-497920160001000087&lng=en&nrm=iso.
34. Silva YB, Santana PV. Análise da conjuntura social em Coari a partir das responsabilidades socioambientais do município frente a acordos internacionais – o caso da Petrobrás e a agenda 21. *Rev Geonorte* [internet]. 2017 [acesso em 2018 maio 16]; 8(28):51-64. Disponível em: <http://www.periodicos.ufam.edu.br/revista-geonorte/article/view/3508>.
35. Bazzo LMF. Privação da oferta de serviços fonoaudiológicos no Sistema Único de Saúde (SUS) e a reforma do Estado: a mediação do debate. *R Ciênc Biol* [internet]. 2007 [acesso em 2018 maio 16]; 6(2):190-196. Disponível em: <https://portal-seer.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/4211>.
36. Cotta RMM, Muniz JN, Mendes FF, et al. A Crise do Sistema Único de Saúde e a Fuga para o Mercado. *Ciênc Saúde Colet* [internet]. 1998 jun [acesso em 2018 maio 16]; 3(1):94-105. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231998000100094&lng=en&nrm=iso.
37. Henriques AB, Porto MFS. A insustentável leveza do alumínio: impactos socioambientais da inserção do Brasil no mercado mundial de alumínio primário. *Ciênc Saúde Colet* [internet]. 2013 nov [acesso em 2018 maio 16]; 18(11):3223-3234. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001100013&lng=en&nrm=iso.
38. Luz MT. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. *Ciênc Saúde Colet* [internet]. 2000 [acesso em 2018 maio 16]; 5(2):293-312. Disponível em: www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7097.pdf.
39. Matos EVM, Ferreira AMR, Palmeira IP, et al. Conjuntura epidemiológica da hanseníase em menores de quinze anos, no período de 2003 a 2013, Belém – PA. *Hansen Int* [internet]. 2015 [acesso em

- 2018 maio 16]; 40(2):17-23. Disponível em: <http://www.ilsl.br/revista/download.php?id=imageBank/v40n2a03.pdf>.
40. Silva ET, Oliveira RT, Leles CR. O edentulismo no Brasil: epidemiologia, rede assistencial e produção de próteses pelo sistema único de saúde. *Tempus Actas Saúde Colet* [internet]. 2015 set [acesso em 2018 maio 16]; 9(3):121-134. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1790>.
 41. Souza TS, Saldanha JHS, Mello IM. As relações de trabalho dos fisioterapeutas na cidade de Salvador, Bahia. *Saúde Soc* [internet]. 2014 dez [acesso em 2018 maio 16]; 23(4):1301-1315. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000401301&lng=en&nrm=iso.
 42. Teixeira CF, Paim JS. Políticas de formação de recursos humanos em saúde: conjuntura atual e perspectivas. *Divulg saúde debate*. 1996 jul; (12):19-23.
 43. Junqueira AH, Peetz MS. Análise conjuntural do comércio exterior da floricultura brasileira. *Rev Bras Horticultura Ornamental* [internet]. 2010 [acesso em 2018 maio 16]; 16(1):79-81 Disponível em: http://www.hortica.com.br/artigos/2010_1_Sem_Com_Exterior_Floricultura_Brasileira.pdf.
 44. Volsi B, Telles TS, Reydon BP. Evolução dos preços das terras agrícolas no Paraná entre 1998 e 2015. *Rev Ciências Agrárias* [internet]. 2017 set [acesso em 2018 maio 16]; 40(3):670-682. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-018X2017000300019&lng=pt&nrm=iso.
 45. Fonseca PCD, Cunha AM, Bichara JS. O Brasil na Era Lula: retorno ao desenvolvimentismo? *Nova Econ* [internet]. 2013 ago [acesso em 2018 maio 16]; 23(2):403-428. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-63512013000200006&lng=en&nrm=iso.
 46. Oliveira NM, Piffer M. Conjuntura do desenvolvimento regional dos municípios do estado do Tocantins. *Desenvol Regional debate* [internet]. 2016 nov [acesso em 2018 maio 16]; 6(3):32-61. Disponível em: <http://www.periodicos.unc.br/index.php/drd/article/view/1023>.
 47. Santos LP, Lima JF. Desenvolvimento econômico local em Assis Chateaubriand-PR. *Desenvolv Regional debate* [internet]. 2015 [acesso em 2018 maio 16]; 5(1):180-200. Disponível em: <http://www.periodicos.unc.br/index.php/drd/article/view/794>.
 48. Torres LH. A porta lacrada para sempre ou quem matou o padre Bernardo Viegas? *Biblos* [internet]. 2008 [acesso em 2018 maio 16]; 22(1):119-129. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/biblos/article/view/860>.
 49. Zirene JDU, Zapara A. Análisis de la coyuntura económica en las empresas del municipio de Sabaneta – Antioquia. *Rev Ciências Estratégicas* [internet]. 2013 jul-dez [acesso em 2018 maio 16]; 22(30):301-315. Disponível em: <https://revistas.upb.edu.co/index.php/cienciasestrategicas/article/view/2660>.
 50. Corrêa AA. Estudos pós-graduados e pesquisa em literatura: condições e necessidades. *Rev Bras Pós-Graduação* [internet]. 2012 [acesso em 2018 maio 16]; 9(18):705-723. Disponível em: <http://ojs.rbgp.capes.gov.br/index.php/rbgp/article/view/362>.
 51. Magno LD, Paim JS. Dos clamores das ruas aos rumores no Congresso: uma análise da conjuntura recente da saúde no Brasil. *RECIIS* [internet]. 2015 dez [acesso em 2018 maio 16]; 9(4):1-14. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1043>.
 52. Collins R. Quatro tradições sociológicas. Petrópolis: Vozes; 2009.
 53. Souza HJ. Como se faz análise de conjuntura. 34. ed. Petrópolis: Vozes; 2014.

54. Almeida Filho N. Integração metodológica na pesquisa em saúde: nota crítica sobre a dicotomia quantitativo-qualitativo. In: Goldenberg P, Marsigliá RMG, Gomes MHA. O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 143-156.
55. Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; 2008.
56. Sestelo JAF. Dominância financeira na assistência à saúde: a ação política do capital sem limites no século XXI. *Ciênc Saúde Colet* [internet]. 2018 jun [acesso em 2018 jul 13]; 23(6):2027-2034. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000602027&lng=pt.
57. Schraiber LB. Engajamento Ético-Político e Construção Teórica na Produção Científica do Conhecimento em Saúde Coletiva. In: Baptista TWF, Azevedo CS, Machado CV. Políticas, planejamento e gestão em saúde: abordagens e métodos de pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015. p. 33-58.

Recebido em 15/07/2018

Aprovado em 18/09/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (Capes) - Código de Financiamento 001, por meio de concessão de bolsa para Virgens JHA, durante o período de realização do estudo. O OAPS é apoiado pelo CNPq e pelo Ministério da Saúde (Chamada MCTI /CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/Decit nº 41/2013)

Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra e saúde do campo: revisão integrativa do estado da arte

Landless Workers Movement and rural healthcare: integrative review of the state of art

Larissa Daiane Vieira Barros¹, Carmen Fontes Teixeira²

DOI: 10.1590/0103-110420185227

RESUMO O objetivo do trabalho foi caracterizar a produção científica acerca do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) até 2016, com ênfase na identificação e na análise dos trabalhos que tratem do tema ‘saúde’, buscando identificar os problemas e a necessidade de saúde da população vinculada ao MST, bem como as concepções, projetos e práticas de saúde desse Movimento. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que analisou 108 trabalhos capturados nas bases BVS e Capes, sendo que, destes, 15 tratam especificamente das questões de saúde. Os resultados evidenciam a precariedade das condições de vida e de saúde das populações acampadas e assentadas e revelam a multiplicidade de problemas e necessidades de saúde não atendidas de grupos específicos, a exemplo dos trabalhadores, mulheres e crianças. Observa-se, entre as lideranças do Movimento, uma concepção abrangente de Saúde e uma diversidade de posições com relação à participação do MST nas instâncias de controle social do SUS. Conclui-se apontando a necessidade de aprofundamento dos estudos sobre a capacidade de o movimento sanitário incorporar os movimentos do campo em sua base de sustentação, principalmente se o MST tem sido um aliado no processo de Reforma Sanitária Brasileira.

PALAVRAS-CHAVE Reforma dos serviços de saúde. Sistema Único de Saúde. Saúde da população rural.

ABSTRACT *This work aims to characterize the scientific material which has been produced about the Landless Workers Movement (MST) until 2016, with emphasis on the identification and analysis of those works that deal with the topic of ‘Health’. This work also strives to identify this Movement’s health practices, conceptions, and projects. This is an integrative review of the literature related to the issue at hand. Out of the 108 works analyzed, which were found in the BVS and Capes databases, 15 specifically dealt with health issues. The results show that due to the precariousness of the living conditions in the settlements, the residents, such as workers, women and children, were found to have numerous of their needs and health problems unaddressed. One can observe that among the Movement’s leaders there is a comprehensive understanding of Health as well as different perceptions regarding the participation of the MST in the instances of social control of the Brazilian Unified Health System (known as SUS). The author concludes by directing the reader’s attention to the fact that this is a topic that is still lacking more in-depth research. More studies need to be done on the movement, especially those that will further analyze the relationship of the MST and the Brazilian Health Reform.*

KEYWORDS *Health care reform. Unified Health System. Rural health.*

¹Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5268-9450>
laravbarros@gmail.com

²Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos (IHAC) - Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8080-9146>
carmen@ufba.br



Introdução

O Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), principal movimento social do campo no Brasil e um dos mais importantes no mundo, foi criado em 1984 tendo como principais objetivos a luta pela terra, pela reforma agrária e por uma sociedade justa e fraterna^{1,2}. Ao longo do período em que tem atuado, o MST garantiu a conquista da terra para mais de 350 mil famílias, sendo que, atualmente, esse movimento está presente em 24 estados brasileiros, contando com uma base social que abarca mais de 1,5 milhão de pessoas^{1,3,4}.

Dadas as características desse movimento, que contempla o deslocamento de grupos populacionais por grandes extensões do território nacional, bem como a montagem de acampamentos e assentamentos precários, é importante investigar a problemática de saúde enfrentada pela população envolvida, tanto do ponto de vista das suas condições de saúde quanto do ponto de vista do acesso às ações e serviços destinados ao atendimento de suas necessidades de saúde. Além disso, considerando que se trata de um movimento social portador de um projeto político que ultrapassa a dimensão meramente econômica, de luta pelos meios de produção, especificamente a terra, cabe investigar quais as propostas e os projetos específicos com relação a outras dimensões do processo de reprodução social, principalmente a garantia dos direitos, entre os quais, o direito à saúde.

Nesse sentido, cabe, em primeiro lugar, realizar uma revisão da literatura existente sobre este movimento, buscando identificar os temas que têm se tornado objetos de investigação pela comunidade científica e os estudos que abordem notadamente a questão da saúde. Este trabalho se insere em um projeto de pesquisa mais amplo, que trata de analisar as concepções e práticas de saúde desenvolvidas no âmbito do MST, buscando compreender sua aproximação ou distanciamento com os princípios, diretrizes

e estratégias propostas pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira⁵ (RSB), movimento que colocou na agenda política do Estado brasileiro a questão do direito universal à saúde, aprovado na Constituição Federal de 1988⁶, base jurídica do difícil processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) nos últimos 30 anos^{7,8}.

Trata-se de investigar, portanto, até que ponto o MST pode ser visto como um potencial aliado nas lutas pela RSB e pela construção do SUS no Brasil ou se suas propostas apontam para outra direção. Nessa perspectiva, foram definidas algumas questões norteadoras da revisão bibliográfica, quais sejam: Quais as características da produção científica sobre o MST? Quais os principais temas investigados? Como é abordada a saúde no âmbito desta produção?

Desse modo, o objetivo do trabalho é caracterizar a produção científica acerca do MST até 2016, com ênfase na identificação e análise dos trabalhos que tratem do tema 'saúde', buscando identificar os problemas e necessidade de saúde da população vinculada ao MST, bem como as concepções, projetos e práticas de saúde deste Movimento.

Estratégia metodológica

O desenho deste estudo contempla uma revisão bibliográfica integrativa, um tipo de revisão que busca sistematizar o conhecimento científico disponível, aproximando o pesquisador da problemática que deseja apreciar, possibilitando conhecer a evolução do tema ao longo do tempo e visualizar oportunidades/lacunas/questões de pesquisa⁹. Assim, buscamos realizar uma análise e síntese do conhecimento científico produzido sobre o MST mediante a aplicação de métodos explícitos e sistematizados de busca, síntese da informação e análise crítica da produção encontrada.

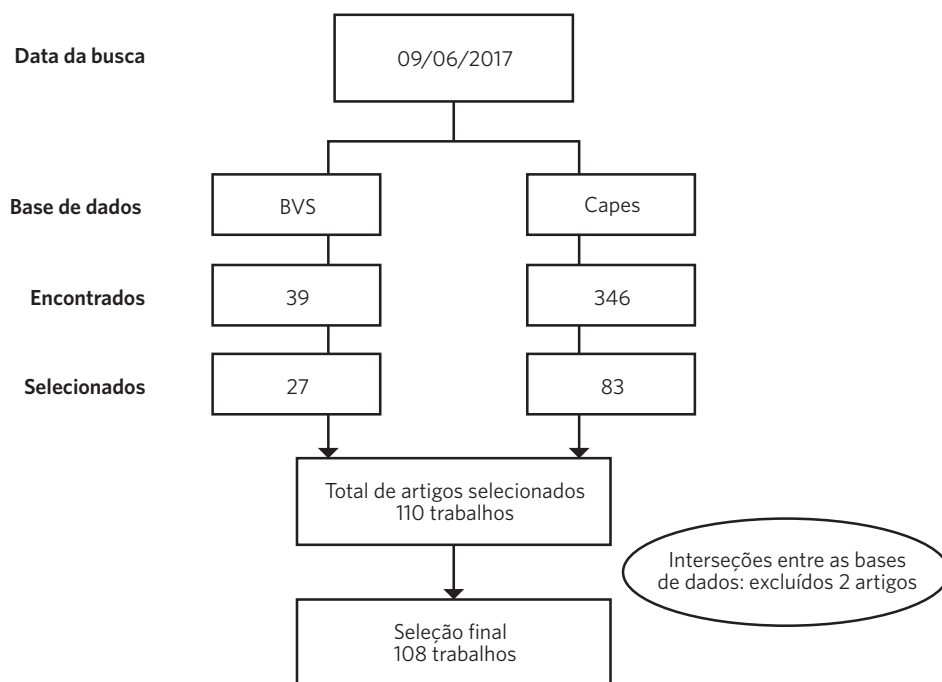
Inicialmente, tentamos definir os descritores de busca no site do Descritores em

Ciências da Saúde (DeCS). Foram utilizados termos como: 'população do campo'; 'saúde da população do campo'; 'movimento camponês'; 'movimento agrário'; 'movimento sem terra'; 'movimento dos trabalhadores rurais sem terra', mas nenhum desses descritores foi encontrado. Nesse sentido, optamos pelo uso do termo 'movimento dos trabalhadores rurais sem terra', buscando realizar uma busca avançada e garantindo o acesso aos artigos que contivessem essa expressão no título e/ou nas palavras-chave. Realizamos a busca em duas plataformas, a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)¹⁰ (<http://brasil.bvs.br/>) e o Banco de Periódicos Capes¹¹ (<http://www.periodicos.capes.gov.br/>), por disponibilizarem um amplo acervo de trabalhos

indexados nessas bases.

Conforme a *figura 1*, a consulta às bases de dados foi realizada no dia 9 de junho de 2017, tendo sido encontrado um total de 385 trabalhos, cujos títulos foram lidos de modo a excluir repetições. Em seguida, foram lidos os resumos, aplicando como critérios de inclusão os trabalhos que apresentavam informações e discussões sobre o MST, não sendo considerados os artigos que discutem reforma agrária, assentamentos e acampamentos sem referência ao MST. Desse modo, foram selecionados 99 artigos, 6 dissertações e 3 teses publicados até o ano de 2016, em periódicos revisados por pares, disponíveis integralmente e nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola.

Figura 1. Processo de seleção dos artigos analisados



Fonte: Elaboração própria.

Os resumos dos trabalhos selecionados foram novamente lidos de forma a extrair um conjunto de informações: o tipo de trabalho, idioma, tema abordado, ano de publicação e procedência institucional dos autores. Essas informações quantitativas foram processadas para construir tabelas e gráficos que apresentam as características gerais desta produção. Especificamente com relação ao tema abordado, os trabalhos foram agrupados em sete categorias, quais sejam:

a) MST e Reforma Agrária: inclui trabalhos que abordam a estrutura fundiária brasileira e a participação do MST nas lutas pela Reforma Agrária no Brasil;

b) MST e Educação do Campo: trabalhos que discutem as Políticas de Educação para o Campo e os princípios e práticas educativas do MST;

c) MST como Ator Político: aborda o MST enquanto ator político importante no cenário de lutas no Brasil e na América Latina, seus processos organizativos e discursos políticos;

d) MST e Mídia: compreende estudos sobre visões, representações e discursos da mídia brasileira sobre o MST;

e) MST e Gênero: inclui artigos que analisam a divisão sexual do trabalho e as desigualdades de gênero dentro do MST, bem como a participação das mulheres nos processos decisórios do movimento;

f) MST e Saúde: artigos e dissertações que analisam as condições de vida e de trabalho no campo, concepções do processo saúde-doença e suas práticas de saúde, formas de participação e organização na saúde e as políticas de saúde para o campo;

g) Outros: trabalhos que não se enquadravam nas categorias acima delimitadas e que abordam temas como: biblioteca virtual do MST, cooperativismo rural etc.

Conforme pode ser visualizado na *tabela 1*, dos 108 trabalhos selecionados, 29,62% referem-se ao MST/ator político, e 22,22%, ao MST/Reforma Agrária, sendo que apenas 13,88% (15) dos estudos são da área de saúde e foram publicados entre 2007 e 2015.

Tabela 1. Distribuição dos trabalhos segundo tema e tipo

Categoria temática	Artigos		Dissertações		Teses		Total de trabalhos	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
MST/Educação do Campo	12	100%	-	-	-	-	12	11,11%
MST/Reforma Agrária	24	100%	-	-	-	-	24	22,22%
MST/Ator Político	28	90,62%	1	3,1%	3	9,37%	32	29,62%
MST/Mídia	5	83,33%	1	16,6%	-	-	6	5,55%
MST/Saúde	13	86,66%	2	13,33%	-	-	15	13,88%
MST/Gênero	5	83,33%	1	16,6%	-	-	6	5,55%
MST/Outros	12	92,3%	1	7,69%	-	-	13	12,03%
Total	99	91,66%	6	5,55%	3	2,77%	108	100%

Fonte: Elaboração própria.

Finalmente, os trabalhos incluídos na categoria MST e Saúde (13 artigos e 2 dissertações) foram lidos na íntegra e submetidos a uma análise de conteúdo temática^{12,13}, tratando-se de sistematizar as principais contribuições desses estudos ao conhecimento dos problemas, necessidades e demandas de saúde da população diretamente envolvida com o MST, bem como as propostas e soluções encontradas com relação ao acesso às ações e serviços de saúde.

Resultados

Os 15 trabalhos que tratam de questões de saúde no MST foram produzidos, em sua totalidade, por pesquisadores brasileiros, em sua maioria, vinculados às universidades da região Sudeste e Centro-Oeste, tendo sido publicados em periódicos da área de saúde pública/coletiva no período entre 2007 e 2015. Resultaram de pesquisas empíricas realizadas em assentamentos e acampamentos do MST, utilizando metodologias qualitativas, especialmente entrevistas, observação, grupo focal e análise documental.

Dois dos trabalhos, em particular, foram feitos com o Coletivo Nacional de Saúde do Movimento^{4,14}, entidade que congrega representações de lideranças do MST de todos os estados do País. Entre os trabalhos, seis citam a RSB^{4,15,18}; e apenas um, a Reforma Psiquiátrica¹⁶, explicitando a defesa do MST dos princípios do SUS e da saúde como conquista popular e dever do Estado.

Ressalta-se a presença dos princípios da educação popular em saúde^{4,15,16,19,20,23,24} enquanto referencial e método de análise do MST, principalmente a produção coletiva de saberes, as práticas de cuidado e os processos de luta do movimento. Isso pode estar relacionado com a forte influência do pensamento de Paulo Freire na construção da pedagogia do movimento²³, pela correspondência de princípios e valores educativos presentes tanto na educação popular

em saúde quanto nas formas de organização política do MST, como também pela vinculação teórico-política dos autores dos trabalhos e suas relações com os Sem-Terra. Outro ponto relevante é a discussão sobre a saúde das mulheres do campo^{15,22,24,25}, o que demonstra certo avanço no debate sobre as questões de gênero e sobre sua relação com a saúde das mulheres do campo, sem que, entretanto, sejam identificados artigos que abordem a questão étnico-racial.

Análise temática dos trabalhos sobre MST e Saúde

Todos os trabalhos analisados tratam, em maior ou menor grau, das condições de saúde da população que vive nos assentamentos e acampamentos do MST, apontando uma diversidade de problemas que afetam grupos específicos dessa população, a exemplo das condições de trabalho no campo^{2,15,20,22,24,26,27}, infraestrutura e a problemática da saúde da mulher^{15,22,26,27}. Chama atenção a lacuna existente com relação à situação de saúde das crianças, ainda que existam informações pontuais em alguns trabalhos analisados^{2,17,20,27}. Além das condições de saúde, grande parte dos trabalhos relata a problemática da acessibilidade^{2,14,15,17,19,20,22,24,25,27} da população assentada/acampada às ações e serviços do sistema de saúde, apontando dificuldades no acesso; em contrapartida, eles analisam as concepções e práticas de saúde^{2,14-17,19,27} realizadas nos acampamentos e assentamentos.

A leitura detalhada de cada um desses trabalhos permitiu a sistematização dos conhecimentos produzidos, o que possibilitou a identificação dos principais problemas enfrentados por essa população, como segue.

O trabalho e a saúde no campo

Os estudos revelam que o trabalho no campo é marcado por longas e extenuantes jornadas de trabalho, longos períodos de deslocamento,

predomínio do trabalho braçal e repetitivo e exposição aos diversos fenômenos da natureza que podem significar riscos à saúde. Entre os principais agravos à saúde^{2,20,23,24,27} ocasionados pelo trabalho rural, estão a intoxicação pelo uso de agrotóxicos, excessiva exposição à radiação solar, dores musculares e esgotamento físico, acidentes com equipamentos cortantes e com animais peçonhentos. As melhores condições de trabalho estão nos assentamentos, em detrimento dos acampamentos e do trabalho sazonal assalariado, a exemplo do corte da cana de açúcar por boias-frias,

afetando a saúde do trabalhador devido ao ritmo intenso e acelerado dos movimentos braçais, postura inadequada do corpo por longos períodos, reduzido período de descanso²⁽¹⁵⁹⁹⁾.

As mulheres conjugam

atividades na lavoura, os afazeres da casa, o cuidado com as crianças e a militância na luta social²⁴⁽⁵⁹²⁾.

As trabalhadoras rurais produzem alimentos e garantem a subsistência da família desenvolvendo trabalhos no roçado, além de se ocuparem com o plantio de ervas medicinais e com o artesanato²²⁽¹³⁴²⁾.

A presença do trabalho infantil²⁰ no campo é marcada pela divisão sexual do trabalho, na medida em que as meninas são submetidas ao trabalho doméstico muito cedo, enquanto os meninos são inseridos precocemente nas fazendas. Há casos de contaminação de crianças e mulheres pela exposição aos agrotóxicos, por meio do transporte dos produtos, pelo ar, pela água e pelo solo, pelo processo de higienização das roupas pelas mulheres ou mesmo pelas brincadeiras com resíduos e embalagens pelas crianças.

A intoxicação pelo uso dos agrotóxicos²⁰ é apontada como principal agravo à saúde da população do campo, acarretando incapacidade para o trabalho devido ao longo período de

internação, às dores de cabeça crônica, à disfunção e à perda de órgãos (fígado e rins), como também aos casos de suicídio, que podem estar associados à intoxicação crônica e às precárias condições de vida e de trabalho no campo²⁷.

Infraestrutura e saúde no Campo

Vários estudos^{2,16,19,20,26,27} revelam condições de moradia insalubres, baixa cobertura de saneamento básico, dificuldades de acesso à água potável (cacimbas e poços) para consumo e irrigação das lavouras, precariedade ou ausência de coleta de lixo, de energia elétrica e de transporte coletivo.

Constata-se que há uma

insuficiente oferta de serviços públicos e de infraestrutura, o que inclui serviços de saúde, saneamento, moradia, transporte, lazer e outros, bem como pela ausência de um modelo de atenção à saúde direcionado para a população rural²⁽¹⁵⁹⁶⁾.

A infraestrutura produtiva, que inclui terras férteis, assistência técnica, ferramentas e acesso às políticas de crédito, também é bastante precária e se apresenta como condição básica de permanência na terra e produção de saúde no campo^{16,26,27}.

Perfil de morbidade

Verificou-se alta incidência de doenças infectoparasitárias²⁷, a exemplo da leishmaniose e da esquistossomose. Outros problemas de saúde^{15,16,21,25} foram referidos pela população do campo, como: vômitos, diarreias, dores musculares, subnutrição, reumatismo, intoxicação por agrotóxicos, uso abusivo de álcool e outras drogas, assim como transtornos mentais leves e graves (ex.: depressão e suicídio).

Saúde mental da população do campo

O consumo prejudicial de álcool e outras

drogas e os transtornos mentais 'leves e graves' são os problemas de saúde mental mais recorrentes nos assentamentos e acampamentos do MST¹⁵. Constataram-se também

casos de maior incidência de sofrimento psicológico intenso, depressão e mesmo suicídios em grupos de trabalhadores expostos aos agrotóxicos²⁷⁽⁹²⁻⁹³⁾.

Saúde integral da mulher

Dores lombares, cefaleia e depressão aparecem como principais problemas de saúde relatados pelas mulheres²⁴. A condição de mulher do campo e do MST é marcada por relações desiguais de gênero, o que impõe muitas dificuldades de acesso às informações e ações de saúde. A atenção à saúde das mulheres do MST mostrou-se fragmentada, de baixa qualidade e definida pela condição reprodutiva. Não foram identificadas ações de promoção da saúde da mulher nem prevenção de agravos específicos nesse grupo populacional, a exemplo de câncer de mama, útero, diabetes, hipertensão, ou mesmo violência contra a mulher, prioridades na Política Nacional de Saúde Integral da Mulher²⁸. Verifica-se, contudo, que a gravidez se constitui uma condição de saúde que possibilita o primeiro acesso aos serviços de pré-natal e, de certa forma, estimula a continuidade do cuidado, como também a realização de exames essenciais para as mulheres acampadas e assentadas²⁶.

Segurança alimentar e nutricional

As famílias assentadas, acampadas e boias-frias apresentam diferentes condições de segurança alimentar e nutricional.

Os trabalhadores boias-frias apresentaram um alto índice de insegurança alimentar (39,5%), quase o dobro da proporção entre as famílias acampadas e quatro vezes mais que as assentadas²⁶⁽⁷⁵⁷⁾.

O acesso à terra, a criação de animais, o cultivo de alimentos destinados ao autoconsumo familiar, além da produção para geração de renda, constituem atividades fundamentais para o acesso regular e permanente aos alimentos de qualidade, condição essencial para segurança alimentar e produção de saúde^{2,17,20,26,27}. O uso da agroecologia^{16,19,27}, o sistema de trocas de alimentos e a vinculação ao MST^{2,20} aparecem também como centrais na produção de práticas alimentares promotoras de saúde e da segurança alimentar e nutricional no campo.

Concepções e práticas de saúde do MST

Os estudos sobre o MST apontam que o movimento adota uma concepção ampliada e abrangente de saúde^{2,14-17,19,27}, que

envolve a relação indivíduo-sociedade-natureza, valorizando a organização política, a preservação ambiental, as práticas de saúde populares e a medicina tradicional²⁽¹⁵⁹⁶⁾.

Nessa perspectiva, saúde é entendida como a

capacidade de lutar contra tudo o que os agride e os ameaça, inclusive a doença, e é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde¹⁷⁽⁴⁹⁵⁾.

Entre as principais práticas de saúde realizadas pelos assentamentos e acampamentos do MST, estão o cuidado com o ambiente^{14,27}, visitas domiciliares^{2,17}, acompanhamento dos pacientes¹⁴, dietas como formas de tratamentos²², práticas das parceiras²², crença religiosa²², produção, consumo e orientações para o uso de plantas medicinais^{2,14,16,17,19,22,27} (fitoterápicos), acesso aos serviços da rede de saúde^{14,27} e ações de educação^{14,17} e planejamento em saúde organizadas

coletivamente pelo setor de saúde do movimento e pelos ACS, mas conta também com parcerias com as pastorais da criança e da saúde¹⁸. Identificaram-se ainda como práticas de cuidado “a terapia floral, a radiestesia, o passe espiritual e o reiki”¹⁵⁽¹⁵⁴²⁾.

Cabe enfatizar que o Coletivo Nacional de Saúde do MST, criado em 1998, cumpre papel importante na realização de encontros regulares para discussão de temas relevantes (DST/Aids, fitoterapia, políticas de saúde/SUS, participação social etc.), organização do setor de saúde dos acampamentos e assentamentos e realização de cursos de formação no campo da saúde coletiva para seus integrantes¹⁴, realizados na escola do MST – o Instituto Educacional Josué de Castro¹⁴, como também a sua contribuição na formulação de políticas de saúde para a população do campo^{14,16,26,27}.

Acesso aos serviços de saúde

Para as famílias da população assentada e acampada, o “SUS não tem atendido as necessidades de saúde da maioria delas, principalmente pela dificuldade do acesso aos serviços”²⁶⁽⁷⁵⁷⁾. Como principais problemas que limitam o acesso, estão: “dificuldade de deslocamento até a cidade onde se concentra a oferta desses serviços e a dificuldade de atendimento”²⁸⁽¹²⁸⁾, a “baixa resolutividade dos serviços oficiais de saúde e pequena integração com as práticas em saúde utilizadas pelos assentados e acampados”¹⁹⁽⁴⁴¹⁾.

Relatos de discriminação pela condição de ‘Sem-Terra’¹⁷, descontinuidade do atendimento, ausência de informações em saúde e insuficiência ou inexistência de equipes de saúde da família, filas nas unidades de saúde e dificuldades para realizar consultas e exames também foram identificados como fatores limitantes do acesso por essa população, o que contribui para a busca dos serviços tardiamente, apenas quando os sintomas se agravam, quando não são resolvidos com as práticas de saúde do movimento ou

acessam o setor privado²⁷ como alternativa de resolução.

Alguns artigos apontam que o Agente Comunitário de Saúde (ACS)^{14,17,22} cumpre papel importante na garantia do acesso aos serviços de saúde, já que se trata de alguém da própria comunidade que estabelece o diálogo com as unidades de saúde e desenvolve atividades de promoção e educação em consonância com os valores, princípios e cultura do movimento. Quanto ao acesso a serviços de saúde mental,

os relatos das lideranças sobre as tentativas de acesso à atenção em saúde mental mostram que ainda são muitos os desafios à efetivação de uma rede de serviços substitutivos que atenda às populações assentadas e acampadas¹⁵⁽¹⁵⁴³⁾, [especialmente nos municípios de pequeno porte].

Ação política na área de saúde: propostas e estratégias

O movimento está organizado em coletivos locais (assentamentos e acampamentos), estaduais e nacionais^{26,4} que “atuam na promoção e controle de políticas públicas e articulação com outras entidades e movimentos”²⁶⁽⁷⁵⁹⁾. Os estudos que abordam a atuação do Coletivo Nacional de Saúde do MST evidenciam que este cumpre papel importante na organização e luta pelo direito à saúde no movimento^{14,16,26,27}, orientados pelos seguintes princípios e valores:

Luta pela valorização da vida, o acesso ao conhecimento e à informação, a saúde como dever do Estado, a atenção integral, a prioridade à promoção e à prevenção, o respeito às diferenças culturais, e o fortalecimento das práticas não convencionais e, finalmente, a saúde como conquista de luta popular¹⁴⁽¹⁵⁾.

Segundo essas análises, o MST reivindica um sistema de saúde universal que responda

às necessidades e demandas das populações do campo e da cidade, “repudia a doença como fonte de acumulação de riqueza e aponta para prioridades de investimento em ações de prevenção e promoção da saúde”²⁷⁽⁷⁸⁾. Assim, para o Coletivo Nacional, “a política de saúde do campo deve ser baseada no fortalecimento e consolidação do SUS e dos princípios da Reforma Sanitária”¹⁴⁽¹¹⁾.

No que se refere às estratégias de luta pelo direito à saúde, o MST considera que

a participação nas esferas instituídas de controle social do SUS não constitui a prioridade desse Coletivo, pois fazer o controle social do SUS significa, sobretudo, fazer a luta política por meio de estratégias de ocupação, de mobilizações e de marchas⁴⁽⁰¹⁾.

Ou seja,

a luta pela saúde como direito integra essa agenda e busca denunciar as iniquidades em saúde vividas pelas populações do campo, bem como valorizar as culturas, os saberes e as potencialidades dessas populações¹⁵⁽¹⁵³⁸⁾.

Apesar do posicionamento apontado no estudo anterior com relação à participação do MST nas instâncias de controle social do SUS, foi possível identificar experiências de participação do MST em conselhos municipais e estaduais de saúde^{14,17}. Um dos artigos, inclusive, analisa essa diversidade de situações como decorrente das distintas ideias e perspectivas teóricas dos integrantes do MST sobre o ‘estado burguês’⁴, contemplando, assim, uma vertente ‘leninista’, que rejeita a participação nos conselhos; e outra, mais ‘gramsciana’, que defende essa participação.

Além da controvérsia em torno da participação nos Conselhos de Saúde, um dos artigos¹⁴ analisa a participação do MST em outra instância de participação social em saúde, qual seja: o Grupo da Terra, espaço criado em 2004, vinculado ao Ministério da Saúde, que assegurou a participação de

diversos movimentos sociais do campo, os quais, pela primeira vez, puderam participar diretamente do processo de discussão, decisão e construção de ações de saúde que respondam às suas necessidades. Com isso, segundo os autores, ocorreu a inclusão da população assentada na base de cálculo do Piso da Atenção Básica, a partir de

mudanças no financiamento e [...] incentivo à equidade, para estimular a criação de equipes do PSF em municípios pequenos com expressão população rural¹⁴⁽¹⁴⁾.

Dois dos trabalhos analisados citam a formulação e publicação de diversas políticas^{16,27}, como a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora²⁹, Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares³⁰, Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos³¹, a inclusão dos assentados no Programa Nacional de Habitação Rural³² e, particularmente, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta³³, indicando a entrada do tema da saúde da população do campo na agenda do Estado e a possibilidade de enfrentamento das iniquidades de saúde no espaço rural.

A mobilização política do MST em torno das questões de saúde, segundo alguns dos artigos analisados, conta com a parceria de diversos sujeitos, a exemplo das Pastorais da saúde e da criança, bem como de profissionais das Equipes de Saúde da Família (EqSF) comprometidos com a expansão e qualidade da Atenção Primária à Saúde: EqSF, algumas instituições de ensino, como Escola de Saúde Pública de Minas Gerais e universidades, especialmente em atividades de formação de lideranças que atuam no setor saúde do movimento. O Instituto Educacional Josué de Castro, escola do MST localizada em Veranópolis (RS)¹⁴, constitui-se espaço de encontros e formação de seus atores no que se refere às temáticas relacionadas com a saúde. Verifica-se também o importante

papel dos trabalhos de extensão e de residências multiprofissionais realizadas pelas universidades no espaço rural, contribuindo para a discussão e para a produção coletiva de conhecimentos sobre a saúde do campo, fortalecimento e valorização das práticas de cuidado em saúde em assentamentos e acampamentos do MST.

Por fim, cabe destacar que, no âmbito internacional, o MST, como um dos atores do campo na América do Sul, está articulado a diversos movimentos globais pela saúde¹⁸, a exemplo do Movimento de Saúde dos Povos, Fórum Social Mundial de Saúde e o Fórum Social Mundial. No entanto, Carneiro¹⁴ considera a atuação do MST na saúde ainda incipiente, quando comparado com a diversidade de ações e capacidade de organização de outros setores do movimento. Aponta a falta de infraestrutura e de apoio econômico para a realização dos trabalhos, a pouca sistematização das experiências, o baixo reconhecimento da importância do setor saúde nas instâncias decisórias do MST como alguns elementos que determinam os limites das ações de saúde dentro do movimento.

Discussão e conclusões

Um primeiro aspecto a ser destacado do conjunto de trabalhos analisados é a diversidade de abrangência territorial e populacional na medida em que a maioria deles recorta realidades específicas em determinados estados e regiões do País. No entanto, os resultados da grande maioria desses trabalhos desvelam a precariedade das condições de vida e de saúde da população do campo, apontando a multiplicidade de problemas que afetam trabalhadores, mulheres, crianças que vivem nas condições dos acampamentos/assentamentos do MST. Esses achados convergem com os resultados apresentados pela Pesquisa sobre a qualidade de vida, produção e renda dos Assentamentos da reforma agrária³⁴, coordenada pelo Instituto

Nacional de Colonização e Reforma Agrária (Incra), publicada em 2010, que revela que apenas 43,86% têm acesso regular à energia elétrica, 79% das famílias assentadas têm acesso suficiente à água para consumo doméstico, 76% utilizam fossa e apenas 1,14% tem acesso à rede de esgoto. Além disso, 57% dos assentados avaliam como péssimo ou ruim as condições das estradas e vias de acesso aos lotes e 56% avaliam como péssimo ou ruim o acesso aos postos de saúde e hospitais. Chama atenção, inclusive, o fato da melhoria das condições de vida das famílias assentadas quando comparadas às acampadas, o que demonstra a importância da garantia do direito à terra para a melhoria das condições de vida e de saúde da população do campo.

No que se refere especificamente às questões de saúde, chama atenção o consenso entre os autores de que o MST tem uma concepção ampliada de saúde, de certa forma coerente com os princípios e diretrizes da RSB e do SUS. No entanto, a situação epidemiológica da população do campo e os problemas de acesso aos serviços apontados nos trabalhos analisados evidenciam a persistência de iniquidades, que não estão sendo adequadamente enfrentadas pelas Políticas Públicas de Saúde, e revelam a insuficiência dos processos de implementação, que repercutem na baixa cobertura dos serviços, desarticulação das ações que resultam na incapacidade de respostas às necessidades da população do campo.

Nessa perspectiva, é importante destacar o interesse do MST em instituir Coletivos de Saúde em seus acampamentos e assentamentos, de modo a impulsionar a luta pelo Direito à Saúde em parceria com organizações não governamentais, instituições de ensino-pesquisa e profissionais da área de saúde. É notório o papel importante do Coletivo Nacional de Saúde do MST para discussão e formulação de políticas de Saúde, organização do setor de saúde dentro dos acampamentos e assentamentos e desenvolvimento de práticas educativas para/com

as lideranças do movimento, mas verifica-se enorme lacuna de pesquisas que revelem mais profundamente as estratégias de organização e luta do MST pela saúde no Brasil.

Um aspecto a ser aprofundado são as contradições e divergências entre os militantes do MST sobre o SUS e a participação nas instâncias de controle social. Chama atenção o fato da tardia participação do MST nos processos decisórios em saúde somente após a criação do Grupo da Terra em 2005, que também coloca em questão a capacidade de o movimento sanitário incorporar os movimentos do campo em sua base de sustentação. Tais elementos precisam ser mais bem explorados, de maneira a superar a incipiente produção científica sobre as formas de

mobilização e luta pela garantia do direito à saúde da população do campo, inclusive, investigando se o MST tem sido um aliado no processo de RSB.

Colaboradores

LDV Barros participou da concepção e coordenação da pesquisa, análise e interpretação dos resultados, redação do artigo; revisão do texto e aprovação da versão final do manuscrito. CF Teixeira participou da concepção do artigo, da orientação do estudo, revisão do texto e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra [internet]. [acesso em 2018 out 15]. Disponível em: <http://www.mst.org.br>.
2. Santos JCBD, Hennington EA. Aqui ninguém domina ninguém: sentidos do trabalho e produção de saúde para trabalhadores de assentamento do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. *Cad Saúde Pública*. 2013 ago; 29(8):1595-1604.
3. Stédile JP, Fernandes BM. *Brava Gente: a trajetória do MST e a luta pela terra no Brasil*. 2. ed. São Paulo: Perseu Abramo; 2012.
4. Severo DO, Ros MAD. A Participação no controle social do SUS: concepção do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. *Saúde Soc*. São Paulo, 2012 maio; 21 (supl. 1):177-184.
5. Paim JS. *Reforma Sanitária Brasileira: Contribuição para a Compreensão e Crítica*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
6. Brasil. Constituição, (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal; 1988.
7. Paim, JS. *A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sis-*

- tema Único de Saúde. Cad. Saúde Pública. 2013 out; 29(10):1927-1953.
8. Teixeira CF, Souza LE, Paim JS. Sistema Único de Saúde, a difícil construção de um sistema universal na sociedade brasileira. In: Almeida Filho N, Paim JS. Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: MEDBOOK; 2014. p. 121-137.
 9. Botelho LLR, Cunha CCDA, Macedo M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. Gestão e Sociedade. 2011 maio-ago; 5(11):121-136.
 10. Biblioteca Virtual de Saúde BVS [internet]. [acesso em 2018 out 15]. Disponível em: <http://brasil.bvs.br/>.
 11. Banco de Periódicos Capes [homepage na Internet]. [acesso em 2018 out 15]. Disponível em: <http://www.periodicos.capes.gov.br/>.
 12. Minayo MCDS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
 13. Gomes R. A análise e interpretação de dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo MCDS. Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade. 33. ed. Petrópolis: Vozes; 2013. p. 79-108.
 14. Carneiro FF, Tambellini AT, Silva JA, et al. A saúde das populações do campo: das políticas oficiais às contribuições do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). Cad. Saúde Colet. 2007 abr-jun; 15(2):209-230.
 15. Ruckert B, Machado AR, Santos CCA, et al. Diálogos entre a Saúde do Campo e a Saúde Mental: a experiência da Oficina de Educação Popular em Saúde Mental do MST na ESP MG. Interface. Botucatu, 2014; 18(supl. 2):1537-1546.
 16. Ricardo LM. O uso de plantas medicinais na medicina popular praticada em assentamentos do MST do estado do Rio de Janeiro: uma contribuição para o SUS. [dissertação]. [Rio de Janeiro]: Fiocruz; 2011. 192 p.
 17. Cavalcante IMDS, Nogueira LMV. Práticas sociais coletivas para a saúde no assentamento Mártires de Abril na Ilha de Mosqueiro-Belém, Pará. Esc. Anna Nery. 2008 set; 12(3):492-499.
 18. Sodré F. A agenda global dos movimentos sociais. Ciênc Saúde Coletiva. 2011 mar; 6(3):1781-1791.
 19. Ricardo LM, Stotz EN. Educação Popular como Método de Análise: Relações entre Medicina Popular e a “Situação-limite” Vivenciada por Trabalhadores do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra. Revista APS. 2012 out-dez; 15(4):435-442.
 20. Fontoura Junior EE, Souza KR, Renovato RD, et al. Relações de saúde e trabalho em assentamento rural do MST na região de fronteira Brasil-Paraguai. Trab. educ. saúde. 2011 nov; 9(3):379-397.
 21. Rotulo LM, Domingues RC, Silva ES, et al. O Cuidado em Saúde e a Extensão Universitária Referenciados na Educação Popular: uma História de Convivência com a Realidade do Campo. Revista APS. 2015 out-dez; 18(4):539-543.
 22. Teixeira IMDC, Oliveira MW. Práticas de cuidado à saúde de mulheres camponesas. Interface. Botucatu, 2014; 18 (supl. 2):1341-1354.
 23. Caldart RS. Pedagogia do Movimento Sem Terra. São Paulo: Expressão Popular; 2012.
 24. Ebling SBD, Falkembach EMF, Nascimento LA, et al. As Mulheres e suas ‘Lidas’: Compreensões Acerca de Trabalho e Saúde. Trab. educ. saúde. 2015 dez; 13(3):581-596.
 25. Maeda ST, Borges ALV, Nakamura E, et al. Access to pre-natal care and cervical cancer prevention action among women from Brazilian Landless Workers Movement. Texto contexto - Enferm. 2007 set; 16(3):433-438.
 26. Carneiro FF, Tambellini AT, Silva JA, et al. Saúde de famílias do Movimento dos Trabalhadores Sem Terra e de bóias-frias, Brasil, 2005. Rev. Saúde Pública. 2008 ago; 42(4):757-763.

27. Santos JCBD. O movimento dos trabalhadores rurais sem-terra e as relações entre saúde, trabalho e ambiente em um assentamento rural no estado do Rio de Janeiro. [Dissertação]. [Rio de Janeiro]: Fio-cruz; 2011. 142 p.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial da União. 24 Ago 2012.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 4 Maio 2006.
31. Brasil. Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006. Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e dá outras providências. Diário Oficial da União. 23 Jun 2006.
32. Brasil. Lei nº 12.424, de 16 de junho de 2011. Altera a Lei no 11.977, de 7 de julho de 2009, que dispõe sobre o Programa Minha Casa, Minha Vida - PMCMV e a regularização fundiária de assentamentos localizados em áreas urbanas, as Leis nos 10.188, de 12 de fevereiro de 2001, 6.015, de 31 de dezembro de 1973, 6.766, de 19 de dezembro de 1979, 4.591, de 16 de dezembro de 1964, 8.212, de 24 de julho de 1991, e 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - Código Civil; revoga dispositivos da Medida Provisória no 2.197-43, de 24 de agosto de 2001; e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 Jun 2011.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). Diário Oficial da União. 5 Dez 2011.
34. Instituto Nacional de colonização e Reforma Agrária (Brasil). Pesquisa de avaliação da qualidade dos assentamentos de reforma agrária, 2010 [internet]. [acesso em: 2018 jul 03]. Disponível em: <http://ppqra.incra.gov.br/>.

Recebido em 15/07/2018
Aprovado em 14/09/2018
Conflito de Interesses: inexistente
Suporte Financeiro: não houve

Saúde em Debate

Instruções aos autores

ATUALIZADA EM JANEIRO DE 2018

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, o trabalho 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 aportem 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 aprovação e publicação do trabalho no periódico, os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade da revista, que adota a Licença Creative Commons CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) e a política de acesso aberto, portanto, os textos estão disponíveis para que qualquer pessoa leia, baixe, copie, imprima, compartilhe, reutilize e distribua, com a devida citação da fonte e autoria. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

A 'Saúde em Debate' não cobra taxas dos autores para a submissão ou para a publicação de trabalhos, mas, caso o artigo seja aprovado para editoração, fica sob a responsabilidade dos autores a revisão de línguas (obrigatória) e a tradução do artigo para a língua inglesa (opcional), com base em uma lista de revisores e tradutores indicados pela revista.

A revista conta com um Conselho Editorial que contribui para a definição de sua política editorial. Seus membros integram o Comitê Editorial e/ou o banco de pareceristas em suas áreas específicas.

Antes de serem enviados para avaliação pelos pares, os artigos submetidos à revista 'Saúde em Debate' passam por *softwares*

detectores de plágio, Plagiarisma e Copyspider. Assim, é possível que os autores sejam questionados sobre informações identificadas pela ferramenta para que garantam a originalidade dos manuscritos, referenciando todas as fontes de pesquisa utilizadas. O plágio é um comportamento editorial inaceitável, dessa forma, caso seja comprovada sua existência, os autores envolvidos não poderão submeter novos artigos para a revista.

NOTA: A produção editorial do Cebes é resultado 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>.

ORIENTAÇÕES PARA A PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DOS TRABALHOS

Os trabalhos devem ser submetidos pelo site: www.saudeemdebate.org.br. Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão criará seu login e senha, para o acompanhamento do trâmite.

Modalidades de textos aceitos para publicação

1. Artigo original: resultado de investigação empírica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter no máximo 6.000 palavras.

2. Ensaio: análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e/ou internacional. O texto deve conter no máximo 7.000 palavras.

3. Revisão sistemática ou integrativa: revisões críticas da literatura sobre tema atual da saúde. A revisão sistemática sintetiza rigorosamente pesquisas relacionadas com uma questão. A integrativa fornece informações mais amplas sobre o assunto. O texto deve conter no máximo 8.000 palavras.

4. Artigo de opinião: exclusivo para autores convidados pelo Comitê Editorial, com tamanho máximo de 7.000 palavras. Neste formato, não são exigidos resumo e *abstract*.

5. Relato de experiência: descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com até 5.000 palavras que aportem contribuições significativas para a área.

6. Resenha: resenhas de livros de interesse para a área da saúde coletiva, 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 1.200 palavras. A capa em alta resolução deve ser enviada pelo sistema da revista.

7. Documento e depoimento: trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Comitê Editorial.

Importante: em todos os casos, o número máximo de palavras inclui o corpo do artigo e as referências. Não inclui título, resumo, palavras-chave, tabelas, quadros, figuras e gráficos.

Preparação e submissão 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, para ser anexado no campo correspondente do formulário de submissão. Não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições a que se vinculem.

Digitar em folha 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 texto deve conter:

Título: que expresse 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.

Resumo: em português e inglês ou em espanhol e inglês com, no máximo 200 palavras, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho. Deve ser não estruturado, sem empregar tópicos (introdução, métodos, resultados etc.), citações ou siglas, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.

Palavras-chave: ao final do resumo, incluir de três a cinco palavras-chave, separadas por ponto (apenas a primeira inicial maiúscula), utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: www.decs.bvs.br.

Registro de ensaios clínicos: a '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.

Ética em pesquisas envolvendo seres humanos: a publicação de artigos com resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos

na Declaração de Helsinki, de 1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008, da Associação Médica Mundial; além de atender às legislações específicas do país no qual a pesquisa foi realizada, quando houver. Os artigos com pesquisas que envolveram seres humanos deverão deixar claro, na seção de material e métodos, o cumprimento dos princípios éticos e encaminhar declaração de responsabilidade no ato de submissão.

Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, este deve contemplar elementos convencionais, como:

Introdução: com definição clara do problema investigado, justificativa e objetivos;

Material e métodos: descritos de forma objetiva e clara, permitindo a reprodutibilidade da pesquisa. Caso ela envolva seres humanos, deve ficar registrado o número do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Resultados e discussão: podem ser apresentados juntos ou em itens separados;

Conclusões ou considerações finais: que depende do tipo de pesquisa realizada;

Referências: devem constar somente autores citados no texto e seguir os Requisitos Uniformes de Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas, do ICMJE, utilizados para a preparação de referências (conhecidos como 'Estilo de Vancouver'). Para maiores esclarecimentos, recomendamos consultar o Manual de Normalização de Referências (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>) elaborado pela editoria do Cebes.

OBSERVAÇÕES

A revista não utiliza sublinhados e negritos como grifo. Utilizar aspas simples para chamar a atenção de expressões ou títulos de obras. Exemplos: 'porta de entrada'; 'Saúde em Debate'. Palavras em outros idiomas devem ser escritas em itálico, com exceção de nomes próprios.

Evitar o uso de iniciais maiúsculas no texto, com exceção das absolutamente necessárias.

Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico e entre aspas duplas no corpo do texto (se menores que três linhas). Se forem maiores que três linhas, devem ser escritos em itálico, sem aspas, destacados do texto, com recuo de 4 cm, espaço simples e fonte 11.

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 que compõem o texto.

Figuras, gráficos, quadros e tabelas devem estar em alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza e submetidos em arquivos separados do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo (devem ser numerados e conter título e fonte). No texto, 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 (não retirado de outros arquivos) e, quando se tratar de imagens (fotografias, desenhos etc.), deve estar em alta resolução com no mínimo 300 DPI.

Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

Informações sobre os autores

A revista aceita, no máximo, cinco autores por artigo. As informações devem ser incluídas apenas no formulário de submissão, contendo: nome completo, nome abreviado para citações bibliográficas, instituições de vínculo com até três hierarquias, código ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) e *e-mail*.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Todo original recebido pela revista 'Saúde em Debate' é submetido à 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 de alterações 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.

Informações complementares (devem ser encaminhadas em arquivo separado)

a) Conflito de interesses. Os trabalhos encaminhados para publicação devem conter informação sobre a existência de algum tipo de conflito de interesses. Os conflitos de interesses 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*" será suficiente.

b) Colaboradores. Devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo. Segundo o critério de autoria do ICMJE, os autores devem contemplar as seguintes condições: 1) contribuir substancialmente para a concepção e o planejamento ou para a análise e a interpretação dos dados; 2) contribuir significativamente na elaboração do rascunho ou revisão crítica do conteúdo; e 3) participar da aprovação da versão final do manuscrito.

c) Agradecimentos. (Opcional).

OS DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEVEM SER DIGITALIZADOS E ENVIADOS PELO SISTEMA DA REVISTA NO MOMENTO DO CADASTRO DO ARTIGO.

1. Declaração de responsabilidade e cessão de direitos autorais

Todos os autores e coautores devem preencher e assinar as declarações conforme modelo disponível em: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaracao.doc>.

2. Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

No caso de pesquisas que envolvam seres humanos, realizadas no Brasil, 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 CEP, deverá ser apresentado o documento do CEP pelo qual ela foi aprovada. Pesquisas realizadas em outros países, anexar declaração indicando o cumprimento integral dos princípios éticos e das legislações específicas.

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA A SER ENVIADA APÓS A APROVAÇÃO DO ARTIGO

1. 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.

2. Declaração de tradução

Os artigos aprovados poderão ser traduzidos para o inglês a

critério dos autores. Neste caso, a tradução será feita por profissional qualificado, com base em uma lista de tradutores indicados pela revista. O artigo traduzido deve vir acompanhado de declaração do tradutor.

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

Saúde em Debate

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

UPDATED IN JANUARY 2018

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, work 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.

In case of approval and publication of the work in the journal, the copyrights referred to it will become property of the journal, which adopts the Creative Commons License CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) and the open access policy, so the texts are available for anyone to read, download, copy, print, share, reuse and distribute, with due citation of the source and authorship. In such cases, no permission is required from authors or publishers.

No fees are charged from the authors for the submission or publication of articles; nevertheless, once the article has been approved for publication, the authors are responsible for the language proofreading (mandatory) and the translation into English (optional), based on a list of proofreaders and translators provided by the journal.

The journal has an Editorial Board that contributes to the definition of its editorial policy. Its members are part of the Editorial

Committee and/or the database of referees in their specific areas.

Before being sent for peer review, articles submitted to the journal 'Saúde em Debate' undergo plagiarism-detecting softwares Plagiarisma and Copyspider. Thus, it is possible that the authors are questioned about information identified by the tool to guarantee the originality of the manuscripts, referencing all the sources of research used. Plagiarism is an unacceptable editorial behavior, so if its existence is proven, the authors involved will not be able to submit new articles to the journal.

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>.

GUIDELINES FOR THE PREPARATION AND SUBMISSION OF ARTICLES

Articles should be submitted on the website: www.saudeemdebate.org.br. After registering, the author responsible for the submission will create his 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:** result of scientific research that may be generalized or replicated. The text should comprise a maximum of 6,000 words.
- 2. Essay:** critical analysis on a specific theme relevant and of interest to Brazilian and/or international topical health policies. The text should comprise a maximum of 7,000 words.
- 3. Systematic or integrative review:** critical review of literature on topical theme in health. Systematic review rigorously synthesises research related to an issue. Integrative review provides more comprehensive information on the subject. The text should comprise a maximum of 8,000 words.
- 4. Opinion article:** exclusively for authors invited by the Editorial Board. No abstract or summary are required. The text should comprise a maximum of 7,000 words.
- 5. Case study:** description of academic, assistential or extension experiences that bring significant contributions to the area. The text should comprise a maximum of 5,000 words.
- 6. Critical review:** review of books on subjects of interest to

the field of public health, by decision of the Editorial Board. Texts should present an overview of the work, its theoretical framework and target audience. The text should comprise a maximum of 1,200 words. A high resolution cover should be sent through the journal's system.

7. Document and testimony: works referring to themes of historical or topical interest, by decision of the Editorial Board.

Important: in all cases, the maximum number of words includes the body of the article and references. It does not include title, abstract, keywords, tables, charts, figures and graphs.

Text preparation and submission

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, to be attached in the corresponding field of the submission form. It must not contain any information that makes it possible to identify the authors or institutions to which they are linked.

Type in standard size page A4 (210X297mm); all four margins 2.5cm wide; font Times New Roman in 12pt size; line spacing 1.5.

The text must comprise:

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.

Abstract: in Portuguese and English or in Spanish and English, comprising no more than 200 words, clearly outlining the aims, the method used and the main conclusions of the work. It should not be structured, without topics (introduction, methods, results etc.); citations or abbreviations should not be used, except for internationally recognized abbreviations.

Keywords: at the end of the abstract, three to five keywords should be included, separated by period (only the first letter in capital), using terms from the structured vocabulary (DeCS) available at www.decs.bvs.br.

Clinical trial registration: 'Saúde em Debate' journal supports the policies for clinical trial registration of the World Health Organization (WHO) and the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), thus recognizing its importance to the registry and international dissemination of information on clinical trial. Thus, clinical researches should contain the identification number on one of the Clinical Trials registries validated by WHO

and ICMJE, whose addresses are available at <http://www.icmje.org>. Whenever a trial registration number is available, authors should list it at the end of the abstract.

Ethics in research involving human beings: the publication of articles with results of research involving human beings is conditional on compliance with the ethical principles contained in the Declaração de Helsinki, of 1964, reformulated in 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 and 2008, of the World Medical Association; besides complying with the specific legislations of the country in which the research was carried out, when existent. Articles with research involving human beings should make it clear, in the material and methods section, the compliance with ethical principles and send a declaration of responsibility in the act of submission.

The journal respects the authors' style and creativity regarding the text composition; nevertheless, the text must contemplate conventional elements, such as:

Introduction: with clear definition of the investigated problem and its rationale;

Material and methods: objectively described in a clear and objective way, allowing the reproductibility of the research. In case it involves human beings, the approval number of the Research Ethics Committee (CEP) must be registered;

Results and discussion: may be presented together or separately;

Conclusions or final considerations: depending on the type of research carried out;

References: only cited authors should be included in the text and follow the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals, of the ICMJE, used for the preparation of references (known as 'Vancouver Style'). For further clarification, we recommend consulting the Reference Normalization Manual (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>) prepared by the Cebes editorial.

NOTES:

The journal does not use underlines and bold as an emphasis. Use single quotes to draw attention to expressions or titles of works. Examples: 'gateway'; 'Saúde em Debate'. Words in other languages should be written in italics, except for proper names.

Avoid using capital letters in the text, except for absolutely necessary ones.

Testimonials of subjects should be presented in italics and in double quotation marks in the body of the text (if less than three

lines). If they have more than three lines, they should be written in italics, without quotes, highlighted in the text, with a 4 cm backspace, simple space and font 11.

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.

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 work (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 (not taken from other files) and, in the case of images (photographs, drawings, etc.), it must be in high resolution with at least 300 DPI.

In case there are photographs, subjects must not be identified, unless they authorize it, in writing, for the purpose of scientific dissemination.

Information about authors

The journal accepts a maximum of five authors per article. Information should be included only in the submission form, containing: full name, abbreviated name for bibliographic citations, linked institutions with up to three hierarchies, ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) code and e-mail.

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.

Complementary information (should be sent in a separate file)

a) 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*".

b) 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 (ICMJE), 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.

c) Acknowledgements. (Optional).

MANDATORY DOCUMENTATION TO BE DIGITALIZED AND SENT THROUGH THE JOURNAL'S SYSTEM AT THE MOMENT OF THE ARTICLE REGISTER

1. Declaration of responsibility and assignment of copyright

All the authors and co-authors must fill in and sign the statements following the models available at: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaration.docx>.

2. Approval statement by the Research Ethics Committee (CEP)

In the case of researches involving human beings, carried out in Brazil, in compliance with Resolution 466, of 12th December 2012, from the National Health Council (CNS), the research approval statement of the Research Ethics Committee from the institution where the work has been carried out must be forwarded. In case the institution does not have a CEP, the document issued by the CEP where the research has been approved must be forwarded. Researches carried out in other countries: attach declaration indicating full compliance with the ethical principles and specific legislations.

MANDATORY DOCUMENTATION TO BE SENT AFTER APPROVAL OF THE ARTICLE

1. 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.

2. 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.

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

Saúde em Debate

Instrucciones para los autores

ACTUALIZADAS EN ENERO DE 2018

ALCANCE 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). 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, la planificación, la gestión y la evaluación de la salud. La revista le otorga importancia a trabajos con abordajes teórico-metodológicos diferentes que representen contribuciones de las variadas ramas de las ciencias.

La periodicidad de la revista es trimestral. Y de acuerdo al criterio de los editores son publicados números especiales que siguen el mismo proceso de sujeción y evaluación de los números 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 otra, ni parcial ni integralmente.

En el caso de la aprobación y publicación del artículo en la revista, los derechos de autor referidos al mismo se tornarán propiedad de la revista que adopta la Licencia Creative Commons CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) y la política de acceso abierto, por lo tanto, los textos están disponibles para que cualquier persona los lea, baje, copie, imprima, comparta, reutilice y distribuya, con la debida citación de la fuente y la autoría. En estos casos, ningún permiso es necesario por parte de los autores o de los editores.

'Saúde em Debate' no cobra tasas a los autores para la evaluación de sus trabajos. Si el artículo es aprobado queda bajo la responsabilidad de estos la revisión (obligatoria) del idioma y su traducción para el inglés (opcional), teniendo como referencia una lista de revisores y traductores indicados por la revista.

La revista cuenta con un Consejo Editorial que contribuye a la definición de su política editorial. Sus miembros integran el Comité Editorial y/o el banco de árbitros en sus áreas específicas.

Antes de que sean enviados para la evaluación por los pares, los artículos sometidos a la revista 'Saúde em Debate' pasan por un software detector de plagio, Plagiarisma y Copyspider. Así es posible que los autores sean cuestionados sobre informaciones identificadas por la herramienta para garantizar la originalidad de los manuscritos y las referencias a todas las fuentes de investigación utilizadas. El plagio es un comportamiento editorial inaceptable y, de esa forma, en caso de que sea comprobada su existencia, los autores involucrados no podrán someter nuevos artículos para la revista.

NOTA: La producción editorial de Cebes es el resultado de apoyos institucionales e individuales. La colaboración para que la revista 'Saúde em Debate' continúe siendo un espacio democrático de divulgación de conocimientos críticos en el campo de la salud se dará por medio de la asociación de los autores al Cebes. Para asociarse entre al *site* <http://www.cebes.org.br>.

ORIENTACIONES PARA LA PREPARACIÓN Y LA SUJECIÓN DE LOS TRABAJOS

Los trabajos deben ser presentados en el *site*: www.saudeemdebate.org.br. Después de su registro, el autor responsable por el envío creará su logín y clave para el acompañamiento del trámite.

Modalidades de textos aceptados para publicación

- 1. Artículo original:** resultado de una investigación científica que pueda ser generalizada o replicada. El texto debe contener un máximo 6.000 palabras.
- 2. Ensayo:** un análisis crítico sobre un tema específico de relevancia e interés para la coyuntura de las políticas de salud brasileña e internacional. El trabajo debe contener un máximo de 7.000 palabras.
- 3. Revisión sistemática o integradora:** revisiones críticas de la literatura de un tema actual de la salud. La revisión sistemática sintetiza rigurosamente investigaciones relacionadas con una cuestión. La integrativa proporciona una información más amplia sobre el tema. El texto debe contener un máximo de 8.000 palabras.
- 4. Artículo de opinión:** exclusivamente para autores invitados por el Comité Editorial, con un tamaño máximo de 7.000 palabras. En este formato no se exigirán resumen y abstract.
- 5. Relato de experiencia:** descripciones de experiencias académicas, asistenciales o de extensión con hasta 5.000 palabras y que aporten contribuciones significativas para el área.

6. Reseña: reseñas de libros de interés para el área de la salud colectiva de acuerdo al 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 dirigen, con un tamaño de hasta 1.200 palabras. La portada en alta resolución debe ser enviada por el sistema de la revista.

7. Documento y declaración: a criterio del Comité Editorial, trabajos referentes a temas de interesse histórico o coyuntural.

Importante: en todos los casos, el número máximo de palabras incluye el cuerpo del artículo y las referencias. No incluye título, resumen, palabras-clave, tablas, cuadros, figuras y gráficos.

Preparación y sujeción del texto

El texto puede ser escrito en portugués, español o inglés. Debe ser digitalizado en el programa Microsoft®Word o compatible y grabado en formato doc o docx, para ser anexado en el campo correspondiente del formulario de envío. No debe contener ninguna información que permita identificar a los autores o las instituciones a las que se vinculan.

Y digitalizado en hoja patrón A4 (210x297mm), margen de 2,5 en cada uno de los cuatro lados, letra Times New Roman tamaño 12, espacio entre líneas de 1,5.

El trabajo debe contener:

Título: que exprese clara y sucintamente el contenido del texto en un máximo de 15 palabras. El título se debe escribir en negritas, sólo con iniciales mayúsculas para nombres propios. El texto en español y portugués debe tener el título en el idioma original y en Inglés. El texto en Inglés debe tener el título en Inglés y portugués.

Resumen: en portugués y en Inglés o Español y en Inglés con no más de 200 palabras, en el que queden claros los objetivos, el método utilizado y las principales conclusiones. Debe ser no estructurado, sin emplear tópicos (introducción, métodos, resultados, etc.), citas o siglas, a excepción de abreviaturas reconocidas internacionalmente.

Palabras-clave: al final del resumen, debe incluirse de tres a cinco palabras-clave, separadas por punto (sólo la primera inicial mayúscula), utilizando los términos presentados en el vocabulario estructurado (DeCS), disponibles en: www.decs.bvs.br.

Registro de ensayos clínicos: la revista 'Saúde em Debate' apoya las políticas para el registro de ensayos clínicos de la Organización Mundial de Salud (OMS) y del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconociendo su importancia para el registro y la divulgación internacional de informaciones de los

mismos. 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 y cuyas direcciones están disponibles en: <http://www.icmje.org>. En estos casos, el número de la identificación deberá constar al final del resumen.

Ética en investigaciones que involucren seres humanos: la publicación de artículos con resultados de investigaciones que involucra a seres humanos está condicionada al cumplimiento de los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki, de 1964, reformulada en 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 y 2008 de la Asociación Médica Mundial, además de atender a las legislaciones específicas del país en el cual la investigación fue realizada, cuando las haya. Los artículos con investigaciones que involucrar a seres humanos deberán dejar claro en la sección de material y métodos el cumplimiento de los principios éticos y encaminar una declaración de responsabilidad en el proceso de sometimiento.

La revista respeta el estilo y la creatividad de los autores para la composición del texto; sin embargo, el texto debe observar elementos convencionales como:

Introducción: con una definición clara del problema investigado, su justificación y objetivos;

Material y métodos: descritos en forma objetiva y clara, permitiendo la replicación de la investigación. En caso de que ella envuelva seres humanos, se registrará el número de opiniones aprobatorias del Comité de Ética en Pesquisa (CEP);

Resultados y discusión: pueden ser presentados juntos o en ítems separados;

Conclusiones o consideraciones finales: que depende del tipo de investigación realizada;

Referencias: Deben constar sólo los autores citados en el texto y seguir los Requisitos Uniformes de Manuscritos Sometidos a Revistas Biomédicas del ICMJE, utilizados para la preparación de referencias (conocidos como 'Estilo de Vancouver'). Para mayores aclaraciones, recomendamos consultar el Manual de Normalización de Referencias (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>).

OBSERVACIONES

La revista no utiliza subrayados ni negritas para resaltar partes del texto. Utiliza comillas simples para llamar la atención de expresiones o títulos de obras. Ejemplos: 'puerta de entrada'; 'Salud en Debate'. Las palabras en otros idiomas se deben escribir en cursivas, con la excepción de nombres propios.

Se debe evitar el uso de iniciales mayúsculas en el texto, con la excepción de las absolutamente necesarias.

Los testimonios de sujetos deberán ser presentados igualmente en cursivas y entre comillas dobles en el cuerpo del texto (si son menores de tres líneas). Si son mayores de tres líneas, deben escribirse en de la misma manera, sin comillas, desplazadas del texto, con retroceso de 4 cm, espacio simple y fuente 11.

No se debe utilizar notas al pie de página en el texto. Las marcas de notas a pie de página, cuando sean absolutamente indispensables, deberán ser numeradas y secuenciales.

Se debe evitar repeticiones de datos o informaciones en las diferentes partes que componen el texto.

Las figuras, gráficos, cuadros y tablas deben estar en alta resolución, en blanco y negro o escala de grises, y sometidos en archivos separados del texto, uno a uno, siguiendo el orden en que aparecen en el estudio (deben ser numerados y contener título y fuente). En el texto sólo tiene que identificarse el lugar donde se deben insertar. El número de figuras, gráficos, cuadros o tablas debe ser de un máximo de cinco por texto. El archivo debe ser editable (no extraído de otros archivos) y, cuando se trate de imágenes (fotografías, dibujos, etc.), tiene que estar en alta resolución con un mínimo de 300 DPI.

En el caso del uso de fotografías, los sujetos involucrados en estas no pueden ser identificados, a menos que lo autoricen, por escrito, para fines de divulgación científica.

Información sobre los autores

La revista acepta, como máximo, cinco autores por artículo. La información debe incluirse sólo en el formulario de sometimiento conteniendo: nombre completo, nombre abreviado para citas bibliográficas, instituciones a las que están vinculados con hasta tres jerarquías, código ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) y correo electrónico.

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 con las normas de publicación de la revista serán devueltos a los autores para su adecuación y una nueva evaluación.

Una vez cumplidas integralmente las normas de la revista, los originales serán valorados por el Comité Editorial, compuesto por el editor jefe y por editores asociados, quienes evaluarán la originalidad, el alcance, la actualidad y la relación con la política editorial de la revista. Los trabajos recomendados por el comité serán evaluados, por lo menos, por dos arbitros indicados de acuerdo con el tema del trabajo y su experticia, quienes podrán aprobar, rechazar y/o hacer recomendaciones a los autores.

La evaluación es hecha por el método del doble ciego, esto es, los nombres de los autores y de los evaluadores son omitidos durante todo el proceso de evaluación. En caso de que se presenten divergencias de opiniones, el trabajo será encaminado a un tercer evaluador. De la misma manera, el Comité Editorial puede, a su criterio, emitir un tercer juicio. Cabe a los evaluadores, como se indicó, recomendar la aceptación, rechazo o la devolución de los trabajos con indicaciones para su corrección. En caso de una solicitud de corrección, los autores deben devolver el trabajo revisado en el plazo estipulado. Si los autores no se manifiestan en tal plazo, el trabajo será excluido del sistema.

El Comité Editorial tiene 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 los editores de la revista serán previamente acordadas con los autores por medio de la comunicación por *e-mail*.

La versión diagramada (prueba de prensa) será enviada igualmente por correo electrónico al autor responsable por la correspondencia de la revisión final y deberá devolverla en el plazo estipulado.

Información complementaria (deben enviarse en un archivo separado)

a) 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 solo con la financiación directa de la investigación, sino 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.

b) Colaboradores. Deben estar especificadas las contribuciones individuales de cada autor en la elaboración del artículo. Según el criterio de autoría de ICMJE, los autores deben contemplar las siguientes condiciones: 1) contribuir substancialmente en la concepción y la planificación o en el análisis y la interpretación de los datos; 2) contribuir significativamente en la elaboración del borrador o la revisión crítica del contenido; y 3) participar de la aprobación de la versión final del manuscrito.

c) Agradecimientos. (Opcional).

LOS DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEBEN SER DIGITALIZADOS Y ENVIADOS POR EL SISTEMA DE LA REVISTA EN EL MOMENTO DEL REGISTRO DEL ARTÍCULO

1. Declaración de responsabilidad y cesión de derechos de autor

Todos los autores y coautores deben llenar y firmar las declaraciones según el modelo disponible en: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaracion.docx>.

2. Dictamen de Aprobación del Comité de Ética en Investigación (CEP)

En el caso de investigaciones que involucren a seres humanos realizadas en Brasil, en los términos de la Resolución 466 del 12 de diciembre de 2012 del Consejo Nacional de Salud, debe enviarse el documento de aprobación de la investigación por el Comité de Ética en Investigación de la institución donde el trabajo fue realizado. En el caso de instituciones que no dispongan de un CEP, deberá presentarse el documento del CEP por el cual fue aprobada. Las investigaciones realizadas en otros países, deben anexar la declaración indicando el cumplimiento integral de los principios éticos y de las legislaciones específicas.

DOCUMENTOS OBLIGATORIOS QUE DEBEN SER ENVIADOS DESPUÉS DE LA APROBACIÓN DEL ARTÍCULO

1. Declaración de revisión ortográfica y gramatical

Los artículos aprobados deberán ser revisados ortográfica y gramaticalmente por un profesional cualificado, según una lista de revisores indicados por la revista. El artículo revisado debe estar acompañado de la declaración del revisor.

2. Declaración de traducción

Los artículos aprobados podrán ser, a criterio de los autores, traducidos al inglés. En este caso, la traducción debe ser hecha igualmente por un profesional cualificado, siempre de acuerdo a una lista de traductores indicados por la revista. El artículo traducido debe estar acompañado de la declaración del traductor.

Dirección para correspondencia

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 - Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Diagramação e editoração eletrônica

Layout and desktop publishing

Rita Loureiro
www.apoioacultura.com.br

Design de Capa

Cover design

Alex I. Peirano Chacon

Normalização, revisão e tradução de texto

Normalization, proofreading and translation

Ana Karina Fuginelli (inglês)
Ana Luísa Moreira Nicolino (inglês)
Carina Munhoz de Lima (normalização)
Carla de Paula (português)
Lenise Saraiva de Vasconcelos Costa (português e inglês)
Luiza Nunes (normalização)
Mariana Acorse (normalização)
Paula Santos Diniz
Simone Basilio (português)
Wanderson Ferreira da Silva (português e inglês)

Impressão

Printing

Grafitto Gráfica e Editora LTDA.

Tiragem

Number of copies

150 exemplares/copies

Capa em papel cartão ensocoat LD 250 g/m²
Miolo em papel couché matte LD 90 g/m²

Cover in ensocoat LD 250 g/m²
Core in couché matte LD 90 g/m²

Site: www.cebes.org.br • www.saudeemdebate.org.br
E-mail: cebes@cebes.org.br • revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes – n.1 (1976) – São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes, 2018.

v. 42. n. especial 2; 27,5 cm

ISSN 0103-1104

1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes

CDD 362.1

cebes
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

www.cebes.org.br

www.saudeemdebate.org.br